

UNIVERSIDADE TIRADENTES

BÁRBARA FERNANDA ALEJANDRA VIANA GUEDES
CAMILA VERONA FONTES

ANÁLISE DA PREVALÊNCIA DA CÁRIE SEVERA DA
INFÂNCIA E O IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA DE
CRIANÇAS EM IDADE PRÉ-ESCOLAR

Aracaju
2018

BÁRBARA FERNANDA ALEJANDRA VIANA GUEDES
CAMILA VERONA FONTES

ANÁLISE DA PREVALÊNCIA DA CÁRIE SEVERA DA
INFÂNCIA E O IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA DE
CRIANÇAS EM IDADE PRÉ-ESCOLAR

Trabalho de conclusão de curso apresentado
à Coordenação do Curso de Odontologia da
Universidade Tiradentes como parte dos
requisitos para obtenção do grau de Bacharel
em Odontologia.

ORIENTADORA: PROF^a. DRA. SUZANA PAPILE MACIEL CARVALHO

Aracaju
2018

BÁRBARA FERNANDA ALEJANDRA VIANA GUEDES
CAMILA VERONA FONTES

ANÁLISE DA PREVALÊNCIA DA CÁRIE SEVERA DA INFÂNCIA
E O IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS EM
IDADE PRÉ-ESCOLAR

Trabalho de conclusão de curso apresentado
à Coordenação do Curso de Odontologia da
Universidade Tiradentes como parte dos
requisitos para obtenção do grau de Bacharel
em Odontologia.

Aprovada em ____ / ____ / ____.

Banca Examinadora

ORIENTADORA

1º EXAMINADOR

2º EXAMINADOR

ATESTADO

Eu, **Suzana Papile Maciel Carvalho**, orientadora das discentes **Bárbara Fernanda Alejandra Viana Guedes e Camila Verona Fontes**, atesto que o trabalho intitulado: “ANÁLISE DA PREVALÊNCIA DA CÁRIE SEVERA DA INFÂNCIA E O IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS EM IDADE PRÉ-ESCOLAR” está em condições de ser entregue à Supervisão de Estágio e TCC, tendo sido realizado conforme as atribuições designadas por mim e de acordo com os preceitos estabelecidos no Manual para a Realização do Trabalho de Conclusão do Curso de Odontologia.

Atesto e subscrevo,

Profa. Dra. Suzana Papile Maciel Carvalho

“Eu não acredito que tudo aconteça por um motivo. Mas eu acredito que, aconteça o que acontecer, você pode aprender com isso e tirar algo realmente produtivo.”

Richard Branson

ANÁLISE DA PREVALÊNCIA DA CÁRIE SEVERA DA INFÂNCIA E O IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS EM IDADE PRÉ-ESCOLAR

Bárbara Fernanda Alejandra Viana Guedes^a, Camila Verona Fontes^b, **Suzana Papile Maciel Carvalho^c**

^(a) *Graduanda em odontologia - Universidade Tiradentes;* ^(b) *Graduanda em odontologia - Universidade Tiradentes;* ^(c) *Professora Titular do curso de odontologia da Universidade Tiradentes; Perita odontolegal no IML-SE*

Resumo

A cárie tem caráter multifatorial e é uma das doenças mais comuns. A cárie severa da infância (CSI) é uma forma mais grave e que afeta crianças menores de 7 anos de idade. Esta doença pode impactar de forma significativa a qualidade de vida das pessoas. O objetivo desse estudo foi analisar o impacto que a doença CSI causa na qualidade de vida das crianças e seus responsáveis. A pesquisa foi composta por 58 crianças de 3 a 7 anos, atendidas na clínica da Universidade Tiradentes. Foi aplicado um questionário, baseado no Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS) e para avaliar a experiência de cárie foi utilizado o índice ceo-d. A amostra foi composta por 53,4% do sexo masculino e 46,6% do sexo feminino. No resultado, a média de lesões por cáries foi de 8,41 e o ECOHIS total teve um escore médio de 10,64. O item que mais afetou negativamente a qualidade de vida das crianças foi "auto imagem e interação social" ($p=0.035$) e em relação ao fator socioeconômico, os itens que mais afetaram a família foi, "angústia dos pais" (escore 3,39) e "limitações" (escore 2,48). Assim, conclui-se que a CSI impactou negativamente a qualidade de vida das crianças e seus familiares.

Palavras-chave: cárie dentária; cárie severa da infância; qualidade de vida relacionada a saúde bucal; criança pré-escolar.

Abstract

Caries have a multifactorial character and are one of the most common diseases. Severe childhood caries (CSI) is a more serious form that affects children under 7 years of age. This disease can have a significant impact on people's quality of life. The objective of this study was to analyze the impact CSI causes on the quality of life of children and their caregivers. The research consisted of 58 children aged 3 to 7 years, attended at the Tiradentes University clinic. A questionnaire based on the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS) was applied and the ceo-d index was used to assess the caries experience. The sample consisted of 53.4% male and 46.6% female. In the result, mean caries lesions were 8.41 and total ECOHIS had a mean score of 10.64. The item that most negatively affected children's quality of life was "self image and social interaction" ($p = 0.035$) and in relation to socioeconomic factors, the items that affected the family most were "parents' distress" (score 3, 39) and "limitations" (score 2.48). Therefore, it is concluded that CSI has negatively impacted the quality of life of children and their families.

Keywords: dental cavity; severe childhood caries; quality of life related to oral health; pre-school child.

1. Introdução

A qualidade de vida tem um conceito baseado na interpretação individual do sujeito, valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações, de acordo com Organização Mundial de Saúde (OMS, 1995), e o envolvimento com saúde intensificam sua complexidade, pois confronta vários elementos, como aspectos emocionais, físicos, sociais, entre outros, nem sempre controláveis (MENEZES et al., 2009).

O conceito de qualidade de vida relacionada à saúde bucal se refere ao impacto que a saúde bucal ou a doença tem sobre o desempenho de atividades diárias do indivíduo, o bem-estar ou qualidade de vida (NOBREGA et al., 2018). A presença de cárie dentária, implícita em saúde bucal, durante a infância é causa frequente de dor e desconforto, podendo comprometer a qualidade de vida e o desenvolvimento biopsicossocial infantil, afetando o aprendizado e gerando traumas para a criança (COSTA et al., 2017).

A cárie dentária, doença bucal mais comum na infância, pode impactar de forma significativa a qualidade de vida relacionada à saúde bucal das pessoas, envolvendo quesitos como dor, irritação, dificuldade para comer alguns alimentos, como também ingerir bebidas quentes ou geladas e outros aspectos psicológicos e sociais (DINIZ et al., 2015).

A cárie não é uma doença infecciosa clássica, e sim pertencente a um grupo de doenças complexas de ordem multifatorial (COSTA et al., 2017). Dessa forma, sua formação depende do substrato dental, dos microrganismos presentes no meio bucal do hospedeiro, dieta rica em carboidratos fermentáveis, como a sacarose. Além disso, ela possui fatores modificadores, como a dieta, fluxo e composição salivar, condições socioeconômicas, tempo e hábitos de higiene. A forma mais agressiva em

crianças é denominada de Cárie Severa da Infância (CSI) (LIMA, 2007).

Segundo a AAPD (American Academy de Pediatric Dentistry), a CSI é uma doença crônica e infecciosa, de etiologia multifatorial e que é caracterizada pela presença de um ou mais dentes decíduos cariados (cavitados ou não cavitados), perdidos (devido à cárie) ou restaurados em crianças abaixo dos seis anos de idade (MIYATA et al., 2014).

