

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
MESTRADO EM CLÍNICA ODONTOLÓGICA
ODONTOPEDIATRIA

**ASSOCIAÇÃO ENTRE CONDIÇÕES BUCAIS, CARACTERÍSTICAS
SOCIOECONÔMICAS, COMPORTAMENTOS MATERNOS E QUALIDADE
DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL DE CRIANÇAS EM IDADE
PRÉ-ESCOLAR**

JOANNA TATITH PEREIRA

Porto Alegre, 2013

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
MESTRADO EM CLÍNICA ODONTOLÓGICA
ODONTOPEDIATRIA

**ASSOCIAÇÃO ENTRE CONDIÇÕES BUCAIS, CARACTERÍSTICAS
SOCIOECONÔMICAS, COMPORTAMENTOS MATERNOS E QUALIDADE
DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL DE CRIANÇAS EM IDADE
PRÉ-ESCOLAR**

**Linha de Pesquisa: Epidemiologia, Etiopatogenia e Repercussão das Doenças da
Cavidade Bucal e Estruturas Anexas**

JOANNA TATITH PEREIRA

Autora

Prof. Dr. Fernando Borba de Araujo

Orientador

Porto Alegre, 2013

CIP - Catalogação na Publicação

Pereira, Joanna Tatith

Associação entre condições bucais, características socioeconômicas, comportamentos maternos e qualidade de vida relacionada à saúde bucal em crianças em idade pré-escolar / Joanna Tatith Pereira. -- 2013.

73 f.

Orientador: Fernando Borba de Araujo.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia, Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Porto Alegre, BR-RS, 2013.

1. pré-escolares. 2. cárie dentária. 3. traumatismos dentários. 4. má oclusão. 5. qualidade de vida. I. de Araujo, Fernando Borba, orient. II. Título.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
MESTRADO EM CLÍNICA ODONTOLÓGICA
ODONTOPEDIATRIA

Linha de Pesquisa

Epidemiologia, Etiopatogenia e Repercussão das Doenças da Cavidade Bucal e Estruturas Anexas

DISSERTAÇÃO

ASSOCIAÇÃO ENTRE CONDIÇÕES BUCAIS, CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS, COMPORTAMENTOS MATERNOS E QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL DE CRIANÇAS EM IDADE PRÉ-ESCOLAR

JOANNA TATITH PEREIRA

Orientação:

Prof. Dr. Fernando Borba de Araujo

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Nível Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como pré-requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Clínica Odontológica – Odontopediatria.

Porto Alegre, 2013

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais João e Magale

Muito obrigada por serem minha base mais sólida. Agradeço todo o amor, incentivo, suporte na minha formação e principalmente por me ajudarem a ser quem eu sou.

Aos meus irmãos Gabi e Digo

Obrigada por me darem a oportunidade de ter os melhores irmãos do mundo. Nosso amor, carinho e cumplicidade são a coisa mais pura e verdadeira que levo comigo - “I care your heart, i care it in my heart”.

Ao meu namorado Rodrigo

Obrigada por me ensinar todos os dias como ser uma pessoa melhor, ao teu lado entendi o sentido da palavra cumplicidade. Agradeço o amor, respeito, apoio constante e a compreensão nos momentos difíceis.

À Vó Docinha

Obrigada pelo amor, orgulho e todas as orações, tua energia motiva todos à tua volta.

À minha cunhada Patrícia e cunhado Fabrício

Obrigada por fazerem meus tesouros felizes e por serem exemplos de pessoa e profissional, vocês completaram nossa família.

À minha sobrinha Catarina

Obrigada por dar outro sentido à vida. Teu sorriso tem um poder imensurável.

Ao meu Orientador Prof. Dr. Fernando Borba de Araujo

Obrigada por sempre acreditar e confiar em mim e por me proporcionar momentos de muito aprendizado na vida acadêmica e pessoal. Obrigada por todo o tempo dedicado à minha formação e por ser um exemplo de profissional.

Ao Prof. Dr. Fernando Neves Hugo

Obrigada pela disponibilidade, dedicação, ensino, conselhos e por toda contribuição na execução deste trabalho.

À AMIGA e colega de pesquisa Patrícia Blaya Luz

Obrigada pela confiança, pelas oportunidades, pela parceria e principalmente pela tua amizade.

À equipe de pesquisa

Pati, Ina e Moniquinha, vocês foram o melhor presente do mestrado. Pati, mais uma vez obrigada por tudo. Ina, tu és um exemplo a ser seguido, tua tranquilidade é um motivante e o Caetano um presente teu ao nosso grupo. Moniquinha, tua luz é capaz de iluminar o mundo inteiro, obrigada pelo teu comprometimento, parceria e amizade.

Cacá, obrigada pela ajuda na confecção do banco de dados e na organização dos materiais, foi fundamental para o sucesso do nosso trabalho. Cauã, obrigada por tudo e que tua estrela continue a brilhar aí em cima.

À Prof. Dr^a. Adriela Azevedo Souza Mariath

Obrigada pelos ensinamentos diários, pela disponibilidade e por todas as conversas nos momentos de descontração.

Ao Prof. Dr. Luciano Casagrande

Obrigada pelo acolhimento, confiança, ensinamentos e por aceitar o convite de compor a banca examinadora.

Ao Prof. Dr. Jonas de Almeida Rodrigues

Obrigada por aceitar o convite para compor a banca examinadora. Obrigada pela confiança, pelas oportunidades e pela amizade dentro e fora da faculdade.

Ao querido Prof. Dr. Thiago Machado Ardenghi

Obrigada pela participação na minha formação, por ser um exemplo ímpar de professor, pela disponibilidade e por contribuir com este trabalho como membro da banca examinadora.

Ao Prof. Dr. Saul Martins de Paiva

Obrigada pelo pronto aceite para compor a banca examinadora e enriquecer este trabalho.

Às amigas Cátia, Ingrid, Bruna, Pâmela e Pauline

Obrigada pela torcida e amizade verdadeira, mesmo que de longe.

Às amigas irmãs Milena e Taís

Obrigada pela cumplicidade e amizade de tantos anos.

À querida amiga Renata Oliveira

Obrigada pela parceira em todos os momentos: trabalhos, estudos, conversas, viagens e planos. Tu fez, e faz toda a diferença na minha caminhada acadêmica.

Às amigas e colegas Daniele, Fabiane, Stefanie, Cristiane, Lizandra e Luciana

Obrigada pelos ensinamentos, trabalhos em conjunto, companheirismo e risadas. Fabi, sem palavras, mais uma vez obrigada pela confiança. Ste, obrigada pela parceria de viagens, conversas e trabalho.

Às minhas colegas de Especialização em Odontopediatria

Obrigada pela amizade e pela oportunidade de conhecer pessoas maravilhosas. Em especial à amiga **Deisi Damin**, pelo acolhimento e amizade. Também à amiga **Gabriela Meneghel Lima**, pela amizade, conversas e parceria de sempre, e à **Aline Bertelli**, obrigada pela amizade e acolhimento em Caxias.

À querida Julcelaine

Obrigada pela ajuda diária, além de boas risadas e conversas.

A todos os integrantes do grupo da Odontopediatria/UFRGS

Obrigada pelo convívio e aprendizado.

À Odontopediatria

Obrigada por me permitir ser feliz no trabalho. Sou completamente realizada.

Ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia/UFRGS

Obrigada pela oportunidade e por todo o conhecimento oferecido.

Às queridas famílias que participaram deste estudo

Obrigada pela confiança, por abrirem a porta de suas casas para nossa equipe e por todo o carinho. Vocês fizeram tudo valer à pena.

À CAPES

Obrigada pela bolsa de estudos durante todo o mestrado.

SUMÁRIO

Lista de abreviaturas e siglas	9
Apresentação	10
Resumo	11
Abstract	13
Antecedentes e Justificativas	15
Objetivo	25
Artigo	26
Considerações Finais	55
Referências	57
Anexos e Apêndices	65

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

C.D	Cirurgiã Dentista
Me	Mestre
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
FAPERGS	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul
ORHQoL	Oral Health Related Quality of Life
OMS	Organização Mundial da Saúde
QVRSB	Qualidade de Vida Relacionada à saúde bucal
GOHAI	Geriatric Oral Health Assesment Index
DIDL	Dental Impacts on Daily Living
OHIP	Oral Health Impact Profile
OIDP	Oral Impacts on Daily Performances
OHQOL	Oral Health-Related Quality of Life Measure
COHQOL	Child Oral Health Related Quality of Life Instrument
COHIP	Child Oral Health Impact Profile
CHILD-OIDP	Child – Oral Impacts on Daily Performances
ECOHS	Early Childhood Oral Health Impact Profile
SOHO-5	Scale of Oral Health Outcomes for 5-year-old Children
FIS	Family Impact Scale
CPQ	Child Perception Questionnaire
B-ECOHS	Versão Brasileira do ECOHS
CPI	Cárie Precoce da Infância
TD	Traumatismo dentoalveolar
MO	Má oclusão
GHC	Grupo Hospitalar Conceição
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
UBS	Unidades básicas de Saúde
MS	Ministério da Saúde
SUS	Serviço Único de Saúde
ICDAS	International Caries Detection and Assesment System
IC	Intervalo de Confiança
RP	Razão de Prevalência
DP	Desvio Padrão
DS	Domínio do Sintoma
DF	Domínio da Função
DP	Domínio Psicológico
DAIS	Domínio Autoimagem\interação social
DAP	Domínio Angústia dos Pais
DFE	Domínio Função Familiar
CPO	Cariados-Perdidos-Obturados

APRESENTAÇÃO

Todas as etapas da pesquisa foram desenvolvidas pela C.D Joanna Tatith Pereira, com colaboração da C.D (Me) Patrícia Blaya Luz e do Prof. Dr. Fernando Neves Hugo e orientação do Prof. Dr. Fernando Borba de Araujo.

Esta dissertação está vinculada a um projeto de pesquisa integrado intitulado “Avaliação da associação entre representação de vínculo parental, depressão e ansiedade materna e cárie precoce da infância”. O mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (CEP-GHC) no dia 09/11/2011, com o número de processo 11-196, e financiado com recursos concedidos pelo Edital Universal do CNPQ 479894/2010-8 e Edital Pesquisador Gaúcho FAPERGS 11/1368-4.

A coleta de dados pertinente ao desenvolvimento do estudo se deu entre os meses de dezembro de 2011 e janeiro de 2013, nas comunidades vinculadas a uma das 12 Unidades Básicas de Saúde do Grupo Hospitalar Conceição, situadas na Zona Norte de Porto Alegre, RS, Brasil. A escolha deste local para a coleta foi baseada no fato de que, neste grupo hospitalar, o sistema de dados que traz informações da comunidade é tido como referência nacional, por estar sempre atualizado e trazendo os dados das famílias cadastradas de forma territorializada, o que facilitou a logística do estudo.

Participaram desta etapa da pesquisa os pós-graduandos Patrícia Blaya Luz e Inaiá Bonfadini (Odontologia), e os bolsistas: Monique Scapinelo (Psicologia), Cassiana Hauschild Stringhini e Cauã Vasquez Coutinho (*in memoriam*) (Odontologia).

Esta dissertação será apresentada na forma de um artigo científico. Tal formato está de acordo com as regras estabelecidas no regimento do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da UFRGS.

RESUMO

Associação entre condições bucais, características socioeconômicas, comportamentos maternos e qualidade de vida relacionada à saúde bucal em crianças em idade pré-escolar

Estudos que avaliam a qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB) têm sido cada vez mais frequentes nas pesquisas odontológicas. Aqueles direcionados para a população infantil, especificamente as crianças em idade pré-escolar, avaliam os impactos das condições bucais mais comuns nessa faixa etária (cárie precoce da infância, traumatismos dentoalveolares e má oclusão) na qualidade de vida das crianças e suas famílias. Estudos mais recentes encontraram, além das associações acima mencionadas, que as condições socioeconômicas da família a qual a criança pertence também impactam a percepção dos pais na qualidade de vida das mesmas. Porém, existe uma lacuna no conhecimento no que diz respeito a outros comportamentos sociais relacionados à família, e principalmente relacionados à mãe das crianças em idade pré-escolar, como por exemplo, *status* empregatício, tempo de amamentação e outros comportamentos maternos referentes à saúde bucal de seus filhos e seus impactos na percepção dos pais em relação à QVRSB dos mesmos. Este estudo epidemiológico de delineamento transversal teve como objetivo avaliar a existência de associações entre QVRSB, os principais problemas bucais que acometem crianças em idade pré-escolar, características socioeconômicas e comportamentos maternos em crianças em idade pré-escolar vinculadas a doze Unidades Básicas de Saúde da Zona Norte de Porto Alegre/RS. Os dados foram coletados nos domicílios por meio de exame clínico realizado nas crianças e entrevistas estruturadas administradas às mães (questionário sócio-demográfico, perguntas sobre comportamentos maternos relacionados à criança e sua saúde bucal e um questionário para avaliar o impacto das condições bucais da criança na qualidade de vida da mesma e da sua família – Brazilian Version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale – B-ECOHIS). Participaram do estudo 163 crianças e suas respectivas mães. Quarenta e oito por cento delas relataram que seus filhos tinham impacto em pelo menos um dos itens do B-ECOHIS. Os impactos foram mais prevalentes na subescala relacionada à criança (74/163; 45,4%) do que na familiar (39/163; 23,9%). O domínio dos sintomas, relacionado à dor nos dentes ou na boca foi o mais frequentemente relatado como causador do impacto na QVRSB na sessão das crianças, e o sentimento de culpa foi a questão mais citada na sessão de impactos

familiares. Quando a média geral do B-ECOHIS foi analisada, pode-se observar que a cárie precoce da infância teve impacto negativo na QVRSB ($p < 0.05$), tanto quando sua severidade foi avaliada (lesões em dentina) como em relação à presença de cavidades. Considerando cada domínio do B-ECOHIS, houve associação significativa ($p < 0.05$) entre os escores de escolaridade materna, renda familiar, aleitamento materno prolongado e a baixa frequência de escovações realizadas pela mãe e o domínio relacionado a autoimagem e interação social na subescala que retrata impactos na criança. O aleitamento materno prolongado também mostrou relação significativa com ambos os domínios da subescala que retrata impactos familiares ($p < 0.05$). Ainda considerando cada domínio do B-ECOHIS, houve associação significativa entre a severidade da cárie dentária e a presença de lesões cavitadas e o domínio relacionado às funções na subescala da criança, e no relacionado a angústia dos pais na subescala familiar. O modelo ajustado da regressão de Poisson mostrou que a escolaridade materna e o fato da mãe ter trabalhado fora nos primeiros dois anos da criança estavam associados à impactos negativos na QVRSB ($p < 0.05$), assim como o aleitamento materno prolongado ($p < 0.05$). Entre as condições bucais avaliadas, somente a cárie precoce da infância estava associada ao desfecho ($p < 0.001$). Concluímos que além da cárie dentária e de fatores sócioeconômicos, comportamentos maternos relacionados à saúde bucal dos filhos impactam de forma negativa a QVRSB de crianças em idade pré-escolar.

