

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS
ODONTOLÓGICAS

Laíse de Azevedo Ferrony

**INFLUÊNCIA DA ABORDAGEM ODONTOLÓGICA NA
QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL EM PRÉ-
ESCOLARES**

Santa Maria, RS
2018

Láise de Azevedo Ferrony

**INFLUÊNCIA DA ABORDAGEM ODONTOLÓGICA NA QUALIDADE DE VIDA
RELACIONADA À SAÚDE BUCAL EM PRÉ-ESCOLARES**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas, ênfase em Odontopediatria, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Ciências Odontológicas**.

Orientadora: Prof^a. Dr^a Marta Dutra Machado Oliveira

Santa Maria, RS
2018

Ferrony, Laise
INFLUÊNCIA DA ABORDAGEM ODONTOLÓGICA NA QUALIDADE DE
VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL EM PRÉ-ESCOLARES / Laise
Ferrony.- 2018.
55 p.; 30 cm

Orientadora: Marta Dutra Machado Oliveira
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-
Graduação em Ciências Odontológicas, RS, 2018

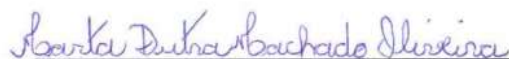
1. Odontopediatria 2. Epidemiologia 3. Pré-Escolares
4. Odontologia I. Dutra Machado Oliveira, Marta II.
Título.

Laise de Azevedo Ferrony

**INFLUÊNCIA DA ABORDAGEM ODONTOLÓGICA NA QUALIDADE DE VIDA
RELACIONADA À SAÚDE BUCAL EM PRÉ-ESCOLARES**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas, ênfase em Odontopediatria, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Ciências Odontológicas**.

Aprovado em 21 de dezembro de 2018:



Marta Dutra Machado Oliveira, Dra. (UFSM)
(Presidente/Orientador)



Thiago Machado Ardenghi, Dr. (UFSM)



Carine Weber Pires, Dra. (FSG)

Santa Maria, RS
2018

AGRADECIMENTOS

A meus pais, **Helenise e Paulo**. A quem devo absolutamente tudo! Obrigada por serem incansáveis na minha educação, ainda que cheia de degraus. Obrigada por serem meus maiores exemplos de ética, dedicação e amor. Por terem me ensinado a amar. Um amor tão incondicional que supera qualquer momento difícil na vida. Por serem a minha casa, por serem meu chão. Por terem estado comigo mesmo quando eu decidi ir. E por terem estado ainda mais perto quando decidi voltar! Por terem me ensinado de qual lado eu devo estar, por quem eu preciso lutar e quem merece meu esforço. Por terem me ensinado a perguntar, levantar a mão e agradecer. E não importa o quão ruim tenha sido o teu dia, tudo se resolve com vocês em volta de uma mesa, arroz, feijão, guisadinho e uma banana!

Aos meus irmãos, **Ana Júlia e Daniel**. Por serem as pessoas mais fortes do mundo! Por encararem a vida com muito mais coragem do que eu jamais imaginei ter. Vocês me dão a certeza de que nunca estou sozinha. À **Luísa**, a quem ainda mesmo que sem estar, já é! A quem traz um significado novo de amor para as nossas vidas.

A meus avós **Nemésio, Neiza e João**, a quem sem poesia nenhuma na vida souberam passar um pouco de cada um para todos nós. Às minhas, tão nossas **Tia Vandinha e Vó Wânia**, a quem quase posso escutar dizer antes de dormir: Rezo por todos vocês, todas as noites!

À minha família, aos meus amados tios, **Guto, Meméia e Tati**.

À **Adriana Ortiz**, hoje uma irmã, hoje quase um pedaço de mim. A quem desde a faculdade divide o tempo, o carinho, o ombro e o coração. Obrigada por ser minha amiga, minha companheira, minha parceira. Agradeço por cuidar de mim e a quem devo muito por ter chegado até aqui. Por cada empurrão, por cada palavra, por cada virada de olho. Meu coração se enche de orgulho por perceber que muitos dos nossos sonhos vão sendo realizados lado a lado. E que venham outros sonhos, outras pessoas, novos dias, novos objetivos e novas conquistas.

À **Lisiane Cassales**, a quem a vida resolveu me presentear há alguns anos. A quem sempre pude ser eu mesma. A quem incontáveis vezes segurou meu coração nas mãos e fez dele algo mais forte. Obrigada pelo espaço que tenho na tua vida, na tua casa, no teu sofá cinza.

À **Caroline Brauner**, um dos meus suportes de vida! Uma mulher pela qual encarei minha primeira viagem sozinha de carro para poder dar um abraço pela notícia mais linda da vida! Quem me dera ter um pouco dessa coragem, dessa coragem de ser tudo por esses dois. Obrigada pelos incríveis abraços, pela amizade que não viveria sem. Por me permitir ter sido tua madrinha de casamento, por me permitir ser madrinha do Arthur, por me permitir fazer parte da tua vida infinitamente.

A **Antônio Marcos, Lennon e Tarso**. Por todas as vezes que me fizeram rir até soluçar, por todas as vezes que me fizeram e ouviram chorar. Por me lembrarem sempre o quão maravilhoso é ser querida por alguém. Por serem meus amigos e por muitas vezes meus irmãos. Eu amo vocês!

À **Letícia e Maneca**, pela amizade incondicional que me acompanha há mais de 10 anos. Por todos os momentos que me fizeram hoje, ser quem eu sou! Por serem minhas melhores amigas, por serem parte da minha família, por jamais me deixarem só!

À **Odontoplan**, minha segunda casa. O lugar onde tenho prazer em colocar os pés todos os dias para fazer o que eu escolhi. Onde trabalho ao lado de uma equipe de seres humanos fora do comum. Pessoas que eu amo e a quem eu devo muito do que eu sou. **Paulinho e Raíssa, Lidiane e Adriana**, aos colegas **Fabiana, Sérgio, Marcos, Marcelo, Day, Maria Clara e Rae**. Aos meus braços, o esquerdo e o direito, **Luciane e Valéria!** Vocês fazem meus dias mais felizes e completos! É inestimável meu carinho por vocês.

À **Iara Epstein**, por ter sido a professora que Universidade alguma no mundo poderia me dar. Por sempre me ajudar com calma, por confiar em mim e me inspirar crescer cada dia mais. Por nunca exigir de mim mais do que eu podia dar. Por tua humildade em nos ensinar, por tua paciência com tudo que não soubemos lidar. Por me aceitar na tua equipe, me ensinar a ter respeito e paixão pelo meu trabalho. Por ser compreensiva com cada uma de nossas etapas. E digo com a “boca cheia de bolo”: “Que orgulho em poder aprender contigo e trabalhar ao teu lado!”.

Ao **Orlando**, obrigada pelo teu carinho e tua amizade, pela tua preocupação descomunal comigo, pelas tuas palavras, por dividir teu tempo, tuas preocupações, por ser compreensivo nos momentos em que “eu não sei o que estou fazendo”. Oss

A **Paulo Henrique**, a quem acima de tudo, por muito tempo, foi meu lugar seguro para aguentar os trancos e barrancos da vida (e sem isso eu não chegaria até aqui). A quem agradeço por ter sempre me incentivado a ser tudo que eu sonhava: “E o que tu pode fazer para isso acontecer?”. Por sempre tentar me mostrar que eu era muito mais do que eu imaginava. Por me ensinar a não ter medo de lutar pelo que eu acredito. Por que sou parte de tudo que vivi, parte de todos que se aproximaram de mim. Sou parte de cada ciclo, e hoje sei agradecer por ter feito parte da na minha vida.

Yassmin Ramadan, por talvez sem mesmo que ela percebesse, ter sido uma inspiração para estar aqui hoje. A musa dos meus slides! **Jéssica Knorst, Carine Pires e Débora Sityá** por serem sempre rostos amigos em cada encontro, por serem algumas das pessoas mais gentis que já tive o prazer de conhecer, por sempre terem me estendido a mão. Obrigada.

Ao professor **Thiago Ardenghi**, por sempre me estender a mão e ser compreensivo com cada etapa que passei aqui dentro.

À minha Orientadora, **Marta Oliveira**, a quem gostaria de despejar agradecimentos mil, pois sem ti nada disso seria possível. Obrigada pelo carinho desde o dia em que nos conhecemos. Pelos momentos onde fostes professora, amiga, e por muitas vezes, mãe. Obrigada por me aceitar, me ensinar, compreender e me desculpar.

RESUMO

INFLUÊNCIA DA ABORDAGEM ODONTOLÓGICA NA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL EM PRÉ-ESCOLARES

AUTORA: Laíse de Azevedo Ferrony
ORIENTADORA: Prof^a. Dr^a. Marta Dutra Machado Oliveira

O tratamento odontológico invasivo tem sido associado a uma positiva autopercepção de saúde e melhores condições dentárias. No entanto, não há evidências da relação entre o tratamento não invasivo e a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal (QVRSB) em crianças. O objetivo deste estudo foi avaliar a associação entre abordagem odontológica, incluindo tratamento invasivo e não invasivo, e QVRSB em pré-escolares. Foi realizado um estudo longitudinal em 32 crianças com idade entre 0 e 3 anos. A QVRSB foi avaliada pela versão Brasileira da Escala de Impacto da Saúde Bucal na Primeira Infância (B-ECOHIS) antes da primeira consulta e após, pelo menos 21 dias após. Todos os pacientes participantes receberam atendimento, com execução de um plano de tratamento específico. Pode-se verificar a partir dos resultados que houve melhora na percepção da QVRSB após a abordagem odontológica, sendo esta, considerada invasiva ou não, com diferença estatisticamente significativa. Considerando a amostra em geral, houve diferença na sessão da criança, especificamente nos sintomas bucais e limitação psicológica. Para o grupo que recebeu tratamento invasivo, houve diferença no escore total, na sessão criança e nos sintomas bucais, e para o grupo que recebeu tratamento não invasivo houve também uma diferença no escore total e na sessão criança. O atendimento odontológico de crianças pré-escolares melhora significativamente a QVRSB, independentemente da abordagem adotada.