A Cárie Severa da Infância, por sua vez, não representa apenas um problema de saúde pública, mas também um problema social, que tem sido responsável por mais dor e sofrimento que qualquer outra doença infecciosa. A CSI pode interferir na alimentação, afetar o desenvolvimento da dentição permanente e até mesmo comprometer o crescimento e desenvolvimento da criança (TONIAL et al., 2015).

Devido à alta prevalência da doença cárie na infância, agregado aos fatores de injúria para a saúde geral da criança, torna-se importante a realização de estudos para conhecer o padrão de distribuição da doença e os danos provocados pela mesma. Nesse sentido, o objetivo dessa pesquisa foi analisar a prevalência da Cárie Severa da Infância em crianças em idade pré-escolar atendidas na clínica de Odontopediatria da Universidade Tiradentes (UNIT) e os reflexos dessa doença na qualidade de vida desses pacientes, finalmente discutindo fatores que possam contribuir com a redução da referida doença e a melhora das condições de vida.

2. Revisão de literatura

2.1. Qualidade de vida relacionado a saúde bucal

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1995), qualidade de vida é “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos

seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

A avaliação da QVRSB é uma importante ferramenta de saúde, tanto na avaliação clínica tradicional como em pesquisa. Estudos que avaliam o impacto da saúde bucal na qualidade de vida de crianças podem contribuir para o planejamento de políticas públicas de saúde que visam diminuir as desigualdades sociais e que devem estar pautados no conhecimento das necessidades da população, correlacionando causas, efeitos e possíveis tratamentos (NOBREGA et al., 2018).

A QVRSB apresenta caráter subjetivo e multidisciplinar e vem sendo muito estudada em diferentes países, envolvendo esferas amplas em seu conceito, como as características físicas, familiares, de lazer, entre outras. No Brasil, o questionário Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal de Crianças na Idade Pré-escolar (B-ECOHIS) vem permitindo ampliar o conhecimento sobre as condições bucais adversas que afetam a qualidade de vida das crianças (CARMINATTI et al., 2017).

Em um estudo realizado por Foster, Boyd e Thomson (2013), com 200 crianças entre 5 e 8 anos, verificou-se que as famílias que vivem em áreas altamente carentes têm maior impacto da condição bucal na QVRSB do que aquelas mais privilegiadas. Nobrega et al (2018), em sua pesquisa realizada com 566 crianças de 5 anos de idade, com o objetivo de analisar o impacto da cárie dentária na qualidade de vida de pré escolares, constataram que, na percepção das crianças, indivíduos com renda familiar inferior a 2 salários mínimos apresentaram pior qualidade de vida de acordo com os domínios capacidade física e saúde bucal, devido a mastigação prejudicada, e problemas para dormir. Já de acordo com o nível de escolaridade dos pais, Nobrega et al associaram que pais que possuíam menos de 8 anos de estudo obtiveram a pior qualidade de vida no domínio saúde bucal quando comparado aos que possuíam mais de 8 anos de estudo formal.

Ramos-Jorge (2013), realizou uma pesquisa com 451 crianças de 3 a 5 anos de idade, que teve como objetivo avaliar o impacto de diferentes estágios de progressão, de atividade de cárie dentária e da distribuição das lesões na cavidade bucal na qualidade de vida de crianças pré-escolares e seus pais/cuidadores na cidade de Diamantina, Minas Gerais, encontrou que, a maioria dos pais ou responsáveis não relataram impacto na sua qualidade de vida relacionados a saúde oral (52,8%). Em contrapartida, os pais relataram um maior impacto na QVRSB das à criança do que a família (42,8%).

Segundo Diniz et al. (2015), as doenças bucais são consideradas problemas de saúde pública, uma vez que acometem grande parcela da população. Em relação à cárie dentária, estudos têm demonstrado uma prevalência alta dessa doença, tornando-se um dos maiores problemas bucais.

2.2. Cárie Severa da Infância

A cárie tem etiologia de caráter multifatorial e envolve interações entre o substrato dental e os microrganismos do hospedeiro, que são modificados por outros fatores tais como tempo, composição e frequência da dieta, saliva (fluxo, composição e capacidade tampão), presença de flúor, condições socioeconômicas e hábitos comportamentais do indivíduo e do meio em que ele está inserido. A cárie dentária é uma doença passível de prevenção, podendo a mesma ser paralisada e até mesmo potencialmente revertida quando detectada e controlada em seus estágios mais precoces (MIYATA, et al., 2014).

Segundo Anil e Anand (2017), o aspecto clínico inicial da doença instalada são manchas brancas e opacas, causadas pela desmineralização, devido a presença de biofilme dental. Se não interrompida, o desenvolvimento da cárie pode levar a destruição de toda região coronária e processos infecciosos radiculares em virtude da necrose pulpar.

A Cárie Severa Na Infância (CSI) se desenvolve em superfícies de dentes que geralmente apresentam baixo risco de cárie, como as superfícies vestibulares dos incisivos superiores e as superfícies lingual e vestibular dos molares superiores e inferiores (ANIL; ANAND, 2017).

Antigamente o termo “cárie de mamadeira”, era amplamente utilizado, porém, este termo caiu em desuso na medida em que a multifatorialidade da doença cárie foi sendo esclarecida. Esse nome pode transmitir a ideia da causa da doença de forma incompleta, o que levaria a uma conduta de tratamento com a qual muitos outros fatores estariam sendo ignorados.

O termo Cárie Precoce da Infância abrange de forma mais adequada a doença cárie que acomete crianças na idade pré-escolar e proporciona uma visão mais ampla da real situação e das opções e formas de tratamento (MIYATA et al., 2014).

Ramos-Jorge (2013) destacou em suas pesquisas que a prevalência de cárie precoce na infância foi de 51,2%. Dessas, a maioria das crianças (60,6%) apresentou lesões severas.

Diniz et al. (2015) em sua pesquisa de estudo retrospectivo, realizada com 42 crianças de 6 a 10 anos de idade, que teve como objetivo, avaliar o impacto da cárie dentária na qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB) de crianças maranhenses evidenciou que o comprometimento dos domínios emocional e social pode ser verificado em crianças a partir dos 6 anos, idade em que elas já começam a desenvolver preocupação com sua aparência, comparando-se com outras crianças. Isto significa que, ao se importar com sua imagem perante os pares, a criança pode apresentar sentimentos como tristeza, chateação, vergonha e preocupação diante de uma estética dental insatisfatória. Além disso, a cárie dentária também pode refletir nas interações sociais, a exemplo de questões relacionadas à escola, como faltas, dificuldade de prestar atenção e de falar em voz alta em sala de aula, e dificuldades de relacionamento com os colegas.

Costa et al. (2017), realizaram sua pesquisa com o objetivo de verificar a experiência de cárie dentária, necessidade de tratamento e fatores associados à experiência da doença, em escolares de 12 anos da rede pública de ensino. A amostra foi composta por 118 crianças e constataram que crianças de mães que não estudaram reportaram maior experiência da doença em comparação com aquelas de mães com escolaridade mais elevada. E complementando esta ideia, Diniz et al (2015) cita em sua pesquisa que, quanto menor o grau de instrução do responsável, maior é o comprometimento da saúde bucal dos filhos.