PALAVRAS-CHAVE: pré-escolares, cárie dentária, traumatismos dentários, má oclusão, qualidade de vida.

ABSTRACT

Association between oral conditions, socioeconomic characteristics, maternal behaviors and oral health related quality of life in preschool children

Studies that assess oral health related quality of life (OHRQoL) have been increasingly common in dental research. The studies focused on OHRQoL of the pediatric population, especially preschool children, evaluate the impact of the most common oral conditions (early childhood caries, trauma and malocclusion) in the quality of life of this age group and their families. Recent studies, in addition to above mentioned associations, demonstrated that socioeconomic conditions of the family to which the child belongs also impact the perception of parents in the quality of life of their children. However, there is a gap in knowledge with regard to other social behaviors related to the family, and especially related to the mother of the preschool, for example, employment status, duration of breastfeeding and other maternal behaviors related to oral health of his sons and their impact on perceptions of parents regarding the OHRQoL of them. This cross-sectional study aimed to assess the association between oral conditions, socioeconomic factors, maternal behaviors and OHRQoL in preschool children whose families were linked to one of the twelve Basic Health Units of North Zone of Porto Alegre/RS. Data were collected during home visits through clinical examination in the children and structured interviews administered to mothers (socio-demographic questionnaire, questions about maternal behaviors related to children and their oral health and a questionnaire to assess the impact of oral conditions on child and family quality of life – the brazilian version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale - B-ECOHIS). The study included 163 childrens and their mothers. Forty-eight percent of them reported that their children had an impact on at least one of the items of the B-ECOHIS. The impacts were most prevalent in the subscale related to the child (74/163, 45.4 %) than in the family (39/163, 23.9 %). The symptoms domain related to pain in the teeth or mouth was the most frequently reported as the cause of impact on OHRQoL in the children session, and guilt was the issue most frequently cited in impact family session. When the mean of the B- ECOHIS was analyzed, it could be seen that early childhood caries has a negative impact on OHRQoL ($p < 0.05$), both when its severity was assessed (dentin lesions) or the presence of cavities. Considering each domain of the B-ECOHIS, there was a significant association ($p > 0.05$) between scores

of maternal education, family income, prolonged breastfeeding and low frequency of tooth brushing done by mother and the domain related to self-image and social interaction in the child subscale. Prolonged breastfeeding also showed a significant relationship with both domains in the family subscale ($p < 0.05$). Still considering each domain, there was a significant association between severity of dental caries and the presence of cavities at function domain at the subscale of the child and related to anguish of parents in the family subscale. The adjusted model of Poisson regression showed that maternal education and the fact that the mother have worked out the first two years of the child were associated with negative impacts on OHRQoL ($p < 0.05$), as well as prolonged breastfeeding ($p < 0,05$). Between oral conditions evaluated, only early childhood caries was associated with the outcome ($p < 0.001$). We concluded that addition of dental caries and socioeconomic factors, maternal behaviors related to oral health of children negatively impact the OHRQoL of children in preschool age.

KEY WORDS: preschool, dental caries, tooth injuries, malocclusion, quality of life.

1. Antecedentes e Justificativas

1.1 QUALIDADE DE VIDA

A expressão “*qualidade de vida*” foi utilizada pela primeira vez em 1964 pelo presidente americano Lyndon Johnson, referindo-se a um movimento dentro das ciências humanas e biológicas, no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida(1). Desde então, esse termo evoluiu e o conceito de qualidade de vida foi se tornando cada vez mais abrangente. Até que, em 1994, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu qualidade de vida como “*a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*”(2).

1.1.1 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL (QVRSB)

Locker et al(3) definiram o conceito de qualidade de vida relacionada à saúde bucal como referindo-se ao impacto gerado pelas condições de saúde bucal nas atividades diárias, qualidade de vida e bem-estar do indivíduo. A saúde bucal significa mais do que ter dentes saudáveis, é parte integrante da saúde geral e essencial para a qualidade de vida. Uma boa condição bucal deve permitir que o indivíduo fale, sorria, reconheça sabores, mastigue, engula, viva livre de dor e desconforto e consiga se relacionar com as pessoas sem constrangimento(4). Sua importância para a qualidade de vida das pessoas é observada sob uma variedade de formas nos domínios físico, social e psicológico, sendo a capacidade de se alimentar e a ocorrência de dor e desconforto os aspectos positivo e negativo mais relevantes, respectivamente(5).

As avaliações sobre QVRSB são frequentemente realizadas por meio de escalas autoaplicáveis denominadas indicadores sóciodentais ou sócio-odontológicos(6). Essas escalas procuram medir, por meio de respostas organizadas sob a forma de escalas numéricas, o quanto aspectos da vida das pessoas, nos domínios físico, psicológico material e social, entre outros, são afetados pelas condições de saúde bucal, sem perder

de vista que qualidade de vida é um construto que, como tal, não pode ser completamente operacionalizado e diretamente medido(7).

Os indicadores de qualidade de vida associados à saúde avaliam a qualidade de vida relacionada à saúde geral(8). Os indicadores sócio-dentais são instrumentos específicos que procuram focar em um determinado grupo de pessoas com necessidades características, como por exemplo, pré-escolares acometidos por doenças bucais como cárie precoce da infância, traumatismos dentoalveolares e má oclusão(7). Suas aplicações são amplas e incluem ações políticas, de pesquisa, de saúde pública e clínicas(9).

Os resultados obtidos com esses instrumentos são geralmente reportados com um sistema de escores, o qual indica a severidade do desfecho mensurado ou das doenças bucais que acometem o indivíduo(10). Informações sobre qualidade de vida nos permitem avaliar os sentimentos e percepções em nível individual, aumentando a possibilidade de uma comunicação efetiva entre profissional e paciente, compreendendo melhor o impacto que a saúde bucal tem no indivíduo e sua família, e avaliando os resultados clínicos dos serviços prestados.

Diversos indicadores sócio-dentais têm sido desenvolvidos nas últimas décadas, como por exemplo, o GOHAI (*Geriatric Oral Health Assessment Index*)(11), o DIDL (*Dental Impacts on Daily Living*)(12), o OHIP (*The Oral Health Impact Profile*)(10) e sua versão abreviada, o OHIP-14(13), o OIDP (*Oral Impacts on Daily Performances*)(14) e o OHQOL (*Oral Health-Related Quality of Life Measure*)(15). Essas escalas foram desenvolvidas para serem aplicadas na população idosa e adulta, no entanto, recentemente, algumas foram utilizadas em estudos envolvendo adolescentes(16, 17).

Mesmo que essas escalas tenham sido aplicadas com sucesso na população jovem, sabe-se que a percepção de adultos e crianças a respeito do impacto dos problemas de saúde sobre a qualidade de vida é distinto, visto que crianças e adolescentes possuem uma visão específica de si mesmos e do mundo a sua volta, devido à fase de desenvolvimento físico e emocional em que se encontram(18). Logo, o desenvolvimento de instrumentos específicos para crianças viabiliza uma

mensuração aperfeiçoada do impacto dos problemas bucais sobre sua qualidade de vida e de suas famílias.

Com esse objetivo, alguns autores desenvolveram instrumentos específicos para essa faixa etária. São eles: COHQOL (Child Oral Health Quality of Life Instrument)(19), COHIP (Child Oral Health Impact Profile)(20), CHILD-OIDP (adaptação do OIDP para crianças)(21), ECOHIS (The Early Childhood Oral Health Impact Scale)(22) e o SOHO-5 (Scale of Oral Health Outcomes for 5-year-old children)(23).

Baseados no modelo conceitual de Locker (1988)(3), que entende a qualidade de vida relacionada à saúde bucal como o impacto (positivo ou negativo) gerado pelas condições de saúde bucal na vida do indivíduo, nos seus três principais domínios (físico, social e psicológico), o COHQOL e o ECOHIS conectam de forma linear os conceitos de doença, deficiência, limitação funcional, incapacidade e desvantagem social. Assim, permitem que a análise do impacto dos problemas bucais sobre a vida das pessoas seja de forma progressiva, do nível biológico para o comportamental e deste para o social. Figura. 1 (adaptada de Tesh et al, 2007)(7).

Modelo conceitual proposto por Locker



O COHQOL é uma escala que busca avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças entre 6 e 14 anos de idade. Ele inclui um questionário sobre o impacto nos pais e na família dos problemas bucais da criança - com 14 itens (*Family Impact Scale – FIS*), outro questionário para mensurar a percepção da criança sobre sua própria saúde bucal (*Child Perception Questionnaire – CPQ*) que varia conforme a faixa etária da criança – 25 a 37 itens, e um último questionário para mensurar a percepção dos responsáveis sobre a saúde bucal dos filhos, o qual varia o número de

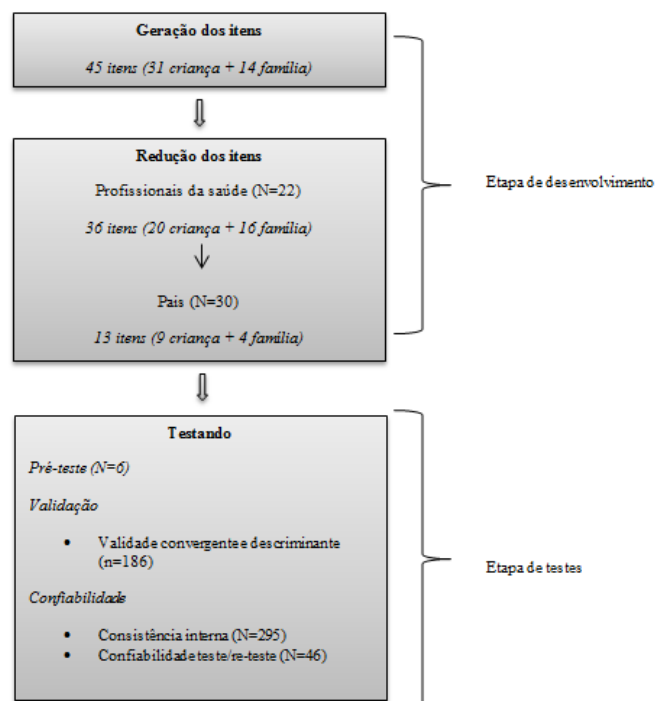
itens conforme o CPQ (*Parental Perceptions Questionnaire – PPQ*)(7, 19, 24). Nos últimos anos, os autores testaram a possibilidade de reduzir o número de itens do CPQ para crianças de 11 a 14 anos, e concluíram que é possível empregar nesta faixa etária versões do questionário com apenas 8 ou 16 itens (25).

Para avaliar o impacto das condições bucais na qualidade de vida de crianças em idade pré-escolar, quatro instrumentos têm sido utilizados (Filstrup, 2003(26); ECOHIS(22); POQL(27); SOHO-5(23)). Os dois primeiros (Filstrup, 2003 e o ECOHIS) são baseados na percepção dos pais sobre a qualidade de vida de seus filhos(22, 26), o terceiro (POQL) utiliza a criança como respondente quando ela apresenta 8 anos de idade ou mais, e os pais quando a criança é mais jovem(27). O último questionário criado, SOHO-5, tem como objetivo avaliar a qualidade de vida de crianças com faixa etária de 5 anos de idade através de respostas da própria criança e dos pais(23). O mesmo já foi traduzido e validado para o português brasileiro.

Até o momento do delineamento deste estudo, o ECOHIS(22) era o único instrumento validado disponível para medir o impacto de doenças, tratamentos e experiências relacionados à cavidade bucal, na qualidade de vida de pré-escolares e seus familiares(28). Ele inclui itens originados do COHQOL que foram testados e considerados relevantes para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças entre 2 e 5 anos de idade. O instrumento possui uma subescala para a criança e outra para a família, devendo ser preenchido pelos familiares da criança, acessando tanto o impacto da saúde bucal na vida diária da criança como o relativo aos tratamentos dentários que ela possa já ter realizado(7).

A escala original foi desenvolvida por Pahel et al em 2007(22) com 45 itens originários do COHQOL, envolvendo os domínios conceituais de Locker (1988) – sintoma, função, psicológico e social. Profissionais da área da saúde (n=22) foram convidados a avaliar esses 45 itens pré-selecionados, e elegeram 36 itens como sendo de maior importância. Esses foram reaplicados a um grupo selecionado de 30 cuidadores de crianças entre 3 e 5 anos, os quais definiram as questões que julgavam ser as mais relevantes para mensurar a qualidade de vida de seus filhos em relação à saúde bucal dos mesmos. O instrumento foi finalizado e validado com 13 questões,

possuindo uma subescala relacionada à criança - com 9 itens, e uma relacionada à família - composta por 4 itens. Figura. 2 (adaptada de Pahel et al, 2007)(22).