Palavras-chave: B-ECOHIS, Qualidade de vida, crianças.

ABSTRACT

INFLUENCE OF THE ODONTOLOGICAL APPROACH IN THE QUALITY OF LIFE RELATED TO THE ORAL HEALTH IN PRE-SCHOOLS

AUTHOR: Laíse de Azevedo Ferrony
ADVISOR: Prof^a. Dr^a. Marta Dutra Machado Oliveira

Invasive dental treatment has been associated with positive self-perception of health and better dental condition. However, there is no evidence on the relationship between non-invasive treatment and oral health related quality of life (OHRQoL) in children. The aim of this study was to evaluate the association between dental approach, including invasive and non-invasive treatment, and OHRQoL in preschool children's. We conducted a prospective study on 32 children with age range of 0 to 3 years. OHRQoL was assessed by the Brazilian Version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale (B-ECOHIS) before the first consultation and after at least 2 app. All the participating patients received care, with execution of a specific treatment plan. It can be verified according obtained that there was an improvement in the perception of the HRQoL after the dental approach, and it was considering invasive or not, approach with a statistically significant difference. Considering the sample in general, there was difference in the child session, specifically in oral symptoms and psychological limitation. For the group that received invasive treatment, there was difference in the total score, child session and oral symptoms, and for the group that received noninvasive treatment, there was also a difference in the total score and child session. The dental care of pre-school children significantly improves the HRQoL, regardless of the approach taken.

Palavras-chave: B-ECOHIS, Quality of life, children.

LISTA DE ANEXOS

Anexo A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	38
Anexo B - Termo De Confidencialidade.....	40
Anexo C – B-ECOHIS.....	41
Anexo D - Questionário Sócio-Econômico.....	43
Anexo E - Parecer Consubstanciado do CEP.....	45
Anexo F – Normas do Periódico Cadernos de Saúde Pública.....	48

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. ARTIGO 1 - INFLUÊNCIA DA ABORDAGEM ODONTOLÓGICA NA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL EM PRÉ- ESCOLARES.....	14
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
REFERÊNCIAS	33
ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	38
ANEXO B - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE	40
ANEXO C – B-ECOHIS.....	41
ANEXO D - QUESTIONÁRIO SÓCIO-ECONÔMICO.....	43
ANEXO E - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	45
ANEXO F – NORMAS PARA PUBLICAÇÃO NO PERIÓDICO CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA.	48

1. INTRODUÇÃO

A nova definição de saúde bucal proposta pela Federação Dentária Internacional (FDI), estabelece que: "A saúde bucal é multifacetada e inclui a capacidade de falar, sorrir, cheirar, provar, tocar, mastigar, engolir e transmitir uma variedade de emoções através de expressões faciais com confiança e sem dor, desconforto e doença do complexo craniofacial" (GLICK, 2016). Neste sentido, a saúde bucal é considerada componente fundamental da saúde e do bem-estar físico e mental que ocorre ao longo de um contínuo, sendo influenciada pelos valores e atitudes das pessoas e das comunidades. Além disso, reflete os atributos fisiológicos, sociais e psicológicos que são essenciais para a qualidade de vida e é influenciada pela mudança de experiências, percepções, expectativas e capacidade de adaptação às circunstâncias (GLICK, 2016).

Locker et al., (2002) definiram o conceito de qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB) como se referindo ao impacto gerado pelas condições orais nas atividades rotineiras, e de bem-estar do indivíduo. Dessa forma, a QVRSB é um importante desfecho que resulta de uma interação entre as condições de saúde bucal, saúde geral, fatores sociais e contextuais (LOCKER et al., 2002). O fundamento teórico das medidas de QVRSB considera que o processo saúde-doença está fortemente associado às percepções subjetivas de necessidades de saúde bucal e os impactos causados pelas doenças (LOCKER, 1997).

A QVRSB normalmente é mensurada por meio de escalas autoaplicáveis denominadas indicadores Sócio-dentais ou Sócio-Odontológicos (PIOVESAN, MARQUEZAN, KRAMER et al., 2010; de PAULA, LEITE, de ALMEIDA et al., 2013). Estes indicadores procuram medir, através de escalas numéricas, o quanto as experiências de vida das pessoas afetam aspectos de domínios físico, psicológico, material, social, entre outros. As informações obtidas permitem aos profissionais, compreender o impacto que a saúde bucal gera no indivíduo e sua família, podendo assim avaliar os resultados clínicos dos serviços prestados.

O questionário *Early Childhood Oral Health Impact Scale* (ECOHIS) (PAHEL et al., 2007) é um dos instrumentos disponíveis já validados em pré-escolares brasileiros para mensurar o impacto das doenças bucais na QVRSB das crianças e suas famílias (SCARPELLI et al., 2011; MARTINS-JUNIOR et al., 2012; TESCH, OLIVEIRA & LEÃO, 2008). Seu uso foi idealizado para pesquisas epidemiológicas

que avaliam o impacto das doenças bucais e seu tratamento em pré-escolares. Ele torna relevante as experiências relacionadas à saúde bucal de toda a vida da criança nas perguntas que são dirigidas aos responsáveis (TESCH, OLIVEIRA & LEÃO, 2008).

A prevalência e os padrões de ocorrência de doenças bucais na infância têm mudado consideravelmente nas últimas décadas. No que se refere à cárie dentária, por exemplo, a prevalência e a média de experiência da doença em crianças têm diminuído (ANDERSON, 1989; BONECKER, CLEATON-JONES, 2003; ARMFIELD, SPENCER, 2008; CONSTANTE et al., 2014). Apesar de passível de prevenção e controle, ainda é possível perceber que determinados grupos populacionais possuem uma baixa condição de saúde bucal. Estudos epidemiológicos revelaram que a cárie dentária é a doença crônica mais prevalente e considerada um problema de saúde pública em vários países (NOBILE et al., 2014; BASHIRIAN et al., 2018). Aos 5 anos de idade, uma criança brasileira possui, em média, o índice de 2,43 dentes com experiência de cárie, com ênfase no domínio cariado, que é responsável por mais de 80% do índice (BRASIL, 2012). Assim, a cárie não depende apenas de fatores biológicos para seu acometimento, ela está também associada às condições sociais, econômicas, políticas e educacionais (RAMADAN et al., 2016).

Essas mudanças são atribuídas, principalmente, às modificações das condições e estilo de vida, ao acesso à água fluoretada, ao uso efetivo dos serviços, à implementação de programas de saúde bucal nas escolas, à adoção de práticas regulares de autocuidado e ao uso de creme dental fluoretado (BRATTHALL et al., 1996; NADANOVSKY, SHEIHAM, 1995; WANG et al., 1998; NARVAI et al., 2006).

Condições precárias de saúde bucal causam impactos negativos na auto percepção da saúde e qualidade de vida das crianças e seus familiares (PIOVESAN et al, 2010). Crianças que apresentam piores índices de saúde bucal e geral são mais propensas a ter um desempenho escolar ruim, perda de peso, dificuldade para dormir, irritabilidade e baixa autoestima (LOW, TAN, SCHWARTZ, 1999; FEITOSA, COLARES, PINKHAM, 2005; BLUMENSHINE et al., 2008; PIOVESAN et al., 2012). Além disso, uma pior condição de saúde bucal compromete o bem-estar da família, gerando sentimento de culpa nos pais, e por vezes, causando faltas ao trabalho e/ou despesas com tratamento odontológico. (PIOVESAN et al. 2012; THOMSON, MALDEN, 2011). A Organização Mundial da Saúde preconiza a idade pré-escolar como uma idade índice para verificação da presença de cárie, em função de ser

possível verificar alterações na dentição decídua de forma mais rápida, em um menor período de tempo (WHO, 1997).

Nowak (2014) diz que crianças em idade pré-escolar, que possuem somente dentição decídua, quando tem acesso a estratégias primárias de atendimento, tal como consultas odontológicas no primeiro ano de idade, possuem menor necessidade de tratamento, quando comparadas a crianças já em fase de dentição mista que receberam intervenção tardiamente. O autor afirma que essa abordagem antecipada pode de alguma forma evitar ou prevenir o desenvolvimento da doença. Também acrescenta que são poucos os estudos que evidenciam a eficácia dessas intervenções (NOWAK, 2014).

No Brasil, dados do último levantamento nacional de saúde bucal mostraram que 18,1% das crianças de 12 anos nunca visitaram um dentista (BRASIL, 2010). A mesma pesquisa relatou desigualdades regionais no uso de serviços odontológicos, indicando que as regiões mais desenvolvidas economicamente tinham a maior proporção de crianças que receberam atendimento odontológico no ano anterior (BRASIL, 2010). A Academia Americana de Odontopediatria recomenda que as crianças visitem o profissional durante os 6 meses após a irrupção do primeiro dente na cavidade bucal, não ultrapassando 12 meses de idade. (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY REFERENCE MANUAL, 2008). Segundo dados nacionais da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), no que se refere ao uso de serviços odontológicos, 77,9% das crianças que tinham de 0 a 4 anos de idade nunca visitaram um dentista. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

O atendimento odontológico da criança em idade pré-escolar (0-5 anos), proporcionando resolução clínica de diversos problemas, através de pulpectomias, restaurações, exodontias e orientações, traz às crianças e a seus familiares, melhora significativa não só na saúde bucal, mas em sua percepção global, gerando melhor qualidade de vida. Ao ser avaliada a responsividade do B-ECOHIS frente a mudanças na QVRSB após tratamentos odontológicos de diversos tipos, verificou-se que pais cujas crianças receberam terapêuticas mais complexas, foram mais sensíveis a perceber tais mudanças (NOVAES, et al, 2017).