As orientações e esclarecimentos prestados ao núcleo familiar da criança acometida pela CSI são de extrema importância para o sucesso do tratamento e manutenção da saúde bucal. Muitas vezes o Odontopediatra vai além dos procedimentos técnicos e participa da reabilitação bucal da criança auxiliando na alteração da dieta, na interrupção de hábitos orais deletérios, nos cuidados com higiene bucal e geral, além de muitas vezes agir como apoio psicológico à família. Conforme sugerem vários estudos agindo desta forma, o profissional está aplicando amplamente o conceito de educação para a saúde que é um dos caminhos para a conscientização e a prevenção quanto à doença (MIYATA et al., 2014, ISONG et al., 2012, GAUR; NAYAK 2011).

2.3. CSI e qualidade de vida

A CSI é capaz de influenciar negativamente a qualidade de vida das crianças afetadas, causando dores e desconfortos, dificuldades na alimentação, no sono e no aprendizado, faltas escolares, problemas de autoestima e de autoconfiança. Todas essas consequências podem prejudicar o desenvolvimento físico e psicológico da criança, além de refletir sobre o núcleo familiar levando, inclusive, a gastos inesperados inerentes ao tratamento, faltas em dias de trabalho para cuidar da criança, dentre outros (MIYATA et al., 2014). Outras alterações orais, como as

maloclusões, também têm sido associadas com a piora da qualidade de vida, especialmente nos aspectos psicossociais e nas limitações funcionais (CARMINATTI et al., 2017).

A avaliação de qualidade de vida não considera apenas a saúde física, mas também o estado psicológico, os fatores ambientais e as crenças pessoais, ou seja, tudo que possa afetar as atividades cotidianas, o comportamento e a interação social (DINIZ et al., 2015).

Nobrega et al. (2018), relatou em sua pesquisa que, lesões cáries localizadas em dentes posteriores afetaram a qualidade de vida no domínio capacidade física, devido à sensibilidade e à dor presente quando cariados, prejudicando a mastigação, levando à dificuldade de ingerir bebidas quentes ou frias e até mesmo problemas para dormir.

Firmino et al. (2016), relatou que não foram encontradas diferenças significativas nas condições de saúde bucal e qualidade de vida das crianças em que os pais tinham um histórico de conhecimento prévio sobre cárie e que visitavam o dentista regularmente, diferindo do que foi citado no estudo de Nobrega, et al. (2018), em que observaram uma associação entre experiência de cárie e pior qualidade de vida no domínio de saúde bucal tanto na percepção das crianças quanto dos pais.

Os pais que tem conhecimento sobre a cárie dentária apresentam filhos com menores índices de prevalência.

Kramer et al. (2013) em sua pesquisa de estudo transversal realizada com 1036 crianças de 2 a 5 anos de idade em todos os berçários públicos de Canoas, no Brasil, tinha como objetivo avaliar o impacto dos resultados de saúde bucal na qualidade de vida relacionada à saúde bucal em uma amostra escolar de pré-escolares brasileiros e suas famílias. Sua pesquisa apontou que a prevalência de qualquer impacto sobre a QVRSO foi quase três vezes maior para as crianças com cárie dentária, comparadas com aquelas livres de cárie dentária. E ainda notaram que, a queda da qualidade de vida

não apenas afetava as crianças, mas sim todos os membros da família.

3. Materiais e métodos

3.1. Aspectos éticos

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo do Comitê de Ética em Pesquisa, da UNIT com Número do Parecer: CAAE: 68001717.5.0000.5371, visando seguir as diretrizes propostas pela Resolução nº 466/12 de 12/12/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que trata das diretrizes e normas para a pesquisa com seres humanos no Brasil.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 1) foi apresentado ao responsável legal da criança, que, após lê-lo e concordando com seu conteúdo, autorizou a participação da criança na pesquisa. Por meio do TCLE, o responsável legal é informado sobre o anonimato e sigilo das informações adquiridas, além, de poder ausentar-se desta investigação em qualquer fase do processo. Assim, nesse estudo, no momento da coleta, foi realizada uma breve explanação sobre a pesquisa ao entrevistado e explicado que a pesquisa não lhe trará danos. O TCLE informa claramente ao participante da pesquisa que os dados coletados poderão ser utilizados para outras pesquisas, conforme item III.2, q, Resolução CNS 466/2012.

3.2. Amostra

Foi realizado estudo do tipo transversal, na Clínica Odontológica da UNIT localizada em Aracaju, estado de Sergipe, nordeste brasileiro.

A população do estudo corresponde a crianças de 3 a 6 anos de idade, tendo sido estendido por mais um ano, como forma de inclusão, que compareceram à Clínica Odontológica da UNIT em Aracaju-SE. A amostra correspondeu aos sujeitos que aceitaram participar da pesquisa e que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão, no período de 2 anos a partir da data da aprovação do projeto pelo CEP-UNIT, selecionados por amostragem de

conveniência, obedecendo ao cálculo de estimativa de sujeitos.

Conforme os critérios de inclusão, participaram da pesquisa as crianças com idade entre 3 e 7 anos, as quais possuíam prontuários e frequentavam periodicamente a clínica de Odontopediatria, Infantil I e Infantil II da Universidade Tiradentes. Foram excluídas da amostra as crianças que apresentaram alguma pendência de documentação na recepção da Clínica Odontológica da UNIT.

3.3. Calibração

A calibração teve como objetivo a padronização de critérios de diagnósticos, e foi realizada em duas fases: teórica e prática. Na fase teórica, diversas imagens de arcadas dentárias, com e sem cárie, foram avaliadas com o objetivo de discutir o critério de diagnóstico de lesão de cárie. Na fase prática, os pesquisadores foram submetidos à um teste em que aplicavam a metodologia em imagens de crianças, sendo a calibração feita com a professora orientadora. As classificações foram realizadas individualmente, e conferidas no grupo. A calibração foi realizada num período antes do início da pesquisa, sendo repetida até que os pesquisadores estiveram calibrados no método.

3.4. Metodologia

A pesquisa foi realizada através da aplicação de questionário, de acordo com a ficha proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (Anexo 2 e 3) e pelo ECOHIS (Early Childhood Oral Health Impact Scale) (Anexo 4) que foi traduzido e adaptado para o Brasil como B-ECOHis, contendo 66 questões direcionadas ao responsável, as quais buscavam avaliar as características sociodemográficas, condições socioeconômicas e qualidade de vida de crianças comprometidas pela CSI. Sobretudo para avaliar a experiência de cárie dentária e necessidade de tratamento para a criança, foi utilizado o código e critério do Índice ceo-d, propostos pela Organização Mundial de Saúde,

classificando as crianças em: ceo-d 0 = livre de cárie, ceo-d 1-5 = baixa gravidade, ceo-d > 6 = alta gravidade. Já o índice B-ECOHis foi utilizado como instrumento para avaliar a qualidade de vida relacionada a saúde bucal de crianças pré-escolares e suas famílias.

Com esse estudo, foram avaliadas as condições de saúde bucal da população-alvo não somente através de parâmetros normativos, mas também pelo impacto que a doença cárie dentária traz à vida dessas crianças. Com os resultados deste estudo, as condições de saúde-doença puderam ser visualizadas de maneira mais holística, na medida em que tais resultados contribuíram para a organização de um atendimento humanizado.

3.5. Materiais

A aplicação do exame intra oral foi realizada em equipamento odontológico, sob luz natural e artificial, utilizando jato de ar da seringa tríplice, espátula de madeira, espelho bucal, sonda OMS, pinça clínica, algodão e gaze.

3.6. Análise de resultados

Após o armazenamento de todos os dados, o prontuário de cada paciente foi avaliado criteriosamente e cuidadosamente e assim, realizado o levantamento de dados de todos os pacientes atendidos na clínica de odontopediatria, estágio infantil I e II.