O ECOHIS já foi traduzido e validado em países como Canadá, China, Espanha, França, Turquia e Brasil (7, 29-33). Tesch et al (2007), Scarpelli et al (2011) e Martins-Júnior (2012) concluíram que a versão brasileira do ECOHIS (B-ECOHIS – ANEXO A) possui propriedades psicométricas satisfatórias, que são similares ao instrumento original, configurando sua validação para o idioma português brasileiro (7, 32, 33).

1.1.2. CÁRIE PRECOCE DA INFÂNCIA (CPI), TRAUMATISMOS DENTOALVEOLARES (TD), MÁ OCLUSÃO (MO) E QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL EM PRÉ-ESCOLARES

Mesmo com todo o conhecimento dos fatores etiológicos da cárie dentária e sabendo que a mesma pode ser prevenida com medidas simples de saúde bucal, ela ainda é a doença crônica mais comum da infância(34). Quando acomete crianças menores de 6 anos de idade, é chamada de cárie precoce da infância (CPI)(35). Sua prevalência tem variado de 12% a 46% em crianças de idade pré-escolar no Brasil(28,

36, 37), e o impacto negativo da CPI na vida das crianças inclui dificuldade de mastigação, perda de apetite e de peso, dificuldade para dormir, mudanças de comportamento (irritabilidade e diminuição da autoestima) entre outros(28).

Feitosa et al encontraram que a cárie, maior problema de saúde pública que afeta crianças, causa o comprometimento do sistema estomatognático, problemas para dormir e redução da performance escolar. Adicionalmente, uma criança com saúde bucal precária compromete o bem-estar da família, pois os pais se sentem culpados pelos problemas bucais da criança, faltam ao trabalho e têm despesas associadas ao tratamento bucal realizado(38).

Ao utilizarem uma escala para mensurar qualidade de vida relacionada à saúde bucal, Acharya e Tandon entrevistaram 500 pares de pais e filhos, sendo as crianças menores de 71 meses e portadoras de CPI. Encontraram uma relação positiva entre saúde bucal e qualidade de vida, sendo o parâmetro mais afetado pela CPI a dificuldade na alimentação e para dormir nas crianças, o que influenciou os pais de forma significativa(39).

Ao realizar a validação da versão brasileira do ECOHIS, Martins-Júnior et al(33) encontraram que crianças com maior número de lesões de cárie apresentavam maiores escores no B-ECOHIS do que aquelas livres de cárie. As escalas de impacto na criança, na família e a soma total de escores foram diretamente proporcionais à severidade da cárie dentária.

Da mesma forma, Abanto et al(28), utilizando o B-ECOHIS, demonstraram que a cárie dentária, a CPI e a baixa renda familiar têm impacto negativo na qualidade de vida relacionada à saúde bucal de pré-escolares e seus pais.

Goettems et al(40) também utilizando o B-ECOHIS, avaliaram a relação da ansiedade materna em relação à tratamentos dentários e à qualidade de vida relacionada à saúde bucal de seus filhos, encontrando que mães ansiosas apresentaram escores maiores nos domínios relacionados a angústia dos pais. E os maiores impactos na qualidade de vida foram observados nas crianças com lesões de cárie sem tratamento.

De forma geral, os estudos realizados no Brasil utilizando o B-ECOHIS demonstraram um impacto negativo da cárie dentária na qualidade de vida relacionada à saúde bucal das crianças em idade pré-escolar e suas famílias(28, 33, 40-45), sendo este impacto diretamente proporcional à severidade da doença.

Adicionalmente, numerosos estudos de cunho epidemiológico têm demonstrado que muitas crianças sofrem ao longo da infância e adolescência alguma forma de traumatismo dentoalveolar (TD)(46), sendo este considerado um grave problema de saúde pública (47). No Brasil, a prevalência de traumatismos varia de 9,4% a 62% em crianças em idade pré-escolar(37, 48, 49).

Os dentes mais comumente afetados são os incisivos superiores, causando problemas físicos, estéticos e psicológicos na criança e seus pais(49-51). Traumas na dentição decídua podem causar dor e perda de função, além de poderem afetar o desenvolvimento e a erupção do sucessor permanente(52-54). Diversos estudos mostram o impacto de TD em crianças em idade escolar e adolescentes(16, 55-59), porém poucos associam esse agravo ao impacto na qualidade de vida em crianças em idade pré-escolar(44, 48, 60).

Aldrigui et al reportaram que TD mais graves causavam um impacto negativo na qualidade de vida relacionada à saúde bucal de pré-escolares e seus familiares(60). Viegas et al avaliaram o impacto de TD em 388 crianças em idade pré-escolar e suas famílias, e demonstraram que aqueles pais cujas crianças haviam sofrido algum tipo de TD apresentavam uma chance 60% maior de relatar impactos negativos na qualidade de vida relacionada à saúde bucal de seus filhos e suas famílias(48).

Problemas de má oclusão (MO) também são prevalentes entre crianças, e vários países têm demonstrado um aumento da prevalência ou pelo menos da procura por tratamentos ortodônticos(5). Diversos estudos têm investigado a prevalência de MO na dentição decídua em diferentes populações, com valores variando de 26% a 87% no Brasil, Índia e Alemanha(61).

Em um trabalho realizado com 1069 pré-escolares no Brasil em 2011, a prevalência de MO foi de 46%, sendo a mordida profunda a alteração mais prevalente (19,7%), seguida da mordida cruzada posterior (13.1%), sobremordida acentuada

(10.5%), mordida aberta anterior (7,9%) e mordida cruzada anterior (6,7%)(61). Os efeitos sociais e psicológicos da MO infantil vêm sendo estudados, e parece haver uma interferência direta na qualidade de vida das crianças e seus responsáveis(5, 62). Em crianças em idade escolar e adolescentes o impacto da MO na sua qualidade de vida é demonstrado na literatura(63-66), no entanto em crianças em idade pré-escolar, a literatura não é clara quanto aos impactos negativos que a má oclusão gera na qualidade de vida da crianças e seus familiares, havendo divergência entre os autores(28, 44, 45, 60).

Conforme observado, é crescente o número de estudos que demonstram através de instrumentos como o ECOHIS, uma associação positiva entre a qualidade de vida de crianças em idade pré-escolar e sua condição bucal(20, 22, 29, 31, 39, 42-44, 63, 67, 68)

Assim que, de acordo com o anteriormente abordado, estudos focados na população infantil demonstram que condições bucais podem causar impactos na qualidade de vida desses sujeitos. Entretanto, essa relação direta entre QVRSB e as condições bucais clínicas deveria ser interpretada com cautela, pois o impacto na qualidade de vida pode ser afetado por outros fatores, tais como variáveis individuais, sociais e ambientais(69-71).

Por exemplo, o nível sócio econômico da família à qual a criança pertence, pode influenciar a percepção dos pais em relação à QVRSB e às condições bucais dessa criança, devido ao fato de diversos estudos já terem demonstrado associação direta entre baixa renda familiar e uma saúde bucal precária(72-74).

Em relação ao ambiente doméstico em que a criança vive, estudos mostram a influência que a família e a estrutura familiar têm na saúde bucal da criança(75, 76). Estes encontraram que a escolaridade da mãe e o número de pessoas que moram junto da criança estão associados com a forma dos pais de perceber a QVRSB de seus filhos (77-79).

Da mesma forma, comportamentos familiares afetam a saúde bucal e o bem estar das crianças(72, 80-83), sendo que principalmente os conhecimentos e as atitudes das

mães, principais responsáveis por promover os cuidados e a saúde das crianças na infância, podem influenciar as condições bucais dos filhos.

Estudos abordam a relação dos conhecimentos, atitudes e práticas maternas com a condição bucal das crianças. Saied-Moallemi et al mostraram que altos níveis de escolaridade materna e a escovação supervisionada pela mãe reduziram a incidência de lesões cáries em crianças de 9 anos de idade(84). Em crianças em idade pré-escolar, Folayan et al associaram o aleitamento materno prolongado ao maior risco de desenvolvimento da CPI, e que o risco aumenta 10% a cada mês de amamentação prolongada(85).

Uma revisão sistemática realizada por Castilho et al (2013) mostrou que condições sócio econômicas desfavoráveis, o status empregatício dos pais, o consumo frequente de açúcar e a ausência de escovação supervisionada pelos pais, entre outros fatores, estavam associados com o acometimento da cárie dentária(75). Dessa forma, pode-se pensar na hipótese que os comportamentos familiares, e especificamente maternos, podem impactar na percepção das crianças e de seus pais a respeito da sua QVRSB.

Embora as condições socioeconômicas e os comportamentos familiares possam ter relação com a QVRSB, esta associação não foi suficientemente estudada em pré-escolares e suas famílias. Piovesan et al avaliaram a influência das condições sócio econômicas da família e as condições bucais da criança na percepção dos pais em relação à QVRSB e a saúde bucal de seus filhos, mostrando que essas condições estão significativamente associadas à percepção dos pais(71).

Assim, pode-se perceber que ainda existe uma lacuna no conhecimento no que diz respeito a outros comportamentos sociais relacionados à família, principalmente relacionados à mãe das crianças em idade pré-escolar, como por exemplo, desemprego, tempo de amamentação e outros comportamentos maternos referentes à saúde bucal de seus filhos e seus impactos na percepção dos pais em relação à QVRSB dos mesmos.

Dessa forma, estudar a prevalência das doenças bucais que mais acometem as crianças em idade pré-escolar e sua associação com a qualidade de vida, características

socioeconômicas e comportamentos maternos relacionados à saúde bucal pode ajudar no desenvolvimento de políticas públicas voltadas para esta população, buscando prevenir e tratar estes agravos, visando minimizar seu impacto na qualidade de vida das crianças e seus familiares.

A hipótese desse estudo é que, além das condições bucais já evidenciadas na literatura, outros fatores como características socioeconômicas e comportamentos maternos influenciem negativamente a percepção das mães em relação à QVRSB de seus filhos.

Considerações éticas

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (CEP-GHC – 11/196) (ANEXO B) e todas as mães que aceitaram participar desse estudo leram e assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (APENDICE A).

2. **Objetivo**

Avaliar a existência de associações entre qualidade de vida relacionada à saúde bucal, os principais problemas bucais que acometem crianças em idade pré-escolar (cárie precoce da infância, má oclusão e traumatismo dentoalveolar), características socioeconômicas e comportamentos maternos em crianças em idade pré-escolar.

Artigo

Título

Associação das condições bucais, socioeconômicas e comportamentos maternos na qualidade de vida relacionada à saúde bucal de pré-escolares

Joanna Tatith Pereira¹

Patrícia Blaya Luz¹

Inaiá Bonfadini¹

Monique Scapinello²

Fernando Neves Hugo¹

Fernando Borba de Araujo¹

1 – Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

2 – Faculdade de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Título reduzido: Qualidade de vida relacionada à saúde bucal de pré-escolares e suas associações

Joanna Tatith Pereira

Av. Bento Gonçalves 1515, 2006 C

Partenon, Porto Alegre, RS\Brasil

joannatpereira@hotmail.com

(55) 51 81714591

O artigo que compõem esta dissertação será submetido à revista **Cadernos de Saúde Pública**, e está editado conforme as orientações destinadas aos autores.

Resumo

Foram avaliados os fatores associados à qualidade de vida relacionada à saúde bucal de pré-escolares em Porto Alegre, Brasil. Trata-se de um estudo observacional transversal com 163 crianças entre 3 e 4 anos de idade. As mães foram convidadas a responder o B-ECOHIS, um questionário socioeconômico e perguntas referentes a seus comportamentos em relação à saúde bucal de seus filhos. A avaliação clínica incluiu exames para cárie dentária, traumatismos dentoalveolares e má oclusão. Considerando cada domínio do B-ECOHIS, houve diferença significativa entre escolaridade materna, renda familiar, aleitamento materno prolongado e a frequência de escovações realizadas pela mãe e o domínio relacionado à autoimagem e interação social, na subescala da criança. O aleitamento materno prolongado mostrou relação significativa com os dois domínios da subescala familiar. Houve associação significativa entre a severidade da cárie dentária e a presença de lesões cáries cavitadas e o domínio relacionado às funções na subescala da criança, e no domínio relacionado à angústia dos pais na subescala familiar. O modelo final da regressão de Poisson mostrou que escolaridade materna, o fato da mãe ter trabalhado fora nos primeiros dois anos da criança, o aleitamento materno prolongado e a cárie dentária estavam associados ao desfecho.

Palavras-chave: pré-escolares, cárie dentária, traumatismos dentários, má oclusão, qualidade de vida.

Resumen

Se evaluaron los factores asociados a la calidad de vida relacionada con la salud bucal de los niños en edad preescolar en Porto Alegre, Brasil. Se trata de un estudio observacional transversal de 163 niños de entre 3 y 4 años de edad. Madres se les preguntó para completar el B-ECOHIS, un cuestionario socioeconómico y preguntas sobre sus actitudes hacia la salud bucal de sus hijos. La evaluación clínica incluyó exámenes de la caries dental, trauma dentoalveolar y maloclusión. Considerando cada dominio de B-ECOHIS, hubo una diferencia significativa entre la educación materna, el ingreso familiar, la lactancia materna prolongada y la frecuencia de cepillado dental realizado por la madre, y la relacionada con dominio auto-imagen y la interacción social en la subescala del niño. La lactancia materna prolongada mostró una relación significativa con los dos dominios de subescala familiar. Hubo asociación significativa

entre la severidad de la caries dental y las lesiones cariosas cavitadas y el dominio de funciones en la subescala del niño, y en el campo relacionado con la angustia de sus padres en la subescala familiar. El último modelo de regresión Poisson mostró que la educación materna, el hecho de que la madre ha trabajado los dos primeros años del niño, la lactancia materna prolongada y la caries dental se asocia con el resultado.