Assim, a constatação da melhora do quadro físico e psicossocial da criança deve sugerir vivência mais longa e saudável, sem grande impacto negativo no bem-estar do grupo social em que a criança está inserida, além da construção positiva da autoestima e confiança. O atendimento odontológico da criança, portanto, poderá

consistir em importante meio para o incremento de sua qualidade de vida, bem como de sua família.

2. ARTIGO 1 - INFLUÊNCIA DA ABORDAGEM ODONTOLÓGICA NA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL EM PRÉ-ESCOLARES

Este artigo será submetido ao periódico Cadernos de Saúde Pública, ISSN 0102-311X, Fator de impacto = 0.6045; Qualis: A2 As normas para publicação estão descritas no Anexo E.

INFLUÊNCIA DA ABORDAGEM ODONTOLÓGICA NA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL EM PRÉ-ESCOLARES

Ferrony, LA, Ardenghi, TM, Tomazoni, F, Menegazzo, GR, Oliveira, MDM

RESUMO

A abordagem odontológica invasiva tem sido associada à auto-percepção de saúde positiva e melhora nas condições de saúde oral. Contudo, não há evidência da relação entre uma abordagem odontológica ampla, incluindo tratamento não invasivo, e Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal (QVRSB) em pré-escolares. O objetivo deste estudo retrospectivo foi avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB) em uma amostra de 32 crianças de 0 a 3 anos após consultas odontológicas na Clínica de Bebês da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Para verificar tal efeito, o questionário B-ECOHIS foi aplicado em dois momentos: antes do primeiro atendimento e após o transcurso de duas consultas além da inicial, ou seja, 21 dias, independentemente da classificação da abordagem, se invasiva ou não. Todas as crianças participantes tiveram um plano de tratamento específico e receberam a execução do mesmo de forma gratuita. A percepção da QVRSB foi significativamente melhor após a execução da abordagem odontológica invasiva ou não ($p=0,004$), sendo para o total da amostra significativa para a sessão criança ($p=0,002$), especificamente nos sintomas orais ($p=0,011$) e limitação psicológica ($p=0,043$). Considerando a parcela que recebeu tratamento invasivo, houve melhora no escore total ($p=0,030$), sessão criança ($p=0,027$) e sintomas orais ($p=0,048$). Para os pacientes que não receberam abordagem invasiva, houve diferença no escore total ($p=0,05$) e sessão criança ($p=0,031$). Pode-se concluir que o atendimento da criança pré-escolar, sendo ele restaurador ou não, é capaz imprimir influência positiva na Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal.

INTRODUÇÃO

A população infantil é bastante acometida pela cárie dental, em proporções preocupantes. De acordo com o Projeto Pesquisa de Saúde Bucal SB Brasil 2010, o índice ceo-d, para pré-escolares, é de 2,41, sendo a prevalência desta doença de 53,1%, ou seja, mais da metade das crianças desta faixa etária já foram afetadas. Adicionalmente, o mesmo levantamento demonstrou que a prevalência de lesões não tratadas foi de 48,2%, o que representa aproximadamente a metade de indivíduos dessa idade no país (ARDENGHI, et al,

2013).

Condições precárias de saúde bucal causam impactos negativos na auto percepção da saúde e qualidade de vida das crianças e seus familiares (PIOVESAN et al, 2010). Sabe-se que a doença cárie, ocorrendo em idade precoce, proporciona efeitos extremamente negativos, incluindo influência no desenvolvimento e crescimento, alimentação, fonação, sono, assim como danos psicológicos à própria criança e sua família, principalmente devido à dor (ORTIZ, et al, 2014). Portanto, pode-se afirmar, que aqueles portadores de piores índices de saúde bucal e geral são mais propensos a ter perda de peso, dificuldade para dormir e irritabilidade (LOW, TAN, SCHWARTZ, 1999; FEITOSA, COLARES, PINKHAM, 2005; BLUMENSHINE et al., 2008; PIOVESAN et al., 2012).

Segundo a OMS, crianças em idade pré-escolar fazem parte de um índice padrão para verificação de inquéritos epidemiológicos (OMS). É uma faixa etária fundamental para se verificar padrões de situação bucal e avaliar a efetividade de programas de saúde voltados para essa população, que muitas vezes possuem o intuito de promover uma consolidação de hábitos saudáveis (RAMADAN, KOLTERMANN, PIOVESAN, 2016) (KRAMER et al, 2008). A atenção direcionada à grupos de idades inferiores faz-se necessária, (COLARES, FEITOSA, 2003) o que possibilita a resolução de inúmeros problemas, através de atendimento clínico que inclui tratamento das sequelas (reabilitação), orientações e acompanhamentos.

Para avaliação dessa percepção, muitos pesquisadores (ABANTO et al, 2011; PAHEL et al, 2011), utilizaram o Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS), visando verificar a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal (QVRSB – OHRQoL), em pré-escolares e seus familiares. QVRSB é um importante desfecho que resulta de uma interação entre as condições de saúde bucal, saúde geral, fatores sociais e contextuais (LOCKER et al., 2002).

A realização de tratamento reabilitador para os casos de lesões cavitadas, promove redução nas médias obtidas a partir da aplicação do B-ECOHIS, antes e após a finalização dos procedimentos, especialmente nos casos de maior complexidade (ABANTO et al, 2016; NOVAES et al, 2017; VOLLÚ et al, 2018).

Por outro lado, é importante a investigação da influência da consulta odontopediátrica na melhora da qualidade de vida de pré-escolares e seus pais/responsáveis, considerando pacientes com ou sem necessidades reabilitadoras. Reconhecidamente, a pesquisa neste sentido é de grande importância, uma vez que poderá embasar a organização de políticas públicas voltadas à promoção de saúde a essas populações (KRAMER et al, 2008). Assim,

este estudo objetivou avaliar, através da tomada do B-ECOHIS em 2 momentos ,antes e após abordagem odontológica, a QVRSB de pais/responsáveis de pré-escolares, pois, pouco é conhecido a respeito do impacto das primeiras consultas odontológicas na percepção de pais/responsáveis, sobre a saúde bucal de seus filhos, independentemente das necessidades apresentadas e da característica da abordagem, se invasiva ou não.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este é um estudo longitudinal observacional e foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, sob o protocolo de número CAAE 88362618.0.0000.5346.

Santa Maria, cidade do centro do Estado do Rio Grande do Sul, possui uma população estimada em 278.445 pessoas, destas, aproximadamente 15.214 tem entre 0 e 4 anos de idade. A Universidade Federal de Santa Maria -RS, através do curso de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas, atende pacientes em idades pré-escolar na Clínica de Bebês, onde atendimentos são realizados por alunos de Pós-Graduação, orientados por um Professor Doutor. A clínica oferece atendimento preventivo, através de orientações de higiene oral, aplicação tópica de flúor, aconselhamento dietético e profilaxias e atendimento reabilitador e de urgência, tais como: restaurações, tratamentos endodônticos, extrações dentárias.

No período de 2017 ao início de 2018, os pais e ou responsáveis que acompanhavam as crianças que iniciaram o tratamento na Clínica de Bebês, foram convidadas a participar da presente pesquisa. Previamente foi calculado o tamanho amostral baseado em um nível de significância de 5%, poder do estudo de 80%, médias de B-ECOHIS no *baseline* de 7,97 (DP: 8,46) e pós-tratamento de 0,43 (1,68) (NOVAES et al., 2017). Considerando uma perda ou recusa de 30%, estimou-se um tamanho amostral mínimo de 29 pacientes (NOVAES et al., 2017). A amostra final consistiu em 32 crianças, que tinham de 0 a 3 anos de idades, todas residentes da Cidade de Santa Maria – RS. Os critérios de inclusão foram crianças regularmente atendidas na referida clínica, com ou sem necessidades reabilitadoras, dentro da faixa etária proposta e sem alterações em sua saúde sistêmica. Foram excluídos os pacientes portadores de comprometimento sistêmico, síndromes, limitações motoras e estruturais.

Descrição da Metodologia

Na primeira consulta da criança, um pesquisador responsável conduziu os pais/responsáveis a uma sala anexa para que os objetivos, vantagens e desvantagens da

pesquisa fossem explicados. A eles foi lido o TCLE, e assim que autorizado e assinado, foi realizada a anamnese da criança. Após, os pais/responsáveis foram convidados a responder ao questionário de QVRSB e ao questionário socioeconômico. Após a entrevista com os pais/responsáveis, a criança foi avaliada clinicamente, sendo estes dados, base para o planejamento de um tratamento adequado para suas condições bucais. Cada criança iniciava o tratamento conforme suas necessidades, sendo estas invasivas ou não. Foram considerados tratamentos não invasivos: orientações de higiene oral, aplicação tópica de flúor, aconselhamento dietético e profilaxias; e tratamentos considerados invasivos: restaurações, tratamentos endodônticos e extrações dentárias. Os tratamentos não tiveram custo e os pais/responsáveis poderiam interromper sua execução a qualquer momento, se assim julgassem necessário.

Após 21 dias, independentemente de o tratamento ter sido finalizado ou não, os pais novamente responderam o questionário sobre QVRSB, sendo a segunda avaliação realizada nos mesmos moldes da primeira entrevista. Ambos os resultados foram computados para gerar o escore de cada paciente.