As variáveis independentes estudadas foram dicotomizadas segundo a média ou agrupadas, de acordo ou com a homogeneidade ou com a distribuição das frequências, em categorias, e reclassificadas para a verificação da associação com o desfecho.

Para o exame clínico, os examinadores calibrados avaliaram a doença cárie nas crianças de acordo com critérios da OMS, o que gerou uma variável qualitativa, categorizada em: com baixa gravidade de cárie ($\text{ceo-d} \leq 5$) e crianças com alta gravidade de cárie do agravo ($\text{ceo-d} \geq 6$).

Utilizou-se o programa IBM SPSS Statistics (versão 25.0). Foi realizada

análise descritiva das variáveis observadas com distribuição das frequências absolutas e relativas, tendência central (média, mediana) e variabilidade (desvio-padrão, intervalo interquartil). A normalidade das variáveis quantitativas foi avaliada pelo teste de Shapiro-Wilk. A análise inferencial adotou os seguintes procedimentos estatísticos: Teste exato de Fisher e Mann-Whitney. Os resultados com p-valor $\leq 0,05$ foram considerados estatisticamente significantes.

4. Resultados

Foram avaliados um total de 58 crianças na clínica odontológica da Universidade Tiradentes (UNIT), em Aracaju (SE). A Tabela 1 (Anexo 4) mostra a caracterização socioeconômica segundo a severidade de lesão por cárie das crianças atendidas. Dessas, observou-se que 53,4% eram do sexo masculino, tinham de 6 a 7 anos de idade (53,6%). A maior parte das crianças eram de etnia parda/negra (70,2%), com renda quase um salário mínimo e meio (73,2%). Em relação a escolaridade dos responsáveis pela criança, 53,4% estudaram por mais de 10 anos, e 44,8% tiveram menor tempo de estudo.

Em relação a severidade de lesão por cárie e os aspectos socioeconômicos, estiveram associadas apenas as variáveis sexo e trabalho remunerado (responsável). Crianças do sexo feminino (92,6%) e que possuíam pais que trabalhavam (65,5%) tiveram maiores proporções de lesão por cárie quando comparadas ao sexo masculino (71,0%) ($p=0,047$) e pais que não exercem atividade remunerada (65,4%) ($p=0,008$) (Tabela 1) (Anexo 5).

A média de lesão por cáries da população analisada foi de $8,41 \pm 3,33$, e mediana de 8 (IIQ = 6,0; 10,00). O ECOHIS total teve um score médio de $10,64 \pm 6,8$, e mediana de 9,5 (IIQ = 4,25; 14,75). As dimensões que apresentaram maiores scores foram as “limitações” com média de $3,39 \pm 3,05$, a mediana 3 (IIQ = 0,0-6,0) e “angústia dos pais”, $2,48 \pm 2,28$, e a mediana de 2 (IIQ=

0,0; 4,0). A dimensão que apresentou menor impacto na qualidade de vida das crianças foi “autoimagem e interação social” com média de $0,62 \pm 1,31$, a mediana 0 (IIQ = 0,0-0,25) (Tabela 2) (Anexo 4).

Em relação aos índices de lesões por cáries e seu impacto na qualidade de vida dos sujeitos, houve associação significativa apenas na dimensão “autoimagem e interação social”, apresentando uma mediana do índice cariogênico maior no grupo que apresentou impacto em relação ao grupo sem impacto ($p= 0,035$). Observou-se uma tendência a significância na dimensão “limitação”, com mediana do índice cariogênico também maior no grupo em que a qualidade de vida apresentou impacto comparado ao grupo que não apresentou impacto ($p=0,059$) (Tabela 3) (Anexo 4).

5. Discussão

A odontologia está inserida, atualmente, em um contexto preventivo, a partir do qual os cuidados com a saúde bucal devem ser instalados precocemente com a finalidade de se promover qualidade de vida de forma individual ou coletiva (PAREDES et al., 2014).

Em zonas subdesenvolvidas, a cárie dentária ainda se mantém como um grande problema de saúde pública, especialmente em comunidades onde o nível socioeconômico é baixo, aparecendo mais precocemente em crianças (LOPES et al., 2015).

Na avaliação da QVRSB, aspectos como o sintomas bucais, bem-estar psicológico, como auto imagem e interação social, além das limitações funcionais do sujeito são avaliados (MARTINS et al., 2015), e a literatura aponta uma forte associação da presença da cárie dentária com impactos na qualidade de vida em crianças (SCHUCH et al., 2014), principalmente na presença de danificações dentárias por cárie não tratadas e em circunstância de fragilidade social.

Nessa pesquisa, os fatores socioeconômicos, como sexo e trabalho

(responsável), e fatores psicossociais associados a lesões por cárie, como limitações da criança e angústia dos pais, demonstraram uma repercussão negativa sobre a qualidade de vida de escolares, revelando a importância dos gestores considerarem tais questões ao planejar intervenções de promoção de saúde.

Diversos pontos afetaram negativamente a qualidade de vida, tanto das crianças, como o dos responsáveis. Foram eles: sintomas como dor; dificuldade para comer, beber bebidas quentes e/ou frias e de pronunciar certas palavras; baixa autoestima da criança; auto imagem e interação social afetadas, por exemplo, com dificuldades da criança para sorrir, rir, falar; angústia dos pais no que se refere à culpa e aborrecimento dos mesmos devido à presença da doença cárie na criança e, por fim, a interferência no aspecto familiar no que se refere às faltas do responsável ao trabalho para cuidar da criança e gastos inesperados com tratamento.

Foi observado, na amostra, uma relação significativa entre a presença de lesões cáries e impacto na qualidade de vida com o sexo feminino (92,6%), assim como no estudo de Nóbrega, et al. (2016), que de 566 crianças, o público feminino apresentou saúde bucal afetada em 71,49% dos casos quando associados a capacidade física e aspecto emocional. Tais dados propõem que essa associação entre o sexo e QVRSB deva ser por conta da preocupação das meninas com problemas de saúde, já que, notadamente, há uma atenção estética mais evidente nas meninas quando comparadas aos meninos, conforme discutiu Nóbrega em seu trabalho.

No presente estudo, a renda mensal dos responsáveis, na maioria das vezes, não chegou a dois salários mínimos, e sendo até menos que isso em algumas ocasiões, ainda assim, não exibiu um importante valor quando associados a presença da doença, pois todos os avaliados tinham uma renda numa faixa inferior, muito próxima do valor de um salário mínimo. Por outro lado, Cortellazzi, et al. (2009) observou uma

relação entre renda e presença de cárie dentária, pois evidenciou que pacientes cuja renda familiar mensal era inferior a 4 salários mínimos, tiveram maior probabilidade de ter experiência de cárie.

Ainda, nos achados desse presente estudo, existiu uma grande amostra (93,8%) dos casos que relacionaram a notável presença de cárie (≥ 6) com o fato dos responsáveis das crianças trabalharem. Fortalecendo esse dado, o estudo de Andrade (2015), além de encontrar relação entre a qualidade de vida e a renda da família, descobriu uma prevalência significativa de cárie em crianças cujos responsáveis trabalhavam, e, sugeriu que o aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho e, por consequente, ausência na educação da criança, pode ter contribuído para este achado. Esses achados podem ser explicados pois a ausência dos responsáveis diariamente força a terceirização do cuidado da criança, em muitas situações, para uma pessoa que desconhece os cuidados básicos para a manutenção de uma boa condição de saúde bucal.