Palabras clave: preescolar, caries dental, traumatismos de los dientes, maloclusión, calidad de vida

Abstract

Were evaluated factors associated with oral health related quality of life of preschool children in Porto Alegre, Brazil. It was a cross sectional study with 163 children between 3 and 4 years old. Mothers were asked to complete the B-ECOHIS, a socioeconomic questionnaire and questions regarding their attitudes towards oral health of their children. Clinical evaluation included examinations for dental caries, dentoalveolar trauma and malocclusion. Considering each domain of B-ECOHIS, there was a significant difference between maternal education, family income, prolonged breastfeeding and frequency of tooth brushing done by mother, and the self-image and social interaction domain at the subscale of the child. Prolonged breastfeeding showed a significant relationship with the two domains of family subscale. Significant association between severity of dental caries and cavitated carious lesions, the function domain at the subscale of the child, and in the field related to parental distress at the family subscale were found. The final Poisson regression model showed that maternal education, the fact that mother have worked out the first two years of the child, extended breastfeeding and dental caries were associated with the outcome.

Keywords: preschool, dental caries, tooth injuries, malocclusion, quality of life

Introdução

O conceito de qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB) estabelece o impacto que as condições bucais têm no dia-a-dia do indivíduo, no seu bem estar e na sua qualidade de vida¹. Estas medidas surgiram como um importante desfecho de saúde, tanto para pesquisas clínicas como para estudos epidemiológicos, permitindo aos profissionais da saúde avaliar a eficácia de seus protocolos de tratamento e a qualidade da assistência prestada pela perspectiva do paciente²⁻⁴.

Diversos instrumentos que avaliam o impacto das condições bucais na qualidade de vida dos pacientes têm sido desenvolvidos em diferentes populações, principalmente direcionados à idosos, adultos e crianças, e demonstram que algumas condições bucais têm um impacto negativo na qualidade de vida⁵⁻⁹. Porém, nos últimos anos, há um crescente interesse no estudo desses impactos em crianças em idade pré-escolar¹⁰⁻¹⁴. Entretanto, o número de estudos nessa faixa etária ainda permanece pequeno quando comparado ao montante de trabalhos publicados focando a população idosa, adulta e até mesmo os adolescentes.

Dentre as condições bucais que acometem crianças em idade pré-escolar, a cárie precoce da infância (CPI), os traumatismos dentoalveolares (TD) e as má oclusões (MO) são as mais prevalentes e aquelas capazes de causar algum impacto negativo na qualidade de vida dessas crianças e seus familiares^{10, 13, 15, 16}. Estes impactos negativos podem ser observados no desempenho das funções do sistema estomatognático, e no bem estar psicológico e social dessas crianças e suas famílias. E de forma recíproca, uma boa condição de saúde bucal pode trazer benefícios para as crianças e seus familiares.

Até o momento do início desse trabalho, o único instrumento disponível para mensurar o impacto das condições bucais e experiências odontológicas vividas na qualidade de vida de crianças em idade pré-escolar e suas famílias é o “Early Childhood Oral Health Impact Scale – ECOHIS”¹⁷. Este instrumento foi validado para o Português brasileiro, em estudos envolvendo crianças entre 2 e 5 anos de idade¹⁸⁻²⁰. Os autores demonstraram que as condições bucais presentes em crianças em idade pré-escolar afetam de forma direta a qualidade de vida dessas crianças e do seu contexto familiar.

Além disso, estudos têm demonstrado que o nível socioeconômico familiar e a escolaridade da mãe, assim como a situação empregatícia dos pais, estão diretamente relacionados com uma condição bucal precária²¹⁻²⁵. Os níveis socioeconômicos e a escolaridade da mãe também foram associados com maiores escores nos questionários que avaliam o impacto das doenças bucais na QVRSB de seus filhos²⁶⁻²⁸. Portanto, um efeito modificador em relação aos fatores socioeconômicos sobre as respostas relacionadas à QVRSB pode ser observado, já que esses fatores estão significativamente associados tanto com o acometimento de doenças bucais quanto à percepção da QVRSB. Da mesma forma, comportamentos maternos estão associados ao acometimento de condições bucais precárias em pré-escolares, como por exemplo, aleitamento materno prolongado e ausência de escovação assistida pelos pais e CPI^{22, 23, 29, 30}. Porém, no nosso conhecimento, não existem estudos que avaliam a associação desses comportamentos maternos de saúde com a percepção das mães em relação à QVRSB de seus filhos.

O objetivo desse estudo foi avaliar a existência de associações entre QVRSB, os principais problemas bucais que acometem crianças em idade pré-escolar (cárie precoce da infância, má oclusão e traumatismo dentoalveolar), características socioeconômicas e comportamentos maternos em crianças em idade pré-escolar.

Metodologia

Este estudo teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (CEP-GHC/11-196) e antes de participar do estudo, todas as mães leram e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Desenho do estudo e amostra

Este estudo observacional transversal foi realizado com crianças em idade pré-escolar nascidas em 2008 (3-4 anos de idade) e suas mães, que tinham suas famílias cadastradas em uma das 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), situado na cidade de Porto Alegre (1,5 milhões de habitantes), RS - Brasil. O GHC é vinculado ao Ministério da Saúde (MS) e tem sua estrutura reconhecida nacionalmente, pois forma a maior rede pública de hospitais do sul do

país, com atendimento 100% SUS (Serviço Único de Saúde). Foi no Serviço de Saúde Comunitária do GHC que o MS baseou-se para montar a Estratégia de Saúde da Família no Brasil. Além disso, o GHC é responsável por mais de 50% dos partos anuais da Cidade de Porto Alegre.

A escolha deste local para a coleta foi baseada no fato de que, neste grupo hospitalar, o sistema de dados que traz informações da comunidade é tido como referência nacional, por estar sempre atualizado e trazendo os dados das famílias cadastradas de forma territorializada, o que facilitou a logística do estudo.

Eram elegíveis todas as crianças nascidas em 2008 e suas mães, as quais deveriam residir nas comunidades do GHC. Para estimação do tamanho amostral, foi realizado um cálculo considerando o número de nascidos vivos dessas comunidades em 2008 (674 bebês) e a prevalência de CPI de 31% aos dois anos, registrada em 2008 em um município vizinho a Porto Alegre³¹. Assim, selecionado um alfa bidirecional de 0,05 e um beta de 0,10, foi estimada uma amostra total de 208 indivíduos (n=208), na expectativa de uma taxa de não resposta de 20%.

A amostragem ocorreu de forma aleatória por conglomerado, mantendo-se a proporção de nascidos vivos em 2008 em cada unidade. Para isso, cada unidade de saúde forneceu a listagem com os bebês nascidos vivos de 2008 em ordem de data de nascimento e a partir de uma tabela de números aleatórios as crianças/mães foram selecionadas e convidadas a participar do estudo. Os critérios de exclusão foram: crianças e/ou mães portadoras de alguma doença sistêmica ou deficiência cognitiva e mães que não entendiam o português de forma fluente.

Coleta de dados

A equipe de trabalho de campo foi formada por três cirurgiões dentistas (JTP, PBL e IB) e uma aluna de iniciação científica (MS). Os dados foram coletados por meio de exame clínico realizado nas crianças e entrevistas estruturadas administradas às mães (questionário sócio-demográfico, perguntas sobre comportamentos maternos relacionados à criança e sua saúde bucal e um questionário para avaliar o impacto das condições bucais da criança na QV da mesma e da sua família). Os examinadores não tinham conhecimento das respostas das mães aos questionários, visto que, as

entrevistas com as mães eram feitas por uma segunda pessoa, que também desconhecia a condição bucal da criança. Os examinadores tinham experiência odontológica prévia e foram treinados e calibrados na Faculdade de Odontologia. Um treinamento prévio teórico foi realizado por um período de 6 horas, após, os dentistas realizaram a calibração em pré-escolares. A reprodutibilidade intra examinadores foi avaliada com a repetição dos exames uma semana após. Foi utilizado o coeficiente Kappa (Cohen) para testar a reprodutibilidade inter e intra examinadores para as três condições bucais avaliadas.

A coleta de dados foi executada nos domicílios. Um contato telefônico foi feito com os responsáveis pela criança, para convidar as potenciais mães a participarem da pesquisa. Naquelas famílias onde não era obtido o contato telefônico, uma visita ao domicílio era realizada pela equipe de pesquisa, e na ausência de alguém na residência, uma correspondência autoexplicativa sobre a pesquisa era colocada na caixa de correspondência junto de um telefone para contato. Quando necessário, esse procedimento era realizado três vezes em cada casa.

Variáveis independentes

Características socioeconômicas (Questionário sócio-demográfico) – O questionário sócio-demográfico forneceu informações sobre o sexo (masculino ou feminino) e idade da criança (3 ou 4 anos); idade materna (coletada em anos e posteriormente dicotomizada de acordo com a moda ≤ 32 anos e > 32); escolaridade da mãe (coletada em anos completos e sem repetência, posteriormente categorizada em < 9 anos, 9-11 anos, > 11 anos – até primeiro grau completo, segundo grau completo ou incompleto, ensino superior completo ou incompleto, respectivamente); renda familiar mensal (renda mensal resultante do total acumulado da colaboração de todos os moradores da casa, coletada em reais (R\$), e posteriormente categorizada nos tertius – o salário mínimo regional no períodos das coletas era em média R\$ 770,00 / ≤ 2 salários mínimos, $> 2 \leq 5$ salários mínimos, > 5 salários mínimos); aglomeração familiar (coletada em número de pessoas residentes na casa e posteriormente categorizada na mediana ≤ 4 pessoas, > 4 pessoas); estado civil (solteira/divorciada/viúva ou casada/união estável) e se a mãe havia trabalhado fora de casa (+ de 30 horas semanais) nos primeiros dois anos da criança.

Comportamentos maternos – As perguntas relacionadas ao comportamento materno em relação ao seu filho(a) e sua saúde bucal foram: - Seu filho(a) recebeu aleitamento materno? Se sim, por quanto tempo? (dados coletados em meses e posteriormente categorizados ≤ 2 anos e > 2 anos); - Você concorda que seu filho(a) seja capaz de escovar seus dentes sozinho? (concorda ou discorda); - Com que frequência você realiza a escovação bucal do seu filho (a)? (mais de uma vez ao dia/uma vez ao dia/às vezes ou nunca);

Condições bucais (exames clínicos) – Três examinadores previamente treinados e calibrados realizaram os exames das condições de saúde bucal das crianças. Para tanto, era utilizada a estrutura domiciliar disponível bem como material odontológico esterilizado, compressor de ar e iluminação portáteis. Primeiramente, uma profilaxia com escova de dente e fio dental era realizada na criança. Equipamentos de proteção pessoal foram utilizados para garantir a biossegurança.

Obedecendo aos critérios do ICDAS para cárie dentária³², a detecção da doença foi realizado após a profilaxia e com as superfícies dentárias secas e iluminadas, de forma que um examinador informava os códigos referentes a todas as superfícies dos dentes presentes a um anotador. Os códigos do ICDAS referentes à condição da superfície (presença ou ausência de restaurações) e à cárie dentária foram coletados para cada superfície e posteriormente categorizados conforme a pior condição clínica encontrada em pelo menos uma superfície dentária da criança em: livres de cárie (ICDAS 0), lesões em esmalte (ICDAS 1, 2 e 3) e lesões em dentina (ICDAS 4, 5 e 6). Os dados também foram dicotomizados conforme a presença de cavidade relacionada à cárie - livre de cárie e lesões não cavitadas (ICDAS 0, 1 e 2) e lesões cavitadas (ICDAS ≥ 3)³³. Foi considerada com CPI toda criança que apresentasse pelo menos uma superfície com ICDAS ≥ 1 .

Na avaliação de traumatismos dentoalveolares (TD), todos os dentes antero-superiores da criança foram examinados. O critério utilizado foi o The Children's Dental Health Survey Criteria - CDHS-UK³⁴. Este índice identifica três tipos de tecidos envolvidos (esmalte, dentina ou polpa) organizando-os em seis categorias: (1) fraturas em esmalte somente; (2) fraturas em esmalte e dentina sem envolvimento pulpar; (3) quaisquer fraturas com sinais e/ou sintomas de envolvimento pulpar; (4)

sem fraturas, mas com sinais ou sintomas de envolvimento pulpar; (5) dente perdido por trauma; (6) outro dano qualquer que deverá ser especificado. Cabe ressaltar que tecidos moles e de sustentação não são incluídos neste índice, visto que estes danos são de difícil diagnóstico em estudos transversais. Após a análise da prevalência, esses dados foram categorizados de acordo com a presença de pelo menos um tipo de trauma ou a ausência de TD.

A má oclusão (MO) foi avaliada em relação ao trespasse horizontal (overjet) (trespasse horizontal maior ou igual a 2mm); mordida aberta anterior: será considerada presente quando não ocorrer trespasse vertical entre a borda incisal dos dentes anteriores superiores e a borda incisal dos dentes anteriores inferiores ou ausente quando do contrário; Mordida cruzada posterior: será considerada quando os dentes inferiores ocluírem pela vestibular dos dentes superiores, uni ou bi lateral e mordida cruzada anterior: ocorrerá quando a criança ocluir com os incisivos antero-inferiores em posição anterior aos antero-superiores³⁵. A avaliação foi realizada com a criança em oclusão e a condição foi categorizada de acordo com a presença de pelo menos uma dessas condições.