Questionário Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS)

Para avaliar a QVRSB da criança, foi aplicado o Questionário Early Childhood Oral Health Impact Scal, em sua versão brasileira, (B-ECOHIS). O questionário consiste de 13 questões; nove destas correspondem a domínios incluídos na seção de impacto dos problemas bucais na criança: a) sintomas - uma pergunta; b) limitações - quatro perguntas; c) psicológico - duas perguntas; d) autoimagem e interação social - duas perguntas.

As quatro últimas questões correspondentes a domínios incluídos na seção de impacto dos problemas bucais na família: a) angústia dos pais – duas perguntas; b) função familiar - duas perguntas.

As respostas foram categorizadas e codificadas: 0 = nunca; 1 = quase nunca; 2 = às vezes; 3 = com frequência; 4 = com muita frequência; 5 = não sei.

Foi calculado um escore total e um escore por domínio a partir da somatória dos códigos referentes às respostas. (PAHEL, ROZIER, SLADE, 2007)

Questionário Socioeconômico

O questionário socioeconômico é um instrumento válido para expressar as condições demográficas e sociais da amostra. Através de perguntas objetivas, podem ser obtidos dados referentes a sexo, cor da pele, habitação (número de pessoas, localização, qualidade de

acomodação), renda familiar, grau de escolaridade dos responsáveis e sua ocupação, assim como motivos para procura de consultas odontológicas e sua importância. As respostas obtidas permitem a caracterização do grupo estudado e sua inserção no contexto social, facilitando a tomada de medidas futuras, a partir das necessidades apresentadas.

Análise Estatística

Os dados foram analisados utilizando o programa STATA 14 (Stata Corporation, College Station, TX, USA). Primeiramente foi realizada análise descritiva para apresentar características clínicas, demográficas e socioeconômicas da amostra. Após, foi testada a distribuição dos dados de QVRSB, sendo a mesma não normal, utilizando-se a partir daí o Teste de Wilcoxon Pareado. Com base nesse teste, a comparação dos escores do questionário B-ECOHIS antes e durante o atendimento odontológico foi efetuada, verificando se houve influência na QVRSB.

RESULTADOS

Utilizando-se de questionário sócio econômico, que melhor permitiu o levantamento e cômputo dos dados a seguir demonstrados, trinta e duas crianças, seus pais e responsáveis participaram da pesquisa. Desse universo se pode identificar, em termos percentuais que 43,75% são do sexo feminino e 56,25% são do sexo masculino. Interessante perceber que os pais de apenas seis crianças, as identificaram como não brancas, em 18,75% dos casos, ou seja, crianças que podem ser consideradas como negras, mulatas, índias, ou orientais, como consta do questionário.

As famílias envolvidas, por sua vez, quanto a sua condição econômica, demonstraram-se em 45% dos casos, possuidoras de renda familiar superior a R\$ 1.800,00 e em 54% dos casos com renda menor ou igual a R\$1.800,00. Contexto esse, ainda, que expressa atividade laboral paterna em percentual de 96,88%, enquanto que a atividade das mães corresponde apenas a 53,13% dos casos. A pesquisa demonstra também, que a escolaridade superior, completa ou não, é conquista de apenas 18,75% das mães e 12,5% dos pais. (Tabela 1)

No cenário em questão, já no que diz respeito à percepção da saúde bucal das crianças, por seus pais e ou responsáveis, foi possível constatar mediante indagação de como eles consideram a saúde dental dos filhos, que 19 deles, em percentual de 59,38%, entendem ser excelente/muito boa/boa e 13 deles em 40,62% dos casos, admitem ser regular/ruim. Contudo, quando a compararam com a de outras crianças, apenas 5 (15,65%) responderam que a

consideravam pior, e 18 (56,25%) responderam ser igual ou pior (28,13%). No entanto, relativamente às visitas prévias ao dentista, constatou-se que apenas uma criança (3,13%), nunca havia recebido atendimento odontológico, e que 29 delas (90,62%), declararam escovar os dentes de 2 a 3 vezes ao dia, porém, apenas 19 delas (59,38%), utilizavam-se de creme dental fluoretado. (Tabela 1)

A pesquisa também revelou, por meio de exames clínicos e uso de todos os escores do ICDAS a quantificação da presença de Cárie Dentária. Tais escores demonstraram que a prevalência de cárie na amostra estudada foi de 62,50%, dos casos.

Em razão do levantamento por meio dos exames clínicos necessários, se pode perceber que em 15 crianças (46,88%), não foi necessária utilização de nenhum tipo de tratamento invasivo, enquanto que nas demais 17 crianças, em 53,12% dos casos, o uso de tratamentos considerados invasivos se impôs. No que diz respeito à qualidade de vida relacionada à saúde bucal das crianças, perceptível na Tabela 2, que mostra o escore total ($p=0,004$) do questionário B-ECOHIS de todos os participantes, e levando em consideração o antes e depois da abordagem odontológica, percebeu-se significativa diminuição nos escores totais, considerando o *baseline* e *follow up*. Já na sessão criança, especificamente, quanto aos sintomas orais e limitação psicológica, igualmente notou-se diferença estatisticamente significativa ($p=0,002$).

Ainda considerados os resultados do questionário B-ECOHIS, como se percebe na Tabela 3, que contempla os participantes que receberam tratamentos invasivos, identifica-se diferença estatisticamente significativa, considerados os escores totais com base no *baseline* e *follow up* ($p=0,03$), resultado também percebido na sessão criança ($p=0,02$), de uma forma geral e quando considerado o item sintomas ($p=0,04$).

Finalmente, verificou-se na Tabela 4, a aplicação do B-ECOHIS aos pais das crianças que receberam tratamentos não invasivos. Houve diferença estatisticamente significativa no escore total ($p=0,05$) e na sessão criança ($p=0,03$), considerando o *baseline* e o *follow up*.

DISCUSSÃO

Do presente estudo, participaram 32 crianças com idades que variaram entre 0 e 03 anos, pertencentes, quase em sua totalidade, de famílias de baixa renda. Todos receberam atendimento na clínica de Bebês da Universidade Federal de Santa Maria, o que lhes exigia deslocamentos dos locais de onde residem até a sede da clínica, cumprindo informar, apenas para melhor contextualizar, que nem todas elas moram na cidade de Santa Maria, a exemplo

de municípios da região, como Mata, Restinga Seca e Formigueiro.

Durante a utilização do método empregado, que consistiu em cálculo amostral, foi possível constatar que a pequena quantidade da amostra e o curto espaço de tempo entre as duas entrevistas pode ter dificultado a completa identificação de todas as diferenças. Apesar de se admitir esse fato como uma limitação, percebeu-se que no momento em que os resultados foram comparados, tanto as crianças que se submeteram a tratamento invasivo, quanto as que não se submeteram tais diferenças, ainda que sutis, se revelaram de forma significativa.

Importa salientar que, até mesmo as crianças que não realizaram tratamentos considerados invasivos (53%) obtiveram uma melhora ($p=0,03$), embora discreta, no que diz respeito à percepção de qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Isso leva a se constatar que muitas vezes o fato da criança estar frequentando um local onde recebe o acesso à melhores condições de saúde, há reflexo direta em sua qualidade de vida, o que pode levar a crer que tais reflexos também ocorram em razão de efeitos de ambiência.

Considera-se que tais efeitos tenham, também, assim ocorrido, pela mesma razão que elevou a “ambiência” à condição de uma das diretrizes do Programa Nacional de Humanização (HUMANIZASUS) (BRASIL, MS), em 2003, dada a percepção de que o ambiente, em seu todo, em determinado espaço, contribui, sim, para o desenvolvimento tanto de novos hábitos saudáveis pelas crianças, quanto de respostas positivas aos próprios tratamentos. Outrossim, é fato relevante a consciência dos pais em perceberem tais melhoras, ainda que breves, na qualidade de vida da criança, demonstrando que os benefícios não se limitam às mesmas, mas seu entorno, influenciando de forma positiva, na família em que está inserida.

Conforme NOVAES et al, 2017, crianças que receberam tratamentos invasivos obtiveram melhores escores quando comparadas às crianças que receberam tratamentos não invasivos. Esse estudo, ainda, concluiu que crianças que passaram por tratamento endodôntico ou extração, obtiveram maiores mudanças no escore, do que crianças que realizaram tratamentos restauradores. Adicionalmente, VOLLÚ et al, 2018 avaliaram a qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB) de 16 crianças de 1 a 5 anos de idade e também verificaram maiores escores do questionário B-ECOHIS em pacientes que realizaram tratamentos como extrações e mantenedores de espaço. Já no que diz respeito à inserção da criança no Sistema de Saúde de Atenção Básica, então promovido pela família, é bastante comum que as crianças cujas idade integram a faixa etária de 0 a 3 anos, sejam frequentemente negligenciadas durante as consultas odontológicas. Fato corriqueiro tem sido a falta de procedimentos para alívio das dores durante as consultas (MACHADO, DAHER e COSTA, 2014), dores causadas, em grande parte dos casos por cáries. Essas

lesões, segundo o SB Brasil (2010), atingem à população infantil em prevalência de 48,2%, entre os indivíduos em idade pré-escolar com lesões cáries não tratadas, o que representa, aproximadamente a metade dessa população. Já no que tange ao escore geral de cárie, conforme a mesma pesquisa, revela-se o predomínio de 53,1% de casos nessa população (ARDENGHI, et al, 2013), dado esse que não fica tão distante dos que foram encontrados na presente pesquisa, qual seja, 62,50% dos casos.