Os resultados permitem a conclusão de que a necessidade de se promover a saúde bucal desde a primeira infância é imprescindível, uma vez que programas de saúde bucal na atenção primária podem produzir mudanças impactantes (VIEIRA et al., 2018).

6. Conclusão

A Cárie Severa da Infância é uma doença de estágio mais avançado, que traz diversos malefícios tanto para a criança como para os responsáveis. Estes malefícios não representam apenas um problema de saúde pública, mas também englobam um problema social, como a qualidade de vida. Nessa pesquisa, que analisou a prevalência da CSI e o impacto da doença na qualidade de vida das crianças atendidas na Universidade Tiradentes, um dos pontos observados com mais significância foi a autoimagem negativa de cada criança, que de acordo com os resultados, afetou substancialmente a interação social dela

com outras pessoas. Além disso, percebeu-se que a presença da doença provocou limitações nas atividades habituais desses pacientes, tais quais beber e comer, como também a sensação de culpa dos responsáveis pela situação de saúde bucal precária dos menores.

Portanto, é de extrema importância a prevenção e a intervenção da cárie em estágios precoces, tendo em vista que estas condições orais interferem no desenvolvimento físico e psicológico da criança, além de refletir sobre o núcleo familiar.

Referências:

1. ANDRADE, A. C. de; **Qualidade de vida e práticas dos pais na higiene bucal de seus filhos**. Goiana, GO, 2015. 112p. Dissertação (Pós-graduação Stricto Sensu em Atenção à Saúde). Pontifícia Universidade Católica de Goiás.
2. ANILL, S.; ANAND, PS. Early childhood caries: prevalence, risk factors, and prevention. **Frontiers in Pediatr.**, v.5, p.157, jul., 2017.
3. CARMINATTI, M.; LAVRA-PINTO, B. de; FRAZON, R.; RODRIGUES, J. A.; ARAUJO, F. B. de; GOMES, E. Impacto da cárie dentária, maloclusão e hábitos orais na qualidade de vida relacionada à saúde oral em crianças pré-escolares. **Audiol. Commun. Res.**, v.22, p.1801, sep., 2017.
4. CORTELLAZZI, K. L.; TAGLIAFERRO, E. P. da S.; ASSAF, A. V.; TAFNER, A. P. M. de F.; AMBROSANO, G. M. B.; BITTAR, T. O.; MENEGHIM, M. de C.; PEREIRA, A. C. Influência de variáveis socioeconômicas, clínicas e demográficas na experiência de cárie dentária em pré-escolares de Piracicaba, SP. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.12, n.3, p.490-500, jul., 2009.
5. COSTA, M. M.; SOUTO, I. C. C.; BARROSO, K. M. A.; PAREDES, S. de O. Fatores associados à experiência de cárie dentária em escolares da rede pública de um município de pequeno porte do Nordeste brasileiro. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, v.19, n.3, p.32-40, jul./set., 2017.
6. DINIZ, A. C. S.; SILVA, F. A. C.; PENHA, K. J. S.; LEAL, A. M. A.; FERREIRA, M. C. Cárie dentária e qualidade de vida de crianças maranhenses atendidas na Universidade Ceuma. **Faculdade de Odontologia de Lins/Unimep**, v.25, n.2, p.5-10, jul./dez., 2015.
7. FIRMINO, R. T., GOMES, M. C., CLEMENTINO, M. A., MARTINS, C. C., PAIVA, M. C., GRANVILLE-GARCIA, A. F. Impacto f oral health problems on the quality of life of preschool children: a case-control study. **Int. J Paediatr Dent.**, v.26, n.4, p.242-9, jul., 2016.
8. FOSTER P. L. A., BOYD D., THOMSON W. M. Do we need more than one child perceptions questionnaire for children and adolescents? **BMC Oral Health.**, v.13, n.26, p.1-7, jun., 2013.
9. GAUR, S., NAYAK, R. Underweight in low socioeconomic status preschool children with severe early childhood caries. **J Indian Soc Pedod Prev Dent.**, v.29, n.4, p.305-9, oct./dec., 2011.
10. ISONG, I. A., LUFF, D., PERRIN, J. M., WINICKOFF, J. P., NG, M. W. Parental perspectives of early childhood caries. **Clin Pediatr (Phila)**, v.51, n.1, p.77-85, jan., 2012.
11. KRAMER, P. F.; FELDENS, C. A.; FERREIRA, S. H.; BERVIAN, J.; RODRIGUES, P. H.; PERES, M. A. Exploring the impact of oral diseases and disorders on quality of life of preschool children. **Community Dent Oral Epidemiol.**, v.41, n.4, p.327-35, aug., 2013.
12. LIMA, J. E. de O. Cárie dentária: um novo conceito. **R Dental Press Ortodon Ortop Facial**, v.12, n.6, p.119-130, nov./dez., 2007.
13. LOPES, T. R.; ALMEIDA, A. B. de; MOREIRA, R. de O.; CARVALHO, A. A. H.; GARCIA, F. de M.; ROCHA, M. M. da; SIQUEIRA, L. P. de; FARJADO, E. A.; PEREIRA, E. R.; PAULA, N. C. S. de; ALAGOANO, V. M.; GUIMARÃES, T. S. D.; OLIVEIRA, L. M. de. Determinantes Sociais E Biológicos Da Cárie Dentária Na Infância: Uma Experiência Interdisciplinar. **Rev. APS**. v.18, n.1, p.30 – 38, jan./mar., 2015.
14. MARTINS, M. T.; SARDENBERG, F.; VALE, M. P.; PAIVA, S. M.; PORDEUS, I. A. Dental caries and social factors: impact on quality of life in Brazilian children. **Braz. oral res.**, v.29, n.1, p.00310, nov., 2015.
15. MENEZES, K. E.; PEREIRA, C. A. S.; PEDRO, A. C. B.; DIAS, A. G. A.; Avaliação do impacto da doença cárie 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**, v.21, n.1, p.24-30, jan./abr., 2009.
16. MIYATA, L. B.; BONINI, G. C.; CALVO, A. N. B.; POLITANO, G. T. Reabilitação estética e funcional em paciente com cárie severa da infância: relato de caso. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, v.68, n.1, p.22-9, fev., 2014.
17. NOBREGA, A.; MOURA, L. F. A. D.; ANDRADE, N. S.; LIMA, C. C. B.; DOURADO, D. G.; LIMA, M. D. M. Impacto da cárie dentária na qualidade de vida de pré-