Variável dependente

Questionário para mensurar a QVRSB – O ECOHIS (Early Childhood Oral Health Impact Scale), inicialmente desenvolvido por Pahel et al.¹⁷ e posteriormente traduzido e validado para a língua Portuguesa brasileira por Tesch et al, Scarpelli et al e Martins-Junior et al¹⁸⁻²⁰, foi utilizado para mensurar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida das crianças e suas famílias. O B-ECOHIS (versão brasileira do ECOHIS) é um instrumento desenvolvido especificamente para mensurar a percepção dos pais em relação à qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB) de crianças em idade pré-escolar (2-5 anos). É composto de 13 itens, oriundos dos 45 que compõem o questionário Child Oral Health Quality of Life Instrument (COHQOL)³⁶. Desses 13 itens, 9 avaliam o impacto dos problemas bucais sobre a criança (subescala da criança) e 4 avaliam o impacto dos mesmos sobre a sua família (subescala da família).

Na subescala da criança, diferentes domínios são avaliados – sintomas (1 itens), função (4 itens), psicológico (2 itens), autoimagem e interação social (2 itens); e na

subescala da família dois domínios são avaliados – angústia dos pais (2 itens) e função familiar (2 itens).

Considerando a idade precoce das crianças em questão, as mães foram orientadas a considerar todos os anos de vida da criança ao responderem o questionário. As categorias de resposta do B-ECOHIS foram codificadas como: 0= nunca; 1= quase nunca; 2= às vezes (de vez em quando); 3= com frequência; 4= com muita frequência e 5= não sei. A pontuação da criança e da família pode variar de 0 a 36 e de 0 a 16, respectivamente.

Os escores do B-ECOHIS são obtidos através da simples soma das respostas obtidas nas subescalas da criança e dos pais separadamente. As respostas “não sei”, foram contadas como perda. Naqueles questionários com mais de 2 “não sei” para a subescala da criança ou 1 para a subescala dos pais, uma pontuação (média dos demais itens dessa seção) foi somada para os itens em falta, permitindo que um respondente pudesse ser incluído na análise em apenas uma das subescalas do ECOHIS. Questionários com mais de 2 “não sei” na subescala da criança e 1 na subescala da família foram excluídos da amostra.

Controle de qualidade. Medidas de controle de qualidade incluíram uma ampla discussão da classificação utilizada para todas as condições clínicas avaliadas nas crianças. Um manual de instruções para pesquisa de campo foi preparado e utilizado durante o treinamento e a coleta de dados. Foi realizado um estudo piloto com 30 pares de crianças e mães (que não faziam parte da amostra) para testar a metodologia e a compreensão dos questionários utilizados. A coleta de dados foi realizada de Dezembro/2011 até Janeiro/2013.

Os valores médios do Kappa não ponderado inter examinadores no início do estudo foram de 0,67 (variando de 0,64 a 0,73) para cárie dentária e 1.0 para trauma e má oclusão. Os valores médios do Kappa intra examinador foram 1 para má oclusão e trauma e 0,78 (variando de 0,75 a 0,80) para cárie dentária. Quando a metade da amostra do estudo foi alcançada, 10 crianças foram reavaliadas para testar novamente a reprodutibilidade intra e inter examinadores. Os valores médios do Kappa não ponderado inter examinadores foram de 0.75 (variando de 0,70 a 0,80) para cárie dentária e 1.0 para trauma e má oclusão. Os valores médios do Kappa intra

examinador foram 1 para má oclusão e trauma e 0.80 (variando de 0,78 a 0,82) para cárie dentária.

Análise estatística

A análise estatística foi realizada utilizando-se o software Statistical Package for Social Sciences (Versão 17.0; SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Foram descritas as médias do B-ECOHIS total e para cada domínio em relação às exposições de interesse. Para esta análise exploratória inicial, o teste de Kolmogorov-Smirnov foi utilizado para avaliar a normalidade da distribuição dos valores. Após este procedimento, foram utilizados os teste não paramétricos de Kruskal-Wallis and Mann-Whitney com nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

Regressão de Poisson com variância robusta foi realizada para correlacionar a pontuação total do B-ECOHIS com as características socioeconômicas, comportamentos maternos e as condições bucais. Todas as variáveis que tiveram associação com $p < 0,20$ e aquelas com importância clínico-epidemiológica foram incluídas. As variáveis que não contribuíram estatisticamente para o modelo foram eliminadas e um novo modelo foi desenvolvido. A partir dessa comparação, um modelo totalmente ajustado foi encontrado. Esta abordagem permitiu estimar a razão de prevalência (RP) entre os grupos de associação e seus 95% intervalos de confiança (IC). A escolha das variáveis ocorreu antecipadamente, acreditando-se que tinham relação com a hipótese do estudo.

Resultados

A taxa de participação do estudo foi de 163/208 (78,36%). Das crianças sorteadas, não conseguimos contato com 34 mães (16,34%) e daquelas que puderam ser contactadas, 11 não concordaram em participar do estudo (5,3%). Nenhuma mãe/criança foi excluída da amostra por alguma alteração sistêmica, cognitiva ou de compreensão. Nenhum questionário foi excluído no decorrer do estudo. (Figura 1)

A tabela 1 resume as características sócio-demográficas e socioeconômicas da amostra, assim como a distribuição dos comportamentos maternos e dos achados clínicos das crianças de acordo com a presença de algum impacto na QVRSB ($B-ECOHis \geq 1$). A idade média das crianças foi de 3,4 anos ($DP=0,49$), sendo que 54,6% eram do sexo feminino. As mães tinham em média 33,7 anos ($DP=7,82$) e os níveis de escolaridade materna variaram de não alfabetizada até mães com ensino superior completo (0,6% e 11,7%, respectivamente). A maioria das mães (44,2%) tinha entre 9 e 11 anos de estudo. A renda mensal familiar foi considerada baixa para 34,4% das famílias (\leq a 2 salários mínimos regionais), média para 48,5% (de 2 a 5 salários mínimos) e alta para 17,1% (mais de 5 salários mínimos), e consideravam-se satisfeitas com a renda familiar mensal 44,2% das mães. As famílias apresentavam em média 4,67 ($DP=1,67$) pessoas morando na casa, variando de 2 a 11 pessoas (3,7% - 0,6%, respectivamente). A maioria das mães tinham um companheiro fixo (63,8%) e 59,5% delas trabalharam fora de casa nos primeiros dois anos da criança.

Em relação aos comportamentos maternos, 18,4% das mães relataram ter amamentado seus filhos no seio de forma não exclusiva além dos 2 anos de idade. A maioria das mães (83,4%) discordou que as crianças eram capazes de escovar seus dentes sozinhas, e 87,1% delas disseram escovar os dentes dos seus filhos pelo menos 1 vez ao dia.

Das crianças examinadas, 91,4% apresentavam CPI (presença de pelo menos uma lesão cariiosa clinicamente em esmalte ICDAS 1, 2 e 3 - 68,1%; presença de pelo menos uma lesão cariiosa clinicamente em dentina ICDAS 4, 5 e 6 - 23,3%), definida como a presença de uma ou mais superfícies cariadas em qualquer dente decíduo de crianças menores que seis anos ($ICDAS \geq 1$). Dessas, 31,9% apresentavam lesões clinicamente cavitadas ($ICDAS \geq 3$). Somente 0,8% das crianças com CPI tinham dentes restaurados, e nenhuma criança da amostra teve dentes extraídos por cárie. O ICDAS variou de 0 a 6 (média 2,54; DP 1,57).

Os traumas dentoalveolares e má oclusões estavam presentes em 38% e 46% das crianças, respectivamente. Os dentes mais acometidos pelos traumatismos foram os incisivos centrais superiores, sendo as fraturas envolvendo esmalte e dentina (sem envolvimento pulpar) as mais prevalentes. As má oclusões mais prevalentes foram

igualmente distribuídas entre mordida aberta anterior (36,8%) e overjet acentuado (33,7%).

Quarenta e oito (48%) por cento das mães relataram que seus filhos tinham impacto em pelo menos um dos itens do B-ECOHIS. Os impactos negativos na QVRSB foram mais prevalentes na subescala relacionada à criança (74/163; 45,4%) do que na familiar (39/163; 23,9%). O domínio dos sintomas, relacionado à dor nos dentes ou na boca foi o mais frequentemente relatado como causador do impacto na QVRSB na sessão das crianças, e o sentimento de culpa foi a questão mais citada na sessão de impactos familiares (Tabela 2).

Os escores do B-ECOHIS variaram entre 0 e 28 com uma média de 2,15 (DP=3,85). O maior escore encontrado na subescala da criança foi de 16 e na familiar de 12. Quando a média geral do B-ECOHIS foi analisada, pode-se observar que a CPI teve um impacto negativo na QVRSB ($p<0.05$), tanto quando sua severidade foi avaliada (lesões em dentina) como em relação à presença de cavidades (ICDAS ≥ 3).

Considerando cada domínio do B-ECOHIS, houve associação significativa ($p<0.05$) entre os escores de escolaridade materna, renda familiar, aleitamento materno prolongado e a frequência de escovações realizadas pela mãe e o domínio relacionado a autoimagem e interação social na subescala que retrata impactos na criança (DAIS). O aleitamento materno prolongado também mostrou relação significativa com ambos os domínios da subescala que retrata impactos familiares (DAP e DFF) ($p<0.05$). Ainda considerando cada domínio do B-ECOHIS, houve associação significativa entre a severidade da cárie dentária e a presença de lesões cavitadas e o domínio relacionado às funções na subescala da criança (DF), e no relacionado à angustia dos pais na subescala familiar (DAP). A presença de TD e MO não mostrou impacto negativo no escore total do ECOHIS ou em cada domínio (Tabela 3).

O modelo ajustado da regressão de Poisson (Tabela 4) mostrou que a escolaridade materna e o fato da mãe ter trabalhado fora nos primeiros dois anos da criança estavam significativamente associados ao impacto negativo na QVRSB ($p<0.05$). Em relação aos comportamentos maternos, somente o aleitamento materno prolongado se manteve significativo no modelo ajustado ($p<0.05$).

Entre as condições bucais avaliadas, somente a CPI estava associada ao desfecho ($p < 0.001$). Os impactos na QVRSB foram aproximadamente 120% maiores para as crianças com lesões cavitadas ($ICDAS \geq 3$) quando comparadas àquelas livres de cárie ou com lesões não cavitadas ($p < 0.001$).

Discussão

Este estudo buscou avaliar a associação das condições bucais mais comuns que acometem crianças em idade pré-escolar (CPI, TD e MO), características socioeconômicas familiares e comportamentos maternos relacionados à saúde no impacto da QVRSB de seus filhos, utilizando as mães como respondentes. A presença de CPI na forma de lesões cavitadas esteve significativamente associada com uma percepção negativa das mães em relação à QVRSB de seus filhos. Da mesma forma, a escolaridade materna, o fato de a mãe ter trabalhado fora nos primeiros dois anos da criança e o aleitamento materno prolongado também mostraram associação com impactos negativos na QVRSB. No nosso conhecimento, este é o primeiro estudo a mostrar que comportamentos maternos relacionados à saúde bucal influenciam a percepção das mães em relação à QVRSB de seus filhos. O entendimento dessas associações permitirá uma visão mais ampla a respeito dos aspectos que influenciam a qualidade de vida das crianças e seus familiares, possibilitando o planejamento de novas e mais eficientes abordagens clínicas, epidemiológicas e de saúde pública.

É importante salientar também que não foram encontrados estudos com metodologia similar utilizando o índice ICDAS para determinação da condição bucal relacionada à cárie em estudos epidemiológicos que avaliaram QVRSB em pré-escolares. Ele já foi utilizado em um estudo epidemiológico com crianças entre 6 e 7 anos de idade³⁷, demonstrando facilidade no seu uso e na transformação de seus dados para comparação com o já consagrado CPO preconizado pela Organização Mundial da Saúde³³. Embora a coleta de dados utilizando este índice tenha um custo mais elevado, exija mais tempo de treinamento e tome mais tempo nas coletas³⁸, seus achados, que incluem principalmente a presença de lesões não cavitadas, mostram a distribuição da

CPI de forma mais realista. Noventa e dois (92%) por cento das crianças examinadas nesse estudo apresentavam pelo menos uma lesão não cavitada em alguma superfície dentária, indicando que a população avaliada apresentava alta frequência da doença, mas com moderada severidade, já que 31,9% apresentavam lesões cáries cavitadas. A presença de lesões não cavitadas não esteve associada com o desfecho avaliado, porém, estudos evidenciam que a história passada da doença é um fator de risco para a cárie dentária³⁹. E esses achados devem influenciar o planejamento de medidas de saúde pública para a faixa etária estudada.

A população avaliada nesse estudo está vinculada a unidades básicas de saúde (UBS) e, ainda assim, somente 0,8% das crianças com lesões cáries cavitadas apresentavam algum tipo de restauração, sendo que nenhuma criança havia extraído dentes por cárie. Estes achados corroboram com outros autores¹⁶, indicando que até que a lesão de cárie gere algum tipo de desconforto na criança, os pais provavelmente desconhecem a condição bucal de seus filhos e não buscam tratamento adequado. Justifica-se assim o uso do ICDAS para que se possa atuar na detecção precoce da doença, interferindo positivamente no curso da mesma (pela adoção de medidas não invasivas de tratamento), além de permitir aos pais a possibilidade do conhecimento da real condição bucal de seu filho.