Em semelhante perspectiva, segundo o estudo de (FREIRE, CORRÊA-FARIA, COSTA, 2018), a dor e a experiência de cárie, causam um forte impacto negativo na rotina diária das crianças, o que complementa o estudo de (ORTIZ et al, 2014), cujo estudo confirma que a presença de dor dentária afeta negativamente a qualidade de vida relacionada a saúde bucal das crianças, revelando que as crianças que sofriam com dores de dente, apresentaram maiores chances de piores impactos nos escores totais do B-ECOHIS.

Na presente pesquisa, na análise realizada com a amostra em sua totalidade, verificou-se diminuição nos escores totais, considerando a primeira e a segunda tomada do B-ECOHIS, bem como na sessão criança, especificamente nos sintomas orais e limitação psicológica. A provável explicação para este fato é que já nas primeiras intervenções, os pacientes são atendidos visando principalmente a remissão de sintomatologia dolorosa, o que ocasiona melhora substancial em suas funções diárias, como falar, comer, dormir e brincar (ORTIZ et al, 2014). Quando a análise foi efetuada considerando os pacientes com necessidade invasiva, da mesma forma houve diferença estatisticamente significativa nos escores totais, sessão criança e sintomas orais, sendo visível a importância dos atendimentos, mesmo que iniciais na melhora da situação da criança. Para os pacientes sem necessidade invasiva, verificou-se diminuição nos escores totais e na sessão criança, percebendo-se uma certa influência na melhora imediata mais relacionada aos casos de sintomas mais evidentes. Não foi possível detectar maiores reduções devido ao curto espaço de tempo avaliado, bem como acredita-se que não houve diminuição estatisticamente significativa nos demais itens do B-ECOHIS, devido ao tamanho amostral. Apesar destas limitações, a execução das consultas odontológicas, com abordagens que incluem condicionamento psicológico, exames, orientações, profilaxias, restaurações, endodontias e exodontias, proporcionam à criança e suas famílias melhora em sua QVRSB.

CONCLUSÃO

Pode-se concluir que a abordagem odontológica de forma geral causou uma melhora na percepção da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal (QVRSB), considerando os escores totais do B-ECOHIS.

TABELAS

Tabela 1. Características demográficas, socioeconômicas, comportamentais e clínicas da amostra (n = 32). Santa Maria, RS, Brazil, 2018.

Variáveis	Número (n)	Porcentagem (%)
Sexo		
Feminino	14	43,75
Masculino	18	56,25
Cor da pele		
Branco	26	81,25
Não branco	6	18,75
Renda		
> R\$ 1.800,00	14	45,16
≤ R\$ 1.800,00	17	54,84
Estrutura familiar		
Mora com pai e mãe	26	81,25
Mora só com a mãe	4	12,5
Outro	2	6,25
Mãe trabalha		
Sim	17	53,13
Não	15	46,88
Pai trabalha		
Sim	31	96,88
Não	1	3,13

Escolaridade maternal

Até o ensino médio completo	26	81,25
Ensino Superior incompleto ou completo	6	18,75

Tabela 1. Características demográficas, socioeconômicas, comportamentais e clínicas da amostra (n = 32). Santa Maria, RS, Brazil, 2018.

Variáveis	Número (n)	Porcentagem (%)
Escolaridade Paterna		
Até o ensino médio completo	28	87,50
Ensino superior incompleto ou completo	4	12,5
Visita odontológica nos últimos 6 meses		
Sim	31	96,88
Não	1	3,13
Motivo visita		
Dor de dente/dor na boca	7	22,58
Batidas de quedas	3	9,68
Exame de rotina	11	35,48
Outro	12	32,26
Frequência de escovação		
Não escova/1 vez ao dia	3	9,38
2 ou 3 vezes ao dia	29	90,62
Creme dental fluoretado		
Não	13	40,63
Sim	19	59,38
História de traumatismo		
Não	22	68,75
Sim	10	31,25

Saúde dos dentes

Excelente/muito boa/boa	19	59,38
Regular/ruim	13	40,62

Tabela 1. Características demográficas, socioeconômicas, comportamentais e clínicas da amostra (n = 32). Santa Maria, RS, Brazil, 2018.

Variáveis	Número (n)	Porcentagem (%)
Comparação com outras crianças		
Melhor	9	28,13
Pior	5	15,63
Igual	18	56,25
Cárie dental (escores 1, 2, 3, 4, 5, 6)		
Sim	20	62,50
Não	12	37,50
Tipo de tratamento		
Não invasivo (Profilaxia, Orientação de Higiene Oral, Aplicação Tópica de flúor)	15	46,88
Invasivo (Restaurações, Extrações, Endodontias)	17	53,12

Tabela 2. Escore total, de acordo com as sessões e por domínios do B-ECOHIS de todos os participantes, antes e depois da abordagem odontológica (n = 32), com tamanho do efeito

B-ECOHIS						
	Varição no	Média no	Média no	P*	Varição no	Tamanho do
	baseline	baseline	Follow-up (DP)		Follow-up	efeito
		(DP)				
Escore total	0 – 33	9,32 (9,50)	7,03 (9,06)	0,004	0 – 34	0,24
Sessão criança	0 – 21	6,03 (6,05)	3,84 (5,74)	0,002	0 – 22	0,36
Sintomas	0 – 4	1,25 (1,37)	0,66 (1,06)	0,011	0 – 4	0,43
Limitação funcional	0 – 8	2,09 (2,43)	1,28 (2,16)	0,223	0 – 8	0,33
Limitação psicológica	0 – 6	1,84 (1,92)	1,28 (1,92)	0,043	0 – 6	0,29
Interação social	0 – 6	0,84 (1,87)	0,62 (1,86)	0,649	0 – 8	0,12
Sessão família	0 – 13	3,28 (3,88)	3,19 (3,78)	0,935	0 – 12	0,02
Estresse parental	0 – 8	2,34 (2,77)	2,41 (2,65)	0,759	0 – 8	- 0,02
Função familiar	0 – 6	0,94 (1,66)	0,78 (1,43)	0,529	0 – 5	0,09

*Valor de P de acordo com Teste de Wilcoxon

Tabela 3. Escore total, de acordo com as sessões e por domínios do B-ECOHIS dos participantes que receberam tratamento invasivo, antes e depois da abordagem odontológica (n = 17), com tamanho do efeito.

B-ECOHIS								
	Variação no	Média	no	Média	no	P*	Variação no	Tamanho do
	baseline	baseline		Follow-up (DP)			Follow-up	efeito
		(DP)						
Escore total	3 – 33	15,0 (9,57)		12,35 (9,52)		0,030	0 – 34	0,28
Sessão criança	1 – 21	9,23 (6,44)		6,59 (6,55)		0,027	0 – 22	0,41
Sintomas	0 – 4	2,06 (1,30)		1,23 (1,20)		0,048	0 – 4	0,63
Limitação funcional	0 – 8	3,00 (2,78)		2,18 (2,50)		0,826	0 – 8	0,29
Limitação psicológica	0 – 6	2,59 (2,18)		2,00 (2,21)		0,226	0 – 6	0,27
Interação social	0 – 6	1,59 (2,35)		1,18 (2,45)		0,593	0 – 8	0,17
Sessão família	0 – 13	5,76 (3,82)		5,76 (3,51)		0,637	0 – 12	0,00
Estresse parental	0 – 8	4,23 (2,54)		4,35 (2,18)		0,704	0 – 8	- 0,05
Função familiar	0 – 6	1,53 (2,03)		1,41 (1,73)		0,938	0 – 5	0,06

*Valor de P de acordo com Teste de Wilcoxon

Tabela 4. Escore total, de acordo com as sessões e por domínios do B-ECOHIS dos participantes que receberam tratamento não invasivo, antes e depois da abordagem odontológica (n = 15), com tamanho do efeito

B-ECOHIS						
	Varição no baseline	Média baseline (DP)	Média no Follow-up (DP)	P*	Varição no Follow-up	Tamanho do efeito
Escore total	0 – 11	2,87 (3,40)	1,00 (2,24)	0,053	0 – 8	0,55
Sessão criança	0 – 9	2,40 (2,67)	0,73 (2,09)	0,031	0 – 8	0,62
Sintomas	0 – 2	0,33 (0,72)	0,00 (0,00)	0,083	0 – 0	0,46
Limitação funcional	0 – 4	1,07 (1,44)	0,27 (1,03)	0,086	0 – 4	0,56
Limitação psicológica	0 – 4	1,00 (1,13)	0,47 (1,12)	0,084	0 – 4	0,47
Interação social	0 – 0	0,00 (0,00)	0,00 (0,00)	-	0 – 0	0,00
Sessão família	0 – 2	0,47 (0,83)	0,27 (0,59)	0,417	0 – 2	0,24
Estresse parental	0 – 2	0,20 (0,56)	0,20 (0,56)	1,000	0 – 2	0,00
Função familiar	0 – 2	0,27 (0,70)	0,07 (0,26)	0,157	0 – 1	0,28

*Valor de P de acordo com Teste de Wilcoxon

REFERÊNCIAS

- Abanto J, Paiva SM, Sheiham A, G Tsakos, FM Mendes, Cordeschi T, Vidigal EA, Bönecker M. Alterações na OHRQoL de crianças pré-escolares após tratamento de cárie dentária: responsividade do B-ECOHIS. *Revista Internacional de Odontopediatria*. 2016 Jul; 26 (4): 259-65.
- Abanto J, Carvalho TS, FM Mendes, Wanderley MT, Bönecker M., Raggio DP. Impacto das doenças e distúrbios orais na qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças pré-escolares. *Odontologia Comunitária e Epidemiologia Oral*. Abril de 2011; 39 (2): 105-14.
- Ardenghi TM, Piovesan C, Antunes JL. Inequalities in untreated dental caries prevalence in preschool children in Brazil. *Revista de Saúde Pública*. 2013 Dec;47:129.
- Blumenshine SL, Vann Jr WF, Gizlice Z, Lee JY. Children's school performance: impact of general and oral health. *Journal of Public Health Dentistry*. 2008 Mar;68(2):82-7.
- Brasil MS. HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial/Ministério da saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde. 2004.
- Colares V, Feitosa S. O desempenho na pré-escola de crianças portadoras de carie severa. *Acta Scientiarum. Health Sciences*. 2003 Feb;25(2):129-34.
- Feitosa S, Colares V, Pinkham J. The psychosocial effects of severe caries in 4-year-old children in Recife, Pernambuco, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2005;21:1550-6.
- Freire MD, Corrêa-Faria P, Costa LR. Effect of Dental Pain and Caries on The Quality of Llife of Brazilian Preschool Children. *Revista de Saúde Pública*. 2018 Apr 9;52:30.