- escolares mensurado pelo questionário PEDSQL. **Cien Saude Colet.**, mai., 2018.
18. NÓBREGA, A. V. da; **IMPACTO DA CÁRIE DENTÁRIA NA QUALIDADE DE VIDA DE PRÉ-ESCOLARES**. Teresina, PI, 2016, 72p. Dissertação (Pós-graduação em Saúde e Comunidade). Universidade Federal do Piauí.
 19. OMS. **The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Social science and medicine**. v.41, n.10, p.403-409, 1995.
 20. PAREDES, S. de O.; GALVÃO, R. N.; FONSECA, F. R. A. Influência Da Saúde Bucal Sobre A Qualidade De Vida De Crianças Pré-Escolares. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.38, n.1, p.125-139 jan./mar. 2014.
 21. Policy on Early Childhood Caries (ECC): **Classifications, Consequences, and Preventive Strategies**. **AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY**, 2016.
 22. RAMOS-JORGE, J. **Impacto da cárie dentária na qualidade de vida de crianças pré-escolares e de suas famílias**. Belo Horizonte, MG, 2013. Tese (Pós-graduação em Odontologia). Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais.
 23. SCHUCH, H. S.; COSTA, F. dos S.; TORRIANI, D. D.; DERMACO, F. F.; GOETTEMES; M. L. Oral health-related quality of life of schoolchildren: impact of clinical and psychosocial variables. **Int. J. Paediatr. Dent.**, v.25, n.5, p.358-65, jul., 2014.
 24. TONIAL, F. G.; MAGNABOSCO, C.; PAVINATO, L. C. B.; BERVIAN, J.; ORLANDO, F. Impacto da doença cárie na qualidade de vida de pré-escolares atendidos na clínica da Universidade de Passo Fundo (UPF/RS). **Arq Odontol.**, v.51, n.1, p.47-53, jan./mar., 2015.
 25. VIEIRA, P. R.; FRAGELLI, C. M. B.; JEREMIAS, F.; SANTOS-PINTO, L. A. M. dos; **QUALIDADE DE VIDA E PERCEPÇÃO ESTÉTICA DA CÁRIE DENTÁRIA**. **Rev Bras Promoç Saúde**, v.31, n.1, p.1-9, jan./mar., 2018.

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, abaixo assinado, responsável pelo menor _____, autorizo a UNIT, por intermédio do(a)s aluno(a)s, Bárbara Fernanda Alejandra Viana Guedes e Camila Verona Fonte, devidamente assistidas pela sua orientadora Profa. Dra. Suzana Papile Maciel Carvalho a desenvolver a pesquisa abaixo descrita:

1- Título da pesquisa: IMPACTO DA CÁRIE SEVERA DA INFÂNCIA NA QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS ATENDIDAS NA UNIVERSIDADE TIRADENTES EM 2018

2 - Objetivos Primários e secundários: Primários: Prevenir, estabelecer a prevalência e tratar da doença nos pacientes atendidos na Clínica odontológica de Odontopediatria da Universidade Tiradentes no período de 9 meses com pacientes na faixa etária de 3 a 7 anos.

3 - Descrição de procedimentos: Aplicação de questionário, exame intra-oral.

4 - Justificativa para a realização da pesquisa: Estudos prévios realizados em populações de baixo nível indicam que a prevalência de cárie severa na infância chega até 90% neste grupo de pacientes. Isto se dá pelo baixo nível de instruções dos responsáveis e da criança. Para minimizar o aparecimento da CSI neste grupo de pacientes em Sergipe, é necessário estabelecer a prevalência, tratar e prevenir estas crianças. Estudos internacionais relatam que programas direcionados à prevenção da CSI demonstram ser mais eficazes e baratos do que as visitas ao consultório odontológico para tratamento dos dentes afetados.

5 - Desconfortos e riscos esperados: Poderá ser gerado algum desconforto aos pacientes ou responsáveis ao responderem algumas perguntas, porém, o índice de desconforto poderá ser nulo ou bastante baixo, vez que as perguntas estão bem formuladas para não causar desconfortos em prol de não ofender ou expor o paciente. O paciente terá sua identidade totalmente preservada durante e após o ato de responder ao questionário, vez que não serão divulgados nomes de pacientes ou responsáveis.

Declaro que fui devidamente informado dos riscos acima descritos e de qualquer risco não descrito, não previsível, porém que possa ocorrer em decorrência da pesquisa será de inteira responsabilidade dos pesquisadores.

6 - Benefícios esperados: Boa resposta ao tratamento, reduzir o índice de CSI no estado de Sergipe.

7 - Informações: Os participantes têm a garantia que receberão respostas a qualquer pergunta e esclarecimento de qualquer dúvida quanto aos assuntos relacionados à pesquisa.

8 - Retirada do consentimento: O voluntário tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, não acarretando nenhum dano ao voluntário.

9 - Aspecto Legal: Elaborado de acordo com as diretrizes e normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos atende à Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde - Brasília – DF.

10 - Confiabilidade: A identidade (nomes e sobrenomes) do participante não será divulgada. Porém os voluntários assinarão o termo de consentimento para que os resultados obtidos possam ser apresentados em congressos e publicações.

11 - Quanto à indenização: Não há danos previsíveis decorrentes da pesquisa, mesmo assim fica prevista indenização, caso se faça necessário.

12 - Os participantes receberão uma via deste termo assinada por todos os envolvidos (participantes e pesquisadores).

13 - Dados do pesquisador responsável: Suzana Papile Maciel Carvalho/ UNIT- Universidade Tiradentes.

ATENÇÃO: A participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em casos de dúvida quanto aos seus direitos, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Tiradentes. CEP/Unit – DPE. Av. Murilo Dantas, 300 bloco F – Farolândia – CEP 49032-490, Aracaju-SE. Telefone: (79) 32182206 – e-mail: cep@unit.br.

Aracaju, ____ de ____ de 2018.

ASSINATURA DO VOLUNTÁRIO

ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

ANEXO 2. Ficha proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS)

**IMPACTO DA CÁRIE SEVERA DA INFÂNCIA NA QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS
ATENDIDAS NA UNIVERSIDADE TIRADENTES EM 2018**

FORMULÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

1. Número de identificação:
 2. Idade: _____ 3. Sexo: 1 () Masculino 2 () Feminino
 4. Data da coleta dos dados: ____/____/_____
 5. Responsável Técnico (pais): _____
 Contato dos pais: _____
 Nome da criança: _____

CARACTERÍSTICAS DA UNIDADE DOMICILIAR

6. O seu domicílio é:
 1 () Próprio – já pago 4 () Cedido por empregador
 2 () Próprio – ainda pagando 5 () Cedido de outra forma
 3 () Alugado 6 () Outra condição, especifique: _____
 8. Na sua residência tem acesso à internet?
 0 () Não 1 () Sim

SERVIÇOS PÚBLICOS

9. A água utilizada no domicílio é proveniente de?
 0 () Poço ou nascente, Outro meio, especifique: _____
 1 () Rede geral de distribuição
 10. Considerando o trecho da rua do seu domicílio, o(a) Sr(a) diria que a rua é:
 0 () Terra/Cascalho 1 () Asfaltada/Pavimentada

IDENTIFICAÇÃO DOS MORADORES

11. Quantas pessoas residem na sua casa? _____

CARACTERÍSTICAS GERAIS

13. Qual cor o(a) sr(a) considera ter o seu filho?
 1 () Branca 2 () Preta 3 () Amarela 4 () Parda
 14. Tem registro de nascimento? 0 () Não 1 () Sim Observações:

MIGRAÇÃO

15. Nasceu neste município? 0 () Não 1 () Sim
 16. Em que Estado (ou Unidade da Federação) ou país estrangeiro nasceu? _____

EDUCAÇÃO DO RESPONSÁVEL

17. Sabe ler e escrever? 0 () Não 1 () Sim
 18. Qual é o nível de escolaridade que possui?
 0 () Analfabeto/ Fundamental incompleto
 1 () Fundamental I completo/ Fundamental II incompleto
 2 () Fundamental completo/ Médio incompleto
 4 () Médio completo/ Superior Incompleto
 5 () Superior completo

TRABALHO E RENDIMENTO DO RESPONSÁVEL

19. Trabalha? 0 () Não 1 () Sim
 20. Nº de trabalhos: _____ 9 () Não se Aplica
 21. Quais? _____ 9 () Não se aplica
 22. Nesse(s) trabalho(s) o sr.(a) é:
 1 () Empregado 2 () Autônomo 3 () Empregador 4 () Voluntário 9 () Não se aplica