A associação entre CPI e QVRSB encontrada nesse estudo vai ao encontro dos achados de Abanto et al, 2011¹²; Martins-Junior et al, 2013¹¹; Kramer et al, 2013¹⁰ e Scarpelli et al, 2013¹³ salientando que a severidade da doença é diretamente proporcional ao impacto negativo gerado na QVRSB.

A baixa frequência e principalmente, a baixa severidade das outras condições clínicas investigadas (TD e MO) nesse estudo podem ter contribuído ao fato desses agravos não apresentarem associação significativa com a QVRSB das crianças no modelo final da regressão de Poisson. Além disso, diferente da cárie dentária, os traumatismos na dentição decídua, assim como as má oclusões, não costumam causar dor e limitações funcionais por longos períodos. Entretanto, o entendimento destas questões na população infantil é essencial para a compreensão dessas condições pelos gestores de saúde e cirurgiões dentistas em geral. Diversos estudos demonstraram que os TD e MO impactam a QV de crianças em idade escolar e adolescentes⁴⁰⁻⁴⁴, fazendo

com que intervenções públicas de saúde com o objetivo de prevenir esses agravos possam evitar futuros impactos na QV das crianças avaliadas.

Outra particularidade desse estudo foi a utilização de uma escala específica e validada para mensurar a QVRSB para crianças em idade pré-escolar¹⁷. Este instrumento foi traduzido, testado e validado no Brasil, e demonstrou fornecer dados válidos advindos dos pais sobre a QVRSB de seus filhos¹⁸⁻²⁰.

Após o controle para as variáveis de confundimento, a regressão de Poisson permitiu definir quais variáveis apresentavam maior impacto na QVRSB das crianças e suas famílias. Foi observada uma associação significativa entre impactos negativos na QVRSB e escolaridade materna, o fato da mãe ter trabalhado fora nos primeiros dois anos da criança e o aleitamento prolongado. Não há relatos de estudos que associem o fato de a mãe trabalhar fora de casa e o aleitamento materno prolongado com impactos negativos na QVRSB de pré-escolares. Nesse sentido, esse estudo se diferencia dos estudos encontrados na literatura, que associam essas questões comportamentais com as condições bucais estritas^{25, 30}.

Na população estudada, as mães que trabalharam fora nos primeiros dois anos de vida da criança, estavam significativamente associadas a piores escores referentes à QVRSB de seus filhos. Os estudos relatam que crianças com mães pertencentes à categoria profissional *dona de casa* apresentam menores índices de cárie quando comparadas àquelas que as mães trabalham fora⁴⁵. Entendemos que essas crianças, devido ao envolvimento da mãe com o trabalho além das questões domésticas, não tinham a devida supervisão e cuidado por parte das mães em relação à sua saúde bucal, ficando mais expostas aos fatores de risco para cárie e, portanto mais propensas a apresentarem impactos negativos na QVRSB.

Em relação à amamentação prolongada, as mães que amamentaram seus filhos por mais de dois anos estavam significativamente associadas a maiores escores no B-ECOHIS no modelo ajustado da regressão de Poisson, e também mostraram associação aos dois domínios da subescala familiar, culpa e estresse familiar. O aleitamento materno até os 2 anos de vida ou mais, apresenta uma baixa prevalência nos países ocidentais (média de 33%)⁴⁶ principalmente devido à falta de políticas que incentivem o aleitamento materno prolongado, corroborando com os achados deste

estudo (18,4%). A ligação afetiva entre mãe e filho se estabelece nos primeiros 24 meses de vida da criança e ela é resultado das constantes interações mantidas entre a dupla desde o nascimento⁴⁷. A relevância da atenção que a mãe dedica ao seu bebê favorece o aparecimento de um ambiente suficientemente bom para o desenvolvimento do vínculo mãe-bebê. Quando a interação obtém êxito, dá oportunidade à mãe de compreender as demandas do filho, o que proporciona seu desenvolvimento físico e mental de forma sadia⁴⁸, além de permitir um conhecimento melhor da mãe à respeito de seu filho. Diante desses achados, pode-se sugerir que aquelas mães que amamentaram por mais tempo, tenham um vínculo melhor com seus filhos, além de uma melhor percepção da condição bucal dos mesmos e do impacto na QVRSB.

Também foi observado que a escolaridade da mãe teve um forte impacto na percepção das mães em relação à QVRSB de seus filhos, o que corrobora com achados similares fornecidos por Locker et al⁴⁹ e por Piovesan et al²⁸. Famílias e crianças com melhores condições socioeconômicas geralmente apresentam melhores comportamentos relacionados à saúde bucal, maior acesso aos cuidados com a saúde e intervenções preventivas, proporcionando-lhes uma melhor qualidade de vida²¹.

Portanto, é importante reconsiderar o paradigma atual relacionado à QVRSB restrito às condições bucais, e iniciar uma reflexão sobre conceitos modernos das doenças e suas consequências, enfatizando a importância de relacionar aspectos individuais, sociais e ambientais à QVRSB dos pacientes^{26, 50}.

Os achados desse estudo devem ser interpretados com algumas limitações. O delineamento transversal dificulta a avaliação de indicadores de risco para a QVRSB e o tamanho amostral não foi calculado para a variável de desfecho, diminuindo o poder do estudo. Contudo, a amostra ocorreu de forma totalmente aleatória, sendo um diferencial do mesmo.

Os achados desse estudo sugerem que além das condições bucais das crianças e das características socioeconômicas da família, os comportamentos maternos relacionados à saúde da criança influenciam a percepção das mães em relação à QVRSB de seus filhos. Esses dados servem para melhorar o entendimento das condições bucais que afetam a qualidade de vida de crianças em idade pré-escolar e

para melhorar o planejamento de políticas públicas, focando mais a atenção para essa faixa etária e suas respectivas mães. Dessa forma, uma abordagem preventiva permitirá às mães terem comportamentos relacionados à saúde bucal de seus filhos compatíveis com condições bucais favoráveis, impedindo a ocorrência ou o agravamento da saúde bucal dos mesmos e interferindo de forma positiva no impacto na qualidade de vida da criança e sua família.

Agradecimentos:

Este artigo faz parte de um projeto financiado com recursos concedidos pelo Edital Universal do CNPQ 479894/2010-8, edital Pesquisador Gaúcho FAPERGS 11/1368-4 e pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), bolsa de mestrado de Joanna Tatith Pereira vinculada ao PPG-ODO UFRGS.

Figura 1. Fluxograma da amostra (n=163)

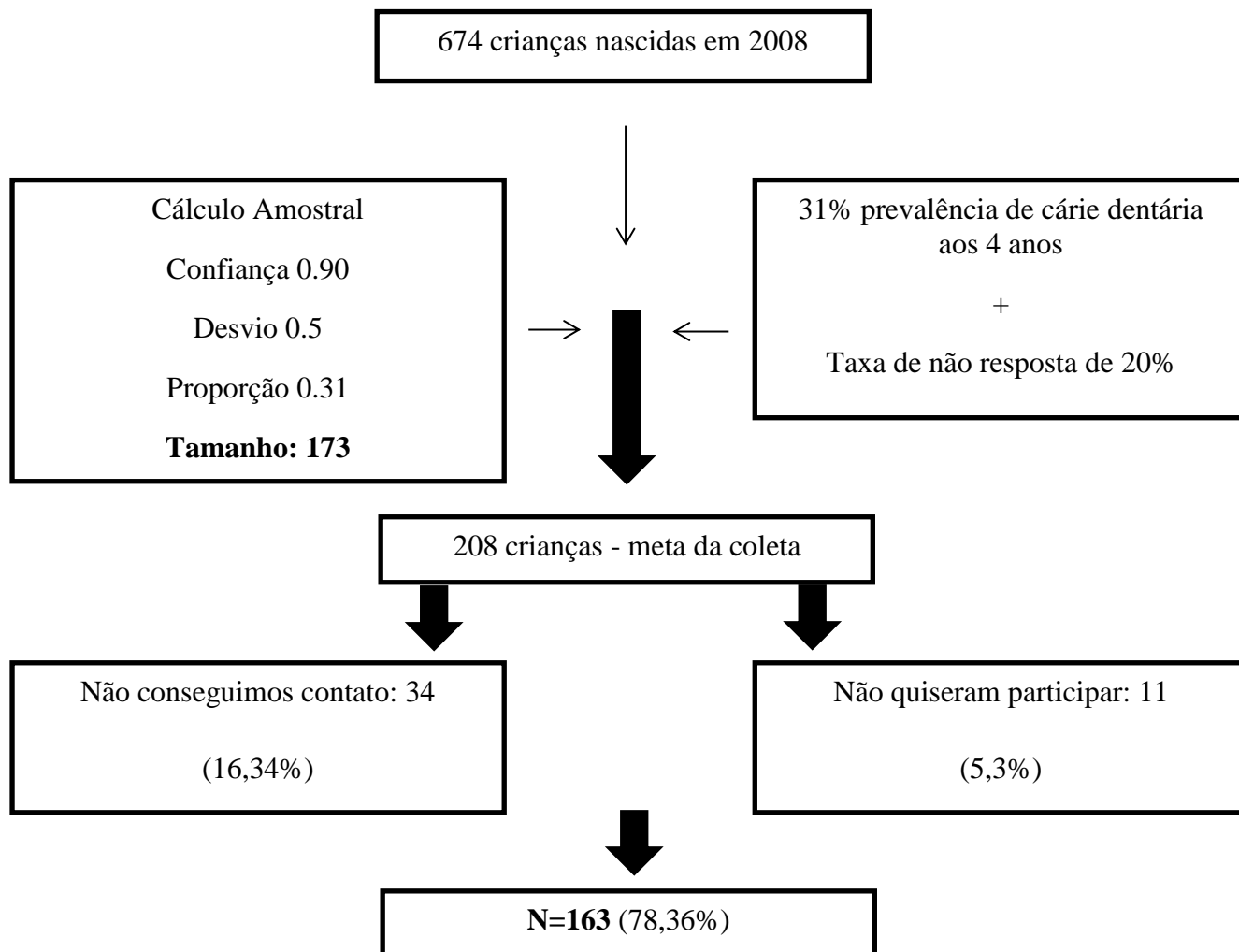


Tabela 1. Distribuição da amostra segundo características socioeconômicas, comportamentos maternos, condições bucais e a ocorrência de impactos na QVRSB (ECOHIS \geq 1) (n=163).

Variáveis	N (%)	ECOHIS = 0	ECOHIS \geq 1
Gênero			
Masculino	74 (45,4%)	36 (22,1%)	38 (23,3%)
Feminino	89 (54,6%)	48 (29,4%)	41 (25,2%)
Idade			
3 anos	97 (59,5%)	50 (30,7%)	47 (28,8%)
4 anos	66 (40,5%)	34 (20,9%)	32 (19,6%)
Idade Materna			
\leq 32 anos	77 (47,2%)	38 (23,3%)	39 (23,9%)
$>$ 32 anos	86 (52,8%)	46 (28,2%)	40 (24,6%)
Escolaridade Materna			
$<$ 9 anos	40 (24,5%)	19 (11,7%)	21 (12,9%)
9-11 anos	72 (44,2%)	38 (23,3%)	34 (20,9%)
$>$ 11 anos	51 (31,3%)	27 (16,5%)	24 (14,7%)
Renda			
\leq 2 salários mínimos	56 (34,4%)	23 (14,1%)	33 (20,2%)
$>2 \leq 5$ salários mínimos	79 (48,5%)	45 (27,6%)	34 (20,9%)
$>$ 5 salários mínimos	28 (17,1%)	16 (9,8%)	12 (7,4%)
Aglomeracão familiar			
\leq 4 pessoas	82 (50,3%)	39 (23,9%)	43 (26,4%)
$>$ 4 pessoas	81 (49,7%)	45 (27,6%)	36 (22,1%)
Mãe trabalhou fora nos primeiros dois anos da criança			
Sim	97 (59,5%)		
Não	66 (40,5%)	50 (30,7%)	47 (28,8%)
Estado Civil			
Solteira/Divorciada	59 (36,2%)	34 (20,9%)	32 (19,6%)
União estável/Casada	104(63,8%)	28 (17,2%)	31 (19,0%)
Aleitamento materno			
\leq 2 anos	133(81,6%)	56 (34,4%)	48 (29,4%)
$>$ 2 anos	30 (18,4%)	70 (43,0%)	63 (38,6%)
Mãe concorda que a criança consegue escovar seus dentes sozinha			
Concorda	27 (16,6%)	14 (8,6%)	16 (9,8%)
Discorda	136(83,4%)	12 (7,4%)	15 (9,2%)
Frequência que a mãe escova os dentes da criança			
Mais de uma vez ao dia	82 (50,3%)	72 (44,2%)	64 (39,2%)
Uma vez ao dia	60 (36,8%)	43 (26,4%)	39 (23,9%)
Às vezes/ou nunca	21 (12,9%)	31 (19,0%)	29 (17,8%)
Cárie Dental			
Livres de cárie	14 (8,6%)	10 (6,1%)	11 (6,8%)
Lesões em esmalte	111(68,1%)	7 (4,3%)	7 (4,3%)
Lesões em dentina	38 (23,3%)	63 (38,6%)	48 (29,4%)
Lesões cavitadas (ICDAS \geq 3)	52 (31,9%)	14 (8,6%)	24 (14,7%)
Trauma dentário			
Presente	62 (38%)	21 (12,9%)	31 (19,0%)
Ausente	101 (62%)	28 (17,1%)	34 (20,9%)
Má oclusão			
Presente	75 (46%)	56 (34,4%)	45 (27,6%)
Ausente	88 (54%)	28 (17,1%)	36 (22,1%)

Tabela 2. Distribuição das respostas no B-ECOHIS para cada subescala e respectivos domínios (n = 163).