Kramer PF, Ardenghi TM, Ferreira S, Fischer LD, Cardoso L, Feldens CA. Use of dental services by preschool children in Canela, Rio Grande do Sul State, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2008 Jan;24(1):150-6.

Locker D, Jokovic A, Stephens M, Kenny D, Tompson B, Guyatt G. Family impact of child oral and oro-facial conditions. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2002 Dec;30(6):438-48.

Low W, Tan S, Schwartz S. The effect of severe caries on the quality of life in young children. *Pediatric dentistry*. 1999;21(6):325-6.

Machado G, Daher A, Costa LR. Factors Associated With no Dental Treatment in Preschoolers With Toothache: a Cross-Sectional Study in Outpatient Public Emergency Services. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2014 Aug dd8;11(8):8058-68.

Novaes TF, Pontes LR, Freitas JG, Acosta CP, Andrade KC, Guedes RS, Ardenghi TM, Imparato JC, Braga MM, Raggio DP, Mendes FM. Responsiveness of the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS) is related to dental treatment complexity. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2017 Dec;15(1):182.

Ortiz FR, Tomazoni F, Oliveira MD, Piovesan C, Mendes F, Ardenghi TM. Toothache, associated factors, and its impact on Oral Health-Related Quality of Life (OHRQoL) in preschool children. *Brazilian Dental Journal*. 2014 Dec;25(6):546-53.

Pahel BT, Rozier RG, Slade GD. Parental perceptions of children's oral health: the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). *Health and Quality of Life Outcomes*. 2007 Dec;5(1):6.

Piovesan C, Antunes JL, Guedes RS, Ardenghi TM. Impact of socioeconomic and clinical factors on child oral health-related quality of life (COHRQoL). *Quality of Life Research*. 2010 Nov 1;19(9):1359-66.

Piovesan C, Antunes JL, Mendes FM, Guedes RS, Ardenghi TM. Influence of children's oral health-related quality of life on school performance and school absenteeism. *Journal of Public Health Dentistry*. 2012 Mar;72(2):156-63.

Ramadan YH, Koltermann AP, Piovesan C. Cárie dentária em crianças brasileiras: tendência e polarização. *Disciplinarum Scientia| Saúde*. 2016 Mar 17;15(1):137-46.

Vollú AL, da Costa MD, Maia LC, Fonseca-Gonçalves A. Evaluation of Oral Health-Related Quality of Life to Assess Dental Treatment in Preschool Children with Early Childhood Caries: A Preliminary Study. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*. 2018;42(1):37-44.

World Health Organization. *World Health Organization Oral Health Surveys—Basic Methods*, 1997.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os resultados apresentados é possível afirmar que os efeitos das consultas odontológicas na percepção de saúde bucal de crianças em idade pré-escolar são positivos. Verificou-se melhora na qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB) dos pacientes analisados, considerando necessidade ou não de abordagem invasiva, através de comparação de escores do B-ECOHIS, antes do início dos atendimentos e após 21 dias. Embora seja evidente a referida modificação positiva, torna-se imperioso destacar a necessidade de novas pesquisas, o que permitiria melhor percepção dos impactos positivos deste tipo de atendimento nesta faixa etária.

REFERÊNCIAS

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY et al. **American Academy of Pediatric Dentistry reference manual**. American Academy of Pediatric Dentistry, 2008.

ANDERSON, R. J. The changes in dental caries experience of 12-year-old schoolchildren in two Somerset schools. A review after an interval of 25 years. **British dental journal**, v. 167, n. 9, p. 312, 1989.

ARMPFIELD, J. M.; SPENCER, A. J. Quarter of a century of change: caries experience in Australian children, 1977–2002. **Australian dental journal**, v. 53, n. 2, p. 151-159, 2008.

BASHIRIAN et al., Association of caries experience and dental plaque with sociodemographic characteristics in elementary school-aged children: a cross-sectional study. **BMC oral health**, v. 18, n. 1, p. 7, 2018.

BLUMENSHINE et al., Children's school performance: impact of general and oral health. **Journal of public health dentistry**, v. 68, n. 2, p. 82-87, 2008.

BÖNECKER, M.; CLEATON-JONES, P. Trends in dental caries in Latin American and Caribbean 5–6-and 11–13-year-old children: a systematic review. **Community dentistry and oral epidemiology**, v. 31, n. 2, p. 152-157, 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2012 [acesso: 2018 jul]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2012 [acesso: 2018 jul 1]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf.

BRATTHALL, D.; HÄNSEL-PETERSSON, G.; SUNDBERG, H. Reasons for the caries decline: what do the experts believe?. **European journal of oral sciences**, v. 104, n. 4, p. 416-422, 1996.

CONSTANTE et al., Trends in dental caries among Brazilian schoolchildren: 40 years of monitoring (1971–2011). **International dental journal**, v. 64, n. 4, p. 181-186, 2014.

DE PAULA et al., The impact of socioenvironmental characteristics on domains of oral health-related quality of life in Brazilian schoolchildren. **BMC oral health**, v. 13, n. 1, p. 10, 2013.

FEITOSA, S.; COLARES, V.; PINKHAM, J. The psychosocial effects of severe caries in 4-year-old children in Recife, Pernambuco, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 5, p. 1550-1556, 2005.

GLICK, M.; WILLIAMS, D.M.; KLEINMAN, D.V.; VUJICIC, M.; WATT, R.G.; WEYANT, R.J. A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. **International Dental Journal**, v.66, n. 6, p. 322-324, 2016.

LOCKER et al., Family impact of child oral and oro-facial conditions. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 30, n. 6, p. 438-448, 2002.

LOCKER, David. Concepts of oral health, disease and the quality of life. **Measuring oral health and quality of life**, v. 11, p. 24, 1997.

LOW, W.; TAN, S.; SCHWARTZ, S. The effect of severe caries on the quality of life in young children. **Pediatric dentistry**, v. 21, n. 6, p. 325-326, 1999.

MARTINS-JÚNIOR et al., Validations of the Brazilian version of the early childhood oral health impact scale (ECOHIS). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. 367-374, 2012.

NADANOVSKY, P.; SHEIHAM, A. Relative contribution of dental services to the changes in caries levels of 12-year-old children in 18 industrialized countries in the 1970s and early 1980s. **Community dentistry and oral epidemiology**, v. 23, n. 6, p. 331-339, 1995.

NARVAI et al., Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 19, p. 385-393, 2006.

NOBILE et al., Pattern and severity of early childhood caries in Southern Italy: a preschool-based cross-sectional study. **BMC Public Health**, v. 14, n. 1, p. 206, 2014.

NOVAES et al., Responsiveness of the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS) is related to dental treatment complexity. **Health and quality of life outcomes**, v. 15, n. 1, p. 182, 2017.

NOWAK et al., Do early dental visits reduce treatment and treatment costs for children?. **Pediatric dentistry**, v. 36, n. 7, p. 489-493, 2014.

PAHEL, B. T.; ROZIER, R. G.; SLADE, G. D. Parental perceptions of children's oral health: The Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). **Health and quality of life outcomes**, v. 5, n. 1, p. 6, 2007.

Pesquisa Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008. Rio de Janeiro: IBGE; 2008. v. 29. [acessado 2018 jul].

Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2008/brasilpnad2008.pdf>.

PIOVESAN et al., Impact of socioeconomic and clinical factors on child oral health-related quality of life (COHRQoL). **Quality of Life Research**, v. 19, n. 9, p. 1359-1366, 2010.

PIOVESAN et al., Influence of children's oral health-related quality of life on school performance and school absenteeism. **Journal of public health dentistry**, v. 72, n. 2, p. 156-163, 2012.

RAMADAN, Y. H.; KOLTERMANN, A. P.; PIOVESAN, C. Cárie dentária em crianças brasileiras: tendência e polarização. **Disciplinarum Scientia| Saúde**, v. 15, n. 1, p. 137-146, 2016.

SCARPELLI et al., Psychometric properties of the brazilian version of the early childhood oral health impact scale (ECOHIS). **BMC oral health**, v. 11, n. 1, p. 19, 2011.

TESCH, F. C.; OLIVEIRA, B. H.; LEÃO, A. Semantic equivalence of the Brazilian version of the early childhood oral health impact scale. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 8, p. 1897-1909, 2008.

THOMSON, W. M.; MALDEN, P. E. Assessing change in the family impact of caries in young children after treatment under general anaesthesia. **Acta Odontologica Scandinavica**, v. 69, n. 5, p. 257-262, 2011.

WANG et al. Caries preventive services for children and adolescents in Denmark, Iceland, Norway and Sweden: strategies and resource allocation. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 26, n. 4, p. 263-271, 1998.