23. A jornada normal desse trabalho \pm quantas horas diárias? _____ 9 () Não se aplica
24. Esse(s) emprego(s) é(são) no setor: 1 () Privado 2 () Público 9 () Não se aplica
25. Nesse(s) emprego(s), tem carteira de trabalho assinada? 0 () Não 1 () Sim 9 () Não se aplica
26. Esse(s) trabalho(s), tem estabelecimento em:
- 1 () Loja, oficina, fábrica, escritório, escola, repartição pública, galpão, etc.
- 2 () Fazenda, sítio granja, chácara, etc.
- 3 () No domicílio que morava
- 4 () Em domicílio de empregador, patrão, sócio ou freguês
- 5 () Em local designado pelo empregador, cliente ou freguês
- 6 () Em veículo automotor
- 7 () Em via ou área pública
- 8 () Outro, especifique: _____
- 9 () Não se aplica
27. Com que idade começou a trabalhar?
- 0 () _____ Nunca trabalhou
- 1 () _____ Até 10 anos
- 2 () _____ 10 a 14 anos
- 3 () _____ 15 a 17 anos
- 4 () _____ 18 a 19 anos
- 5 () _____ 20 a 24 anos
- 6 () _____ 25 a 29 anos
- 7 () _____ 30 anos ou mais

28. Qual a renda média da sua família?

A	por volta de R\$ 18.800	1 ()
B1	por volta de R\$ 7.800	2 ()
B2	por volta de R\$ 4.000	3 ()
C1	por volta de R\$ 2.250	4 ()
C2	por volta de R\$ 1.350	5 ()
D/E	por volta de R\$ 600	6 ()

29. Na renda média da sua família inclui:

- 1 () Aluguel(is) de imóvel(is)
- 2 () Pensão por morte
- 3 () Pensão alimentícia
- 4 () Ajuda de terceiros
- 5 () Bolsa família
- 6 () Aposentadoria
- 0 () Nenhuma das alternativas

NUTRIÇÃO E ATIVIDADE FÍSICA

30. A criança mamou até quantos meses? _____
31. Começou a adicionar outros alimentos a partir de quantos meses? _____
32. A partir do momento que adicionou outros alimentos (leite, mingau, suco, chá) utilizava açúcar? 0 () Não 1 () Sim
33. A criança costuma comer muito rápido? 0 () Não 1 () Sim
34. Quais refeições costuma fazer por dia?
- a) Café da manhã 0 () Não 1 () Sim
- b) Lanche da manhã 0 () Não 1 () Sim
- c) Almoço 0 () Não 1 () Sim
- d) Lanche ou café da tarde 0 () Não 1 () Sim
- e) Jantar ou café da noite 0 () Não 1 () Sim
- f) Lanche antes de dormir 0 () Não 1 () Sim
35. A alimentação diária da criança inclui frutas? 0 () Não 1 () Sim
36. A alimentação diária da criança inclui verduras? 0 () Não 1 () Sim
37. Quantos dias por semana a criança ingere alimentos gordurosos (carnes, gordas), frituras?
- 1 () <1 vez por semana

- 2 () 1 vez por semana
 3 () 2 vezes por semana
 4 () 3 vezes por semana
 5 () 4 ou mais vezes por semana

38. A criança ingere comidas com alto teor de sal diariamente? 0 () Não 1 () Sim

39. Quantos dias por semana a criança costuma comer doces, balas e biscoitos recheados?

- 1 () <1 vez por semana
 2 () 1 vez por semana
 3 () 2 vezes por semana
 4 () 3 vezes por semana
 5 () 4 ou mais vezes por semana

40. Indique, por favor, se na Unidade Básica de saúde que o(a) Sr.(a) frequenta com a criança, esses serviços ou orientações estão disponíveis: Conselhos sobre nutrição saudável.

0 () Com certeza, não 1 () Provavelmente, não 2 () Provavelmente, sim 3 () Com certeza, sim

ACESSO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E POLÍTICAS PÚBLICAS

41. Local onde realiza o controle de saúde de sua criança

0 () Não realiza 1 () Consultório particular 2 () Unidade Básica de Saúde

AFILIAÇÃO E ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO

42. Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde o(a) sr.(a) geralmente vai quando a sua criança fica doente ou precisa de conselhos sobre a sua saúde?

0 () Não 1 () Sim 2 () Não se Aplica

43. Quando o(a) sr.(a) necessita de uma consulta de revisão para criança (consulta de rotina, check-up) vai à Unidade Básica de Saúde antes de ir a outro serviço de saúde?

1 () Com certeza, sim 2 () Provavelmente, sim 3 () Provavelmente, não
 4 () Com certeza, não 5 () Não sei / não lembro

44. É fácil marcar hora para criança para uma consulta de revisão (consulta de rotina, “check-up”) nesta Unidade Básica de Saúde?

1 () Com certeza, sim 2 () Provavelmente, sim 3 () Provavelmente, não
 4 () Com certeza, não 5 () Não sei / não lembro

PERCEPÇÃO EM SAÚDE BUCAL

45. Motivo principal da consulta: _____

46. Como o(a) sr.(a) classifica a saúde bucal da criança?

1 () Ruim 2 () Regular 3 () Boa 4 () Ótima

47. Como o(a) sr.(a) classifica a aparência dos dentes da criança?

1 () Ruim 2 () Regular 3 () Boa 4 () Ótima

48. Como o(a) Sr.(a) classifica a mastigação da criança? () Normal () Devagar () Rápida

49. Como o(a) Sr.(a) classifica a fala devido aos dentes e às gengivas da criança?

1 () Fácil compreensão 2 () Difícil compreensão

50. De que forma a saúde bucal da criança afeta o relacionamento com outras pessoas?

1 () Não sabe/ Não informou 2 () Não afeta 3 () Afeta pouco
 4 () Afeta mais ou menos 5 () Afeta muito

51. Limiar de dor nos dentes e gengivas a criança reclamou nos últimos três meses?

1 () Nenhuma dor 2 () Pouca dor 3 () Média dor 4 () Muita dor

52. Quantidade de escovas de dente totais na casa: _____

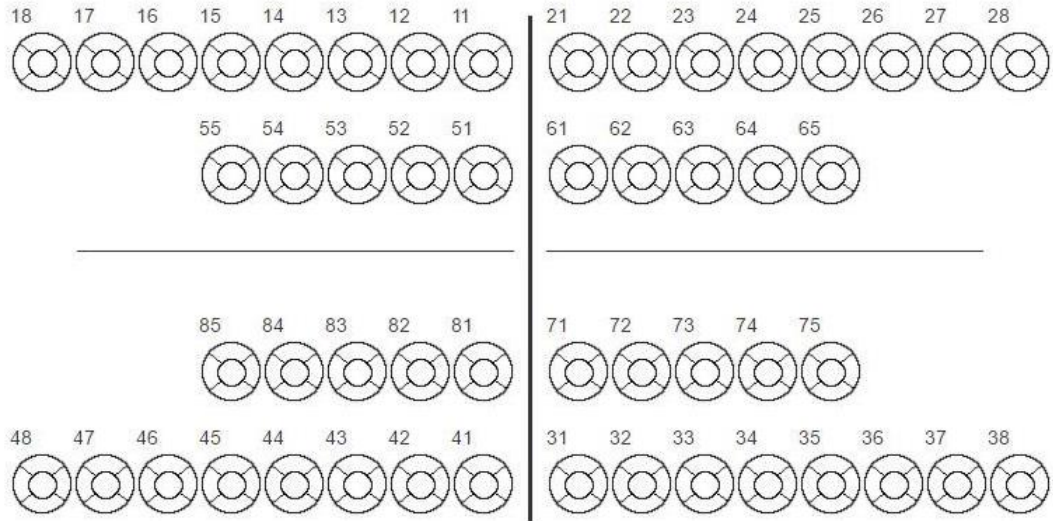
53. Hoje como você se define em relação à sua saúde bucal:

() Muito Feliz () Feliz () Não tenho nada para reclamar () Triste () Muito Triste

Caso marque triste, ou muito triste, especifique porquê: _____

ANEXO 3

IMPACTO DA CÁRIE SEVERA DA INFÂNCIA NA QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS ATENDIDAS NA UNIVERSIDADE TIRADENTES EM 2018



Legenda

- Cariado
- MBA
- MBI
- Restaurado
- Extraído
- Hígido
- Ausente
- Extração Indicada

*MBA = mancha branca ativa
 *MBI = mancha branca inativa

c: _____

e: _____

o: _____

d: _____

ANEXO 4. ECOHIS (Early Childhood Oral Health Impact Scale) traduzido e adaptado.**QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL DA CRIANÇA**

54. Sua criança já sentiu dores nos dentes, na boca ou maxilares (ossos da boca)?
1. () Nunca 2. () Quase nunca 3. () Às vezes 4. () Com frequência 5. () Com muita frequência 6. () Não sei
55. Sua criança já teve dificuldade em beber bebidas quentes ou frias devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?
1. () Nunca 2. () Quase nunca 3. () Às vezes 4. () Com frequência 5. () Com muita frequência 6. () Não sei
56. Sua criança já teve dificuldade para comer certos alimentos devido a problemas com os dentes ou tratamento dentários?
1. () Nunca 2. () Quase nunca 3. () Às vezes 4. () Com frequência 5. () Com muita frequência 6. () Não sei
57. Sua criança já teve dificuldade em pronunciar quaisquer palavras devido a problemas com os dentes ou tratamento dentário?
1. () Nunca 2. () Quase nunca 3. () Às vezes 4. () Com frequência 5. () Com muita frequência 6. () Não sei
58. Sua criança já deixou de fazer alguma atividade diária (ex.: brincar, pular, correr, ir a creche ou escola etc.) devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?
1. () Nunca 2. () Quase nunca 3. () Às vezes 4. () Com frequência 5. () Com muita frequência 6. () Não sei
59. Sua criança já teve dificuldade em dormir devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?
1. () Nunca 2. () Quase nunca 3. () Às vezes 4. () Com frequência 5. () Com muita frequência 6. () Não sei
60. Sua criança já ficou irritada devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?
1. () Nunca 2. () Quase nunca 3. () Às vezes 4. () Com frequência 5. () Com muita frequência 6. () Não sei
61. Sua criança já evitou sorrir ou rir devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?
1. () Nunca 2. () Quase nunca 3. () Às vezes 4. () Com frequência 5. () Com muita frequência 6. () Não sei
62. Sua criança já evitou falar devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?
1. () Nunca 2. () Quase nunca 3. () Às vezes 4. () Com frequência 5. () Com muita frequência 6. () Não sei
63. Você ou outra pessoa da família já ficou aborrecida devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários de sua criança?
1. () Nunca 2. () Quase nunca 3. () Às vezes 4. () Com frequência 5. () Com muita frequência 6. () Não sei
64. Você ou outra pessoa da família já se sentiu culpada devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários de sua criança?
1. () Nunca 2. () Quase nunca 3. () Às vezes 4. () Com frequência 5. () Com muita frequência 6. () Não sei

65. Você ou outra pessoa da família já faltou o trabalho devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários de sua criança?
1. () Nunca 2. () Quase nunca 3. () Às vezes 4. () Com frequência 5. () Com muita frequência 6. () Não sei
66. Sua criança já teve problemas com os dentes ou fez tratamentos dentários que causaram impacto financeiro na sua família?
1. () Nunca 2. () Quase nunca 3. () Às vezes 4. () Com frequência 5. () Com muita frequência 6. () Não sei

ANEXO 5

Tabela 1. Caracterização socioeconômica segundo a severidade de lesão por cárie das crianças atendidas na Universidade Tiradentes (UNIT). Aracaju/SE, Brasil. 2018. (N=58)

Variáveis	n	%	Lesão por cárie		p-valor*
			≤5 n(%)	≥6 n(%)	
Sexo					0,047
Masculino	31	53,4	9 (29,0)	22 (71,0)	
Feminino	27	46,6	2 (7,4)	25 (92,6)	
Idade					
3 a 5 anos	26	44,8	5 (19,2)	21 (80,8)	1,000
6 a 7 anos	30	53,6	6 (20,0)	24 (80,0)	
Cor da pele					0,207
Branco	17	29,8	5 (29,4)	12 (70,6)	
Parda/negra	40	70,2	6 (15,0)	34 (85,0)	
Anos de estudo do responsável					0,518
Até 10 anos	27	46,6	4 (14,8)	23 (85,2)	
≥ 11 anos	31	53,4	7 (22,6)	24 (77,4)	
Trabalha (responsável)					0,008
Não	26	44,8	9 (34,6)	17 (65,4)	
Sim	32	55,2	2 (6,3)	30 (93,8)	
Renda do responsável					0,708
Até R\$ 1350,00	41	73,2	9 (22,0)	32 (78,0)	
> R\$1350,00	15	26,8	2 (13,3)	13 (86,7)	

* Teste exato de Fisher

Tabela 2. Média, desvio padrão, variação observada e variação possível das lesões por cárie e domínios do ECOHIS. Aracaju/SE, Brasil. 2018. (N = 58)

Variáveis	n	Média	DP	Mediana (IIQ)*	Varição observada	Varição possível
Lesões por cárie	58	8,41	3,33	8 (6,0; 10,0)	3-19	0-27
Dimensões (ECOHIS)						
Total ECOHIS	58	10,54	6,68	9,5 (4,25; 14,75)	0-27	0-27
Sintomas	58	1,65	1,29	2 (0,0; 6,0)	0-4	0-6
Limitações	58	3,39	3,05	3 (0,0-6,0)	0-12	0-12
Aspectos psicológicos	58	1,21	1,47	1 (0,0-2,0)	0-5	0-6
Auto imagem e interação social	58	0,62	1,31	0 (0,0; 0,25)	0-6	0-6
Angústia dos pais	58	2,48	2,28	2 (0,0; 4,0)	0-8	0-12
Função familiar	58	1,22	1,31	1 (0,0; 2,0)	0-4	0-6

* Intervalo interquartil

Tabela 3. Mediana e intervalo interquartil (IIQ) dos índices de cárie, por impacto das dimensões da escala ECOH IS

Dimensões (ECOHIS)	Índice de lesão por cárie*		p-valor
	Sem impacto	Com impacto	
Sintomas	8 (7,0; 11,0)	8 (6,0; 10,0)	0,592
Limitações	7 (5,0; 10,0)	8,5 (8,0; 11,0)	0,059
Aspectos psicológicos	8 (6,0; 10,0)	11 (6,5; 14,0)	0,101
Auto imagem e interação social	8 (6,0; 10,0)	10 (8,0; 12,0)	0,035
Angústia dos pais	9 (6,0; 11,0)	8 (6,0; 9,0)	0,328
Função familiar	8 (6,0; 10,0)	8 (7,0; 11,0)	0,963

* Mann Whitney Test

* Mediana (intervalo interquartil)