	Nunca N (%)	Quase nunca N (%)	Às vezes N (%)	Com frequência N (%)	Com muita frequência N (%)	“Não sei” N (%)	Média (DP)
<i>Impactos</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
Subescala da criança							
1. Sua criança já sentiu dores nos dentes, na boca ou nos maxilares – ossos da boca? (<i>Sintoma</i>)	103 (63.2)	36 (22.1)	20 (12,3)	3 (1.8)	1 (0,6)	0 (0.0)	0.55 (0.82)
2. Sua criança já teve dificuldade em beber bebidas quentes ou frias devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários? (<i>Função</i>)	148 (90.8)	10 (6.1)	3 (1.8)	0 (0.0)	1 (0.6)	1 (0.6)	0.15 (0.60)
3. Sua criança já teve dificuldade para comer certos alimentos devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários? (<i>Função</i>)	147 (90.2)	13 (8.0)	1 (0.6)	3 (1.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.13 (0.44)
4. Sua criança já teve dificuldade de pronunciar qualquer palavra devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários? (<i>Função</i>)	152 (93.3)	3 (1.8)	13 (1.8)	2 (1.2)	3 (1.8)	0 (0.0)	0.17 (0.68)
5. Sua criança já faltou à creche, jardim de infância ou escola, ou deixou de brincar devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários? (<i>Função</i>)	149 (91.4)	8 (4.9)	4 (2.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (1.2)	0.16 (0.65)
6. Sua criança já teve dificuldade em dormir devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários? (<i>Psicológico</i>)	155 (95.1)	4 (2.5)	2 (1.2)	1 (0.6)	1 (0.6)	0 (0.0)	0.09 (0.46)
7. Sua criança já ficou irritada devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários? (<i>Psicológico</i>)	141 (86.5)	15 (9.2)	5 (3.1)	2 (1.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.19 (0.53)
8. Sua criança já evitou sorrir ou rir devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários? (<i>Autoimagem e interação social</i>)	157 (96.3)	4 (2.5)	2 (1.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.05 (0.26)
9. Sua criança já evitou falar devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários? (<i>Autoimagem e interação social</i>)	157 (96.3)	2 (1.2)	3 (1.8)	1 (0.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.07 (0.37)
Subescala da família							
10. Você ou outra pessoa da família já ficou aborrecida devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários de sua criança? (<i>Angústia dos pais</i>)	147 (90.2)	11 (6.7)	3 (1.8)	0 (0.0)	2 (1.2)	0 (0.0)	0.15 (0.56)
11. Você ou outra pessoa da família já se sentiu culpada devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários de sua criança? (<i>Angústia dos pais</i>)	139 (85.3)	9 (5.5)	8 (4.9)	2 (1.2)	5 (3.1)	0 (0.0)	0.31 (0.87)
12. Você ou outra pessoa da família já faltou ao trabalho devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários de sua criança? (<i>Atividades familiares</i>)	155 (95.1)	4 (2.5)	2 (1.2)	1 (0.6)	1 (0.6)	0 (0.0)	0.09 (0.46)
13. Sua criança já teve problemas com os dentes ou fez tratamentos dentários que causaram impacto financeiro na sua família? (<i>Atividades familiares</i>)	158 (96.9)	3 (1.8)	2 (1.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.04 (0.25)

Tabela 3. Diferenças entre condições socioeconômicas, comportamentos maternos e as condições clínicas para cada domínio e para a média geral do B- ECOHIS (n = 163).

	<i>n</i> (%)	<i>DS</i> <i>Média (DP)</i>	<i>DF</i> <i>Média (DP)</i>	<i>DP</i> <i>Média (DP)</i>	<i>DAIS</i> <i>Média (DP)</i>	<i>DAP</i> <i>Média (DP)</i>	<i>DFE</i> <i>Média (DP)</i>	<i>Média B- ECOHIS</i> <i>(DP)</i>
<i>Variáveis</i>								
<i>socioeconômicas</i>								
Escolaridade da mãe								
< 9 anos	40 (24,5%)	0,67 (0,88)	0,27 (0,51)	0,27 (0,66)	0,22 (0,51)	0,42 (0,88)	0,06 (0,32)	0,28 (0,47)
9-11 anos	72 (44,2%)	0,52 (0,85)	0,12 (0,26)	0,08 (0,22)		0,15 (0,47)	0,11 (0,37)	0,13 (0,19)
> 11 anos	51 (31,3%)	0,47 (0,73)	0,09 (0,21)	0,11 (0,35)	0,00 (0,07)	0,18 (0,61)	0,00 (0,07)	0,11 (0,19)
<i>p</i>		0,541	0,310	0,369	0,008 [†]	0,117	0,118	0,396
Renda familiar								
≤ 2 SM	56 (34,4%)	0,69 (0,85)	0,25 (0,45)	0,22 (0,58)	0,13 (0,42)	0,34 (0,78)	0,13 (0,45)	0,25 (0,41)
>2 ≤ 5 SM	79 (48,5%)	0,48 (0,82)	0,11 (0,26)	0,10 (0,30)	0,02 (0,15)	0,22 (0,62)	0,04 (0,19)	0,13 (0,21)
> 5 SM	28 (17,1%)	0,42 (0,74)	0,07 (0,16)	0,08 (0,23)		0,03 (0,13)	-	0,07 (0,09)
<i>p</i>		0,149	0,063	0,582	0,046 [†]	0,051	0,125	0,067
Aglomeração familiar								
≤ 4 pessoas	82 (50,3%)	0,58 (0,88)	0,13 (0,29)	0,14 (0,37)	0,04 (0,27)	0,21 (0,61)	0,10 (0,40)	0,16 (0,30)
> 4 pessoas	81 (49,7%)	0,50 (0,76)	0,16 (0,38)	0,14 (0,45)	0,07 (0,27)	0,25 (0,67)	0,02 (0,13)	0,16 (0,28)
<i>p</i>		0,713	0,828	0,702	0,157	0,651	0,117	0,555
Trabalhou for a nos primeiros 2 anos								
Sim	97 (59,5%)	0,54 (0,81)	0,19 (0,38)	0,15 (0,48)	0,06 (0,30)	0,25 (0,71)	0,04 (0,24)	0,18 (0,33)
Não	66 (40,5%)	0,54 (0,84)	0,09 (0,23)	0,12 (0,30)	0,05 (0,21)	0,19 (0,51)	0,09 (0,37)	0,14 (0,22)
<i>p</i>		0,980	0,119	0,859	0,616	0,700	0,314	0,830
Estado Civil								
Solteira/Divorciada	59 (36,2%)	0,67 (0,91)	0,16 (0,33)	0,18 (0,55)	0,05 (0,32)	0,26 (0,75)	0,11 (0,43)	0,20 (0,37)
Casada/Mora junto	104 (63,8%)	0,47 (0,76)	0,14 (0,34)	0,11 (0,31)	0,05 (0,24)	0,21 (0,57)	0,03 (0,18)	0,14 (0,24)
<i>p</i>		0,173	0,454	0,974	0,533	0,869	0,187	0,386
<i>Comportamentos</i>								
<i>maternos</i>								
Aleitamento materno prolongado								
≤ 2 anos	133 (81,6%)	0,51 (0,78)	0,14 (0,33)	0,12 (0,40)	0,03 (0,21)	0,19 (0,57)	0,03 (0,16)	0,14 (0,24)
> 2 anos	30 (18,4%)	0,70 (0,98)	0,17 (0,36)	0,20 (0,48)	0,15 (0,43)	0,41 (0,88)	0,21 (0,59)	0,25 (0,45)
<i>p</i>		0,294	0,918	0,457	0,020 [†]	0,038 [†]	0,015 [†]	0,324
Mãe concorda criança escovar os dentes sozinha								
Concorda	27 (16,6%)	0,59 (0,79)	0,19 (0,47)	0,25 (0,68)	0,05 (0,28)	0,18 (0,60)	0,03 (0,13)	0,18 (0,34)
Discorda	136 (83,4%)	0,53 (0,83)	0,14 (0,30)	0,11 (0,34)	0,05 (0,27)	0,24 (0,65)	0,07 (0,32)	0,16 (0,28)
<i>p</i>		0,534	0,788	0,316	0,770	0,497	0,930	0,706
Frequência de escovação pela mãe								
Mais de 1x dia	82 (50,3%)	0,52 (0,86)	0,10 (0,23)	0,07 (0,25)	0,01 (0,11) ^A	0,09 (0,27)	0,06 (0,23)	0,11 (0,16)
Uma vez ao dia	60 (36,8%)	0,53 (0,76)	0,22 (0,44)	0,20 (0,47)	0,08 (0,34) ^{AB}	0,36 (0,85)	0,09 (0,41)	0,22 (0,38)
Às vezes/nunca	21 (12,9%)	0,66 (0,85)	0,13 (0,29)	0,21 (0,68)	0,16 (0,42) ^B	0,38 (0,86)		0,20 (0,37)
<i>p</i>		0,682	0,297	0,144	0,035*	0,073	0,702	0,545
<i>Condições bucais</i>								
CPI								
Livres de Carie	14 (8,6)	0,57 (0,75)	0,12 (0,21) ^A	0,14 (0,30)	0,00 (0,00)	0,00 (0,00) ^A	0,10 (0,28)	0,12 (0,16) ^A
Lesões em esmalte	111 (68,1)	0,45 (0,78)	0,13 (0,35) ^A	0,08 (0,25)	0,03 (0,18)	0,13 (0,39) ^B	0,02 (0,14)	0,11 (0,19) ^A
Lesões em dentina	38 (23,3)	0,78 (0,93)	0,22 (0,33) ^B	0,30 (0,71)	0,14 (0,46)	0,59 (1,07) ^C	0,17 (0,53)	0,31 (0,47) ^B
<i>p</i>		0,087	0,037*	0,193	0,148	0,001*	0,062	0,027*
Livre de carie/n cavitada	111 (68,1%)	0,45 (0,77)	0,11 (0,27)	0,07 (0,21)	0,02 (0,16)	0,13 (0,39)	0,04 (0,18)	0,11 (0,17)
Cavidades (ICDAS ≥3)	52 (31,9%)	0,73 (0,90)	0,23 (0,42)	0,27 (0,65)	0,12 (0,41)	0,45 (0,95)	0,12 (0,46)	0,27 (0,43)
<i>p</i>		0,052	0,025 [†]	0,062	0,054	0,003 [†]	0,302	0,015 [†]
TD								
Ausência	101 (62,0)	0,46 (0,76)	0,16 (0,36)	0,18 (0,49)	0,07 (0,31)	0,23 (0,64)	0,05 (0,33)	0,17 (0,33)
Presença	62 (38,0)	0,67 (0,90)	0,13 (0,28)	0,06 (0,21)	0,03 (0,17)	0,22 (0,64)	0,08 (0,24)	0,15 (0,21)
<i>p</i>		0,095	0,789	0,083	0,427	0,700	0,081	0,339
MO								
Ausência	88 (54,0)	0,61 (0,90)	0,11 (0,26)	0,15 (0,39)	0,06 (0,30)	0,22 (0,62)	0,08 (0,36)	0,16 (0,31)
Presença	75 (46,0)	0,46 (0,72)	0,19 (0,40)	0,12 (0,44)	0,04 (0,23)	0,24 (0,66)	0,04 (0,20)	0,16 (0,27)
<i>P-value</i>		0,367	0,312	0,395	0,622	0,857	0,515	0,578

B-ECOHIS – Versão brasileira do Early Childhood Oral Health Impact Scale; DS – domínio dos sintomas; DF – domínios das funções; DP – domínio psicossocial; DAIS – domínio de autoimagem e interação social; DAP – domínio de angústia dos pais; DFF – domínio de função familiar; As letras diferentes significam diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

* Kruskal-Wallis test

† Mann-Whitney test

Tabela 4. Razão de Prevalência não ajustada e ajustada para associação entre o ECOHIS total e as variáveis exploradas. Análise da Regressão de Poisson; (n=163)

Variáveis	Não ajustada			Ajustada		
	RP	95% IC	P	RP	95% IC	P
Nível 1: variáveis demográficas						
Gênero						
Feminino	1.00					
Masculino	1.16	(0.67-2.01)	0.576		#	
Nível 2: variáveis socioeconômicas						
Escolaridade da mãe						
< 9 anos	1.00			1.00		
9-11 anos	0.53	(0.28-1.02)		0.49	(0.30-0.81)	
> 11 anos	0.54	(0.23-1.30)	0.173	0.38	(0.21-0.69)	0.002
Renda familiar						
≤ 2 salários mínimos	1.00					
>2 ≤ 5 salários mínimos	0.61	(0.37-0.99)				
> 5 salários mínimos	0.36	(0.18-0.75)	0.006		#	
Número de pessoas que moram na casa						
≤ 4 pessoas	1.00					
> 4 pessoas	0.92	(0.50-1.67)	0.788		#	
Mãe trabalhou fora de casa nos primeiros 2 anos da criança						
Sim	1.00			1.00		
Não	0.66	(0.38-1.16)	0.156	0.54	(0.30-0.96)	0.037
Estado Civil						
Solteira/Divorciada	1.00					
Casada	0.99	(0.59-1.65)	0.978		#	
Nível 3: Comportamentos de saúde						
Aleitamento materno prolongado						
≤ 2 anos	1.00			1.00		
> 2 anos	2.03	(1.12-3.69)	0.019	2.15	(1.16-3.96)	0.014
Mãe concorda que a criança consegue escovar seus dentes sozinha						
Concorda	1.00					
Discorda	0.82	(0.44-1.53)	0.543		#	
Frequência de escovações realizadas pela mãe						
Mais de uma vez ao dia	1.00			1.00		
Pelo menos uma vez ao dia	1.66	(1.03-2.65)	0.035	1.54	(0.98-2.42)	0.057
Às vezes/Nunca	1.58	(0.76-3.25)	0.213	1.40	(0.69-2.86)	0.348
Nível 4: Condições bucais						
Cárie precoce da infância						
Livre de cárie/não cavitada	1.00			1.00		
Lesões cavitadas (ICDAS≥3)	2.18	(1.34-3.54)	0.002	2,21	(1.43-3.41)	0.000
Trauma alvéolo-dentário						
Presença	1.13	(0.70-1.80)	0.608		#	
Ausência	1.00					
Má oclusão						
Presença	1.41	(0.85-2.36)	0.180	1.48	(0.91-2.40)	0.111
Ausência	1.00			1.00		