WHO. Oral health surveys, basic methods. 4. ed. Geneva: World Health Organization, 1997.

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você é convidado (a) para participar da pesquisa: **“INFLUÊNCIA DA ABORDAGEM ODONTOLÓGICA NA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL EM PRÉ-ESCOLARES”** a ser desenvolvida pela Cirurgiã Dentista Laíse de Azevedo Ferrony e pelos professores Dr^a Marta Dutra Machado Oliveira e Dr Thiago Machado Ardenghi. Sendo assim, após ler estas informações você deverá decidir se quer participar ou não. Leia atentamente às explicações abaixo e pergunte caso tenha alguma dúvida. Esta pesquisa tem como objetivo avaliar a qualidade de vida das crianças de 0 a 4 anos antes, durante e depois do tratamento odontológico realizado na Clínica de Bebês da Universidade Federal de Santa Maria. No dia inicial do tratamento odontológico do seu/sua filho (a) você irá responder a um questionário para podermos avaliar o impacto dos problemas bucais do (a) seu/sua filho (a) sobre a qualidade de vida. O mesmo questionário será aplicado em período posterior a dois meses do primeiro atendimento.

A criança ou o Sr./Sr.^a não receberão nenhum benefício direto com a pesquisa. Entretanto, indiretamente sua participação contribuirá para melhor entendimento científico a respeito do tema pesquisado. Tal fato tem retorno à população estudada na medida em que os resultados provenientes deste estudo poderão comprovar a validade dos questionários para qualidade de vida e com isso, permitir as análises das medidas subjetivas em conjunto com os dados clínicos para prover políticas públicas de saúde. Adicionalmente, paciente será atendido de acordo com suas necessidades durante todo o período do estudo, sem nenhum custo.

Como riscos, o Sr./Sr.^a poderá ficar cansado ao responder o questionário ou constrangido com alguma informação que pode ser perguntada. Não haverá qualquer custo para fazer parte deste estudo. O Sr./Sr.^a ou a criança não receberão qualquer remuneração por essa participação.

Todos os dados de identificação, tanto seus, como os de seu/sua filho (a) serão mantidos em sigilo. O Sr./Sr.^a poderá se recusar participar da pesquisa, sem justificativa ou necessidade de aviso prévio a qualquer momento sem que haja qualquer problema. Para esclarecer qualquer dúvida, o Sr./Sr.^a poderá falar com o pesquisador pelo telefone escrito no final deste documento.

Os resultados da pesquisa serão divulgados somente de forma anônima, preservando o sigilo dos sujeitos de pesquisa, e as informações coletadas serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão.

Eu, _____, acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim. Ficaram claros para mim quais são os propósitos da pesquisa, os riscos durante a aplicação dos questionários, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento antes ou durante, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste serviço.

Eu, _____, RG _____, declaro que fui devidamente esclarecido (a), bem como recebi uma cópia deste documento, e estou de acordo com os termos acima expostos, autorizando minha participação neste estudo.

Santa Maria, RS, ____ de _____ de 201__.

Assinatura do participante

Pesquisador

Qualquer esclarecimento entre em contato com: Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM:

Comitê de Ética em Pesquisa - UFSM - Av. Roraima, 1000 – Prédio da Reitoria -7º andar - Campus Universitário. 97105-900 – Santa Maria – RS.
Tel: 0xx553220-9362

e-mail: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br

Prof. Thiago Machado Ardenghi (pesquisador responsável)

Rua Cel. Niederauer, 917, ap.: 208, Santa Maria/RS

Fone: 55-9998-9694

e-mail: thiardenghi@smail.ufsm.br

Clínica de Odontopediatria UFSM

Fone: 32209266

ANEXO B - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE**TERMO DE CONFIDENCIALIDADE**

Título do projeto: Influência da abordagem odontológica na qualidade de vida relacionada à saúde bucal em pré-escolares.

Pesquisador responsável: Thiago Machado Ardenghi

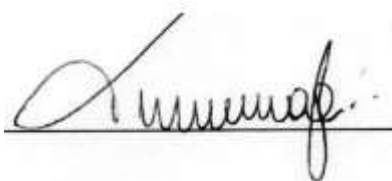
Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria/Departamento de Estomatologia.

Telefone: 55 99998-9694

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos indivíduos cujos dados serão coletados através de entrevistas na Clínica de Odontopediatria da Universidade Federal de Santa Maria – RS. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto.

As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas na UFSM, na Rua Marechal Floriano Peixoto, nº 1184, na sala número 211 do segundo andar do prédio da Antiga Reitoria por um período de cinco (05) anos, sob a responsabilidade do Prof. Pesquisador Dr. Thiago Machado Ardenghi. Após este período, os dados serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em...../...../....., com o número do CAAE

Santa Maria, 02 de abril de 2018.



Thiago Machado Ardenghi, DDS, MSc, PhD

Professor Associado – Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas

Universidade Federal de Santa Maria

e-mail: thiardenghi@hotmail.com

ANEXO C – B-ECOHIS**(B-ECOHIS)**

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

Padrão de resposta:

1	Nunca
2	Quase nunca
3	Às vezes
4	Com frequência
5	Com muita frequência
6	Não sei

ANEXO D – QUESTIONÁRIO SÓCIO-ECONÔMICO

QUESTIONÁRIO

Nome da Criança:

Endereço:

Bairro: _____ Nº _____

CEP _____

Telefones: _____ Telefone de algum
parente _____

Data de nascimento: ___/___/___

Sexo: F () M ()

1. Você considera o seu filho da raça:

() Branca () Negra () Mulato () Índio () Oriental

2. Quantos cômodos tem na casa (exceto banheiro)? _____**3. Quantas pessoas moram na casa? _____****4. Qual é a renda familiar (de todas as pessoas juntas)? _____****5. O pai trabalha? Sim () Não ()****6. A mãe trabalha? Sim () Não ()****7. A mãe estudou até:** () Não estudou () 1º Grau Incompleto () 1º Grau Completo () 2º Grau Incompleto () 2º Grau Completo () 3º Grau Incompleto () 3º Grau Completo**8. O pai estudou até:** () Não estudou () 1º Grau Incompleto () 1º Grau Completo () 2º Grau Incompleto () 2º Grau Completo () 3º Grau Incompleto () 3º Grau Completo**9. O Sr.(a) pratica alguma religião? Qual?**

() Sim. Qual? _____ () Não

10. A Senhora visitou algum amigo (ou vizinho) ou algum amigo seu (ou vizinho) visitou a Senhora nos últimos 12 meses?

Não Sim, menos de uma vez por mês Sim, pelo menos uma vez por mês

Sim, mais de uma vez por mês pelo menos

11. Você diria que a saúde dos dentes, lábios, maxilares e boca do seu filho é:

Excelente Muito boa Boa Regular Ruim

12. Comparando com as outras crianças que o seu filho convive, você diria que a saúde dos dentes, lábios, maxilares e boca do seu filho é:

Excelente Muito boa Boa Regular Ruim

13. Você levou seu filho ao dentista nos últimos seis meses? Sim Não

14. Motivo da consulta: Dor de dente Dor na boca Batidas e quedas

Exame de rotina Outros: _____

15. Tipo de serviço que você levou seu filho na última consulta:

Dentista particular Dentista Público (posto de saúde, faculdade, escola)

16. Em geral você considera o seu filho:

Uma criança mais infeliz	1	2	3	4	5	6	7	Uma criança mais feliz
--------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

17. Comparando seu filho com as outras crianças que ele convive, você considera seu filho:

Mais infeliz	1	2	3	4	5	6	7	Mais feliz
--------------	---	---	---	---	---	---	---	------------

18. Quantas vezes ao dia você ou outra pessoa escovam os dentes de seu filho:

Não escova Menos de uma vez ao dia (escova somente alguns dias)

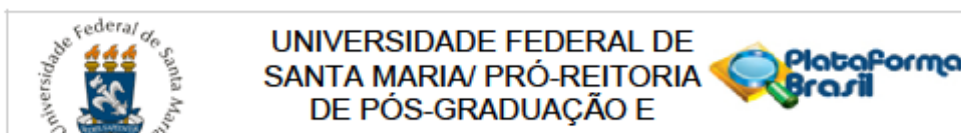
1 vez por dia 2 vezes por dia 3 vezes ou mais que três vezes por dia

19. Seu filho já teve dor de dente? Sim Não

20. Quando foi a última dor de dente do seu filho?

menos de 6 meses 6 meses a 1 ano mais de 1 ano

ANEXO E - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INFLUÊNCIA DO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO NA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL EM BEBÊS

Pesquisador: Thiago Machado Ardenghi

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 88362618.0.0000.5348

Instituição Proponente: Departamento de Estomatologia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.680.094

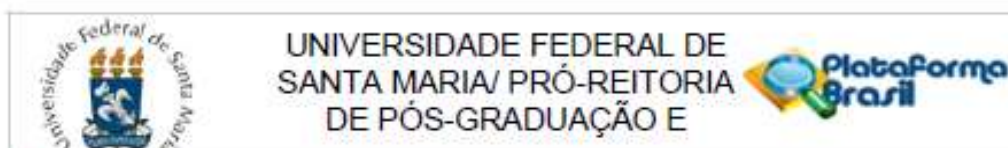
Apresentação do Projeto:

Estudo observacional, vinculado ao Departamento de Estomatologia (CCS-UFSM). Este estudo visa avaliar o efeito da consulta odontológica na qualidade de vida de bebês atendidos na Clínica de Bebês da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), em dois momentos: no início e no transcurso do tratamento. Para isso, será aplicado aos pais e/ou responsáveis o questionário B-ECOHIS em forma de entrevista, buscando saber se há impacto da condição de saúde bucal na Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal (QVRSB) da criança. O cálculo amostral revelou que são necessários 22 pacientes para compor a amostra. O mesmo questionário será aplicado em dois momentos: o primeiro será antes do primeiro atendimento da criança na Clínica de Bebês, e o segundo, 2 meses após o início do tratamento da criança. Buscamos verificar se o atendimento odontológico realizado na primeira infância possui efetividade para mudar a percepção dos pais em relação à qualidade de vida dos filhos.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar o efeito da consulta odontológica na qualidade de vida de bebês atendidos na Clínica de Bebês da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), em dois momentos: no início e no transcurso do tratamento.

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.850.004

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: poderá haver cansaço ao responder o questionário ou constrangimento com alguma informação perguntada. Se houver cansaço durante a realização das perguntas, as mesmas serão interrompidas imediatamente para seguimento em outra oportunidade. Do mesmo modo, se houver constrangimento, o respondente poderá interromper sua participação sem no entanto modificar o tratamento de seu filho, o qual continuará mantido nos mesmos termos, se assim for de sua vontade.

Benefícios: a criança ou seu pai/responsável não receberão nenhum benefício direto com a pesquisa. Entretanto, indiretamente sua participação contribuirá para melhor entendimento científico a respeito do tema pesquisado. Tal fato tem retorno à população estudada na medida em que os resultados provenientes deste estudo poderão comprovar a validade dos questionários para qualidade de vida e com isso, permitir as análises das medidas subjetivas em conjunto com os dados clínicos para prover políticas públicas de saúde. Adicionalmente, o paciente será atendido de acordo com suas necessidades durante todo o período do estudo, sem nenhum custo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

·

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados de forma satisfatória.

Recomendações:

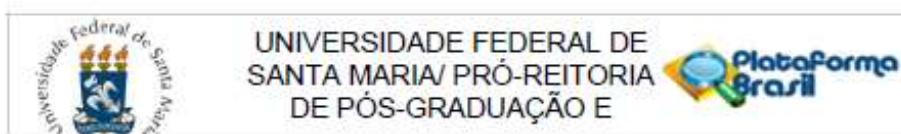
Veja no site do CEP - <http://w3.ufsm.br/nucleodecomites/index.php/cep> - na aba "orientações gerais", modelos e orientações para apresentação dos documentos. **ACOMPANHE AS ORIENTAÇÕES DISPONÍVEIS, EVITE PENDÊNCIAS E AGILIZE A TRAMITAÇÃO DO SEU PROJETO.**

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

·

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-970
 UF: RS Município: SANTA MARIA
 Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E

Continuação do Parecer: 2.680.094

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1105688.pdf	11/05/2018 13:42:33		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEfinal.pdf	11/05/2018 13:42:09	Thiago Machado Ardenghi	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetocerto.pdf	10/05/2018 12:42:57	Thiago Machado Ardenghi	Aceito
Outros	Confidencialidadee.pdf	21/04/2018 16:56:49	Thiago Machado Ardenghi	Aceito
Outros	Autorizacao.pdf	02/04/2018 17:38:16	Thiago Machado Ardenghi	Aceito
Outros	projeto_60401.pdf	02/04/2018 17:29:27	Thiago Machado Ardenghi	Aceito
Folha de Rosto	DOC005.pdf	02/04/2018 17:23:31	Thiago Machado Ardenghi	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA MARIA, 28 de Maio de 2018

Assinado por:
CLAUDEMIR DE QUADROS
(Coordenador)

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi CEP: 97.105-970
UF: RS Município: SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com

ANEXO F – NORMAS PARA PUBLICAÇÃO NO PERIÓDICO CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA.



ISSN 1678-4464 *versión on-line*

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Escopo e política](#)
- [Forma e preparação de manuscritos](#)

Escopo e política

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico que contribuem com o estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins. Desde janeiro de 2016, a revista adota apenas a versão on-line, em sistema de publicação continuada de artigos em periódicos indexados na base SciELO. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP.

Como o resumo do artigo alcança maior visibilidade e distribuição do que o artigo em si, indicamos a leitura atenta da recomendação específica para sua elaboração. (leia mais – [link resumo](#)).

Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.

A Revista adota o sistema Ephorous para identificação de plágio.

Os artigos serão avaliados preferencialmente por três consultores da área de conhecimento da pesquisa, de instituições de ensino e/ou pesquisa nacionais e estrangeiras, de comprovada produção científica. Após as devidas correções e possíveis sugestões, o artigo será aceito pelo Corpo Editorial de CSP se atender aos critérios de qualidade, originalidade e rigor metodológico adotados pela revista.

Os autores mantêm o direito autoral da obra, concedendo a publicação Cadernos de Saúde Pública, o direito de primeira publicação.

Forma e preparação de manuscritos

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

1. CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:

- 1.1 – Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 1.600 palavras);
- 1.2 – Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva, que é acompanhado por comentários críticos assinados por autores a convite das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);
- 1.3 – Espaço Temático: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras;
- 1.4 – Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva, máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações. Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas como por exemplo o PROSPERO (<http://www.crd.york.ac.uk/prospero/>); as revisões sistemáticas deverão ser submetidas em inglês (leia mais – [LINK 3](#));
- 1.5 – Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada, podendo ter até 8.000 palavras (leia mais – [LINK 4](#));
- 1.6 – Questões Metodológicas ([LINK 5](#)): artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos sobre instrumentos de aferição epidemiológicos devem ser submetidos para esta Seção, obedecendo preferencialmente as regras de Comunicação Breve (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);
- 1.7 – Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de pesquisa etiológica ([LINK 1](#)) na epidemiologia e artigo utilizando metodologia qualitativa ([LINK 2](#));
- 1.8 – Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);
- 1.9 – Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras);
- 1.10 – Resenhas: resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras).

2. Normas para envio de artigos

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

2.2 - Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou

Espanhol.

2.3 - Notas de rodapé, de fim de página e anexos não serão aceitos.

2.4 - A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

2.5 - Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

3. Publicação de ensaios clínicos

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

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

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

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

4. Fontes de financiamento

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

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

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

5. Conflito de interesses

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

6. Colaboradores

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

6.2 Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do [ICMJE](#), que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

7. Agradecimentos

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

8. Referências

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

Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página

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

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

9. Nomenclatura

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

10. Ética em pesquisas envolvendo seres humanos

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

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

10.3 Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo

seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

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

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

11. Processo de submissão *online*

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

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

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

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

12. Envio do artigo

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

12.2 A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP.

O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

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

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

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

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

12.7 *Resumo*. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos

deverão ter resumo no idioma original do artigo, podendo ter no máximo 1.700 caracteres com espaço. Visando ampliar o alcance dos artigos publicados, CSP publica os resumos nos idiomas português, inglês e espanhol. No intuito de garantir um padrão de qualidade do trabalho, oferecemos gratuitamente a tradução do resumo para os idiomas a serem publicados.

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

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

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

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

12.12 O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

12.13 O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.14 Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".

12.15 Ilustrações. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.16 Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse o limite.

12.17 Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

12.18 Tabelas. As tabelas podem ter 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo. Cada dado na tabela deve ser inserido em uma célula separadamente, e dividida em linhas e colunas.

12.19 Figuras. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

12.20 Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e

serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsulated PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.22 As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura. O tamanho limite do arquivo deve ser de 10Mb.

12.23 Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsulated PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 As figuras devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo.

12.25 Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 *Formato vetorial.* O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

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

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

13. Acompanhamento do processo de avaliação do artigo

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

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

14. Envio de novas versões do artigo

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

15. Prova de prelo

15.1 – A prova de prelo será acessada pelo(a) autor(a) de correspondência via sistema [<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>]. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo *site* [<http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>].

15.2 - Para acessar a prova de prelo e as declarações, o(a) autor(a) de correspondência deverá acessar o *link* do sistema: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>, utilizando *login* e senha já cadastrados em nosso *site*. Os arquivos

estarão disponíveis na aba "Documentos". Seguindo o passo a passo:

15.2.1 – Na aba "Documentos", baixar o arquivo PDF com o texto e as declarações (*Aprovação da Prova de Prelo, Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica) e Termos e Condições*);

15.2.2 – Encaminhar para cada um dos autores a prova de prelo e a declaração de *Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica)*;

15.2.3 – Cada autor(a) deverá verificar a prova de prelo e assinar a declaração *Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica)*;

15.2.4 – As declarações assinadas pelos autores deverão ser escaneadas e encaminhadas via sistema, na aba "Autores", pelo autor de correspondência. O *upload* de cada documento deverá ser feito no espaço referente a cada autor(a);

15.2.5 – Informações importantes para o envio de correções na prova:

15.2.5.1 – A prova de prelo apresenta numeração de linhas para facilitar a indicação de eventuais correções;

15.2.5.2 – Não serão aceitas correções feitas diretamente no arquivo PDF;

15.2.5.3 – As correções deverão ser listadas na aba "Conversas", indicando o número da linha e a correção a ser feita.

15.3 – As Declarações assinadas pelos autores e as correções a serem feitas deverão ser encaminhadas via sistema

[<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/acesso/login>] no prazo de 72 horas.

[[Home](#)] [[Sobre esta revista](#)] [[Corpo editorial](#)] [[Assinaturas](#)]



Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma [Licença Creative Commons](#)

Rua Leopoldo Bulhões, 1480
21041-210 Rio de Janeiro RJ Brazil
Tel.: +55 21 2598-2511
Fax: +55 21 2598-2737 / +55 21 2598-2514



cadernos@fiocruz.br