Referencias:

1. GROUP W. World Health Organization Quality of Life World Health Organization 1994.
2. McGrath C, Broder H, Wilson-Genderson M. Assessing the impact of oral health on the life quality of children: implications for research and practice. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2004 Apr;32(2):81-5.
3. Sicho L, Broder HL. Oral health-related quality of life: what, why, how, and future implications. *J Dent Res.* 2011 Nov;90(11):1264-70.
4. Weintraub JA. Uses of oral health related quality of life measures in Public Health. *Community Dent Health.* 1998 Mar;15(1):8-12.
5. Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Health.* 1994 Mar;11(1):3-11.
6. Atchison KA, Dolan TA. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *J Dent Educ.* 1990 Nov;54(11):680-7.
7. Leao A, Sheiham A. The development of a socio-dental measure of dental impacts on daily living. *Community Dent Health.* 1996 Mar;13(1):22-6.
8. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1997 Aug;25(4):284-90.
9. Slade GD. Oral impacts on daily performances: measuring oral health and quality of life. North Carolina: Department of Dental Ecology, School of Dentistry, University of North Carolina 1997.
10. Kramer PF, Feldens CA, Ferreira SH, Bervian J, Rodrigues PH, Peres MA. Exploring the impact of oral diseases and disorders on quality of life of preschool children. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2013 Aug;41(4):327-35.
11. Martins-Junior PA, Vieira-Andrade RG, Correa-Faria P, Oliveira-Ferreira F, Marques LS, Ramos-Jorge ML. Impact of early childhood caries on the oral health-related quality of life of preschool children and their parents. *Caries Res.* 2013;47(3):211-8.
12. Abanto J, Carvalho TS, Mendes FM, Wanderley MT, Bonecker M, Raggio DP. Impact of oral diseases and disorders on oral health-related quality of life of preschool children. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2011 Apr;39(2):105-14.

13. Scarpelli AC, Paiva SM, Viegas CM, Carvalho AC, Ferreira FM, Pordeus IA. Oral health-related quality of life among Brazilian preschool children. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2013 Aug;41(4):336-44.
14. Goettems ML, Ardenghi TM, Romano AR, Demarco FF, Torriani DD. Influence of maternal dental anxiety on oral health-related quality of life of preschool children. *Qual Life Res.* 2011 Aug;20(6):951-9.
15. Brasil MdSd. Projeto SB Brasil 2003: Condições de Saúde Bucal da População Brasileira. 2003.
16. Carvalho TS, Abanto J, Mendes FM, Raggio DP, Bonecker M. Association between parental guilt and oral health problems in preschool children. *Braz Oral Res.* 2013 Nov-Dec;26(6):557-63.
17. Pahel BT, Rozier RG, Slade GD. Parental perceptions of children's oral health: the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). *Health Qual Life Outcomes.* 2007;5:6.
18. Martins-Junior PA, Ramos-Jorge J, Paiva SM, Marques LS, Ramos-Jorge ML. Validations of the Brazilian version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). *Cad Saude Publica.* 2012 Feb;28(2):367-74.
19. Tesch FC, Oliveira BH, Leao A. [Semantic equivalence of the Brazilian version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale]. *Cad Saude Publica.* 2008 Aug;24(8):1897-909.
20. Scarpelli AC, Oliveira BH, Tesch FC, Leao AT, Pordeus IA, Paiva SM. Psychometric properties of the Brazilian version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale (B-ECOHIS). *BMC Oral Health.* 2011;11:19.
21. Mattila ML, Rautava P, Sillanpaa M, Paunio P. Caries in five-year-old children and associations with family-related factors. *J Dent Res.* 2000 Mar;79(3):875-81.
22. Mattila ML, Rautava P, Ojanlatva A, Paunio P, Hyssala L, Helenius H, et al. Will the role of family influence dental caries among seven-year-old children? *Acta Odontol Scand.* 2005 Apr;63(2):73-84.
23. Skeie MS, Espelid I, Riordan PJ, Klock KS. Caries increment in children aged 3-5 years in relation to parents' dental attitudes: Oslo, Norway 2002 to 2004. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2008 Oct;36(5):441-50.

24. Piovesan C, Mendes FM, Antunes JL, Ardenghi TM. Inequalities in the distribution of dental caries among 12-year-old Brazilian schoolchildren. *Braz Oral Res.* 2011 Jan-Feb;25(1):69-75.
25. Schroth RJ, Halchuk S, Star L. Prevalence and risk factors of caregiver reported Severe Early Childhood Caries in Manitoba First Nations children: results from the RHS Phase 2 (2008-2010). *Int J Circumpolar Health.* 2013;72.
26. de Paula JS, Leite IC, de Almeida AB, Ambrosano GM, Mialhe FL. The impact of socioenvironmental characteristics on domains of oral health-related quality of life in Brazilian schoolchildren. *BMC Oral Health.* 2013;13:10.
27. Paula JS, Leite IC, Almeida AB, Ambrosano GM, Pereira AC, Mialhe FL. The influence of oral health conditions, socioeconomic status and home environment factors on schoolchildren's self-perception of quality of life. *Health Qual Life Outcomes.* 2012;10:6.
28. Piovesan C, Marquezan M, Kramer PF, Bonecker M, Ardenghi TM. Socioeconomic and clinical factors associated with caregivers' perceptions of children's oral health in Brazil. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2011 Jun;39(3):260-7.
29. Skeie MS, Riordan PJ, Klock KS, Espelid I. Parental risk attitudes and caries-related behaviours among immigrant and western native children in Oslo. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2006 Apr;34(2):103-13.
30. Folayan MO, Sowole CA, Owotade FJ, Sote E. Impact of infant feeding practices on caries experience of preschool children. *J Clin Pediatr Dent.* 2010 Summer;34(4):297-301.
31. Ferreira SH, Beria JU, Kramer PF, Feldens EG, Feldens CA. Dental caries in 0- to 5-year-old Brazilian children: prevalence, severity, and associated factors. *Int J Paediatr Dent.* 2007 Jul;17(4):289-96.
32. Pitts N. "ICDAS"-- an international system for caries detection and assessment being developed to facilitate caries epidemiology, research and appropriate clinical management. *Community Dent Health.* 2004 Sep;21(3):193-8.
33. Mendes FM, Braga MM, Oliveira LB, Antunes JL, Ardenghi TM, Bonecker M. Discriminant validity of the International Caries Detection and Assessment System (ICDAS) and comparability with World Health Organization criteria in a cross-sectional study. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2010 Oct;38(5):398-407.

34. Traebert J, Marcon KB, Lacerda JT. [Prevalence of traumatic dental injuries and associated factors in schoolchildren of Palhoca, Santa Catarina State]. *Cien Saude Colet*. 2010 Jun;15 Suppl 1:1849-55.
35. Grabowski R, Stahl F, Gaebel M, Kundt G. Relationship between occlusal findings and orofacial myofunctional status in primary and mixed dentition. Part I: Prevalence of malocclusions. *J Orofac Orthop*. 2007 Jan;68(1):26-37.
36. Jokovic A, Locker D, Stephens M, Kenny D, Tompson B, Guyatt G. Validity and reliability of a questionnaire for measuring child oral-health-related quality of life. *J Dent Res*. 2002 Jul;81(7):459-63.
37. Leal SC, Bronkhorst EM, Fan M, Frencken JE. Untreated cavitated dentine lesions: impact on children's quality of life. *Caries Res*. 2012;46(2):102-6.
38. de Amorim RG, Figueiredo MJ, Leal SC, Mulder J, Frencken JE. Caries experience in a child population in a deprived area of Brazil, using ICDAS II. *Clin Oral Investig*. Apr;16(2):513-20.
39. Tinanoff N, Reisine S. Update on early childhood caries since the Surgeon General's Report. *Acad Pediatr*. 2009 Nov-Dec;9(6):396-403.
40. Cortes MI, Marcenes W, Sheiham A. Impact of traumatic injuries to the permanent teeth on the oral health-related quality of life in 12-14-year-old children. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2002 Jun;30(3):193-8.
41. Berger TD, Kenny DJ, Casas MJ, Barrett EJ, Lawrence HP. Effects of severe dentoalveolar trauma on the quality-of-life of children and parents. *Dent Traumatol*. 2009 Oct;25(5):462-9.
42. Porritt JM, Rodd HD, Ruth Baker S. Quality of life impacts following childhood dentoalveolar trauma. *Dent Traumatol*. 2011 Feb;27(1):2-9.
43. Porritt JM, Rodd HD, Baker SR. Parental quality-of-life impacts following children's dentoalveolar trauma. *Dent Traumatol*. 2013 Apr;29(2):92-8.
44. Traebert J, Lacerda JT, Foster Page LA, Thomson WM, Bortoluzzi MC. Impact of traumatic dental injuries on the quality of life of schoolchildren. *Dent Traumatol*. 2012 Dec;28(6):423-8.

45. Castilho AR, Mialhe FL, Barbosa Tde S, Puppim-Rontani RM. Influence of family environment on children's oral health: a systematic review. *J Pediatr (Rio J)*. 2013 Mar-Apr;89(2):116-23.
46. Delgado C, Matijasevich A. Breastfeeding up to two years of age or beyond and its influence on child growth and development: a systematic review. *Cad Saude Publica*. 2013 Feb;29(2):243-56.
47. Mazet P, Stoleru S. *Manual de psicopatologia do recém-nascido*. Artes Médicas; 1990.
48. Winnicott DW. *Da pediatria a psicanalise: obras escolhidas . imago*; 2000.
49. Locker D. Disparities in oral health-related quality of life in a population of Canadian children. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2007 Oct;35(5):348-56.
50. Agou S, Locker D, Muirhead V, Tompson B, Streiner DL. Does psychological well-being influence oral-health-related quality of life reports in children receiving orthodontic treatment? *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. Mar;139(3):369-77.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudos que avaliam qualidade de vida relacionada à saúde bucal têm sido cada vez mais frequentes, visto a necessidade contemporânea de visualizar o paciente além de suas condições clínicas estritas, entendendo o contexto em que ele vive. Estudos realizados com a população infantil demonstraram que as condições bucais, principalmente a cárie precoce da infância, impactam de forma negativa a qualidade de vida relacionada à saúde bucal das crianças e suas famílias. Da mesma forma, alguns estudos relatam que questões socioeconômicas também impactam de forma negativa a percepção dos pais sobre a qualidade de vida relacionada à saúde bucal de seus filhos. O presente estudo foi desenvolvido com o objetivo de avaliar a existência de associações entre qualidade de vida relacionada à saúde bucal, os principais problemas bucais que acometem crianças em idade pré-escolar (cárie precoce da infância, má oclusão e traumatismo dentoalveolar), características socioeconômicas e comportamentos maternos em crianças em idade pré-escolar.

Foi possível observar que dentre as condições bucais avaliadas, somente a presença da cárie precoce da infância, na forma de lesões cariosas cavitadas, esteve associada ao desfecho. O domínio dos sintomas, relacionado à dor nos dentes ou na boca foi o domínio mais frequentemente relatado como causador de impactos na QVRSB na subescala das crianças, e o sentimento de culpa foi a questão mais citada na subescala relacionada aos pais, o que nos faz refletir que somente na forma mais severa da doença, quando a criança apresenta sintomatologia dolorosa, é que os pais começam a perceber a real condição bucal dos filhos.

O presente trabalho mostrou que a escolaridade materna e o fato da mãe ter trabalhado fora nos primeiros dois anos da criança estavam significativamente associados a impactos negativos na QVRSB. Em relação aos comportamentos maternos, somente o aleitamento materno prolongado se manteve significativo no modelo ajustado da regressão de Poisson.

Os resultados demonstram que além das condições bucais das crianças e das características socioeconômicas da família, os comportamentos maternos relacionados à saúde da criança influenciam a percepção das mães em relação à QVRSB de seus filhos. Esses dados reforçam a necessidade de melhorar o entendimento das condições

buciais que afetam a qualidade de vida de crianças em idade pré-escolar e melhorar o planejamento de políticas públicas, focando mais a atenção para essa faixa etária e suas respectivas mães.

REFERÊNCIAS

1. The World Health Organization quality of life instruments. WHOQOL - measuring quality of life; Geneva: World Health Organization; 1994.
2. GROUP W. World Health Organization Quality of Life World Health Organization 1994.
3. Locker D. Measuring oral health: a conceptual framework. *Community Dent Health*. 1988 Mar;5(1):3-18.
4. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century--the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2003 Dec;31 Suppl 1:3-23.
5. McGrath C, Broder H, Wilson-Genderson M. Assessing the impact of oral health on the life quality of children: implications for research and practice. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2004 Apr;32(2):81-5.
6. Slade GD. Assessing change in quality of life using the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1998 Feb;26(1):52-61.
7. Tesch FC, Oliveira BH, Leao A. [Measuring the impact of oral health problems on children's quality of life: conceptual and methodological issues]. *Cad Saude Publica*. 2007 Nov;23(11):2555-64.
8. Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. [Application of the Portuguese version of the instrument for the assessment of quality of life of the World Health Organization (WHOQOL-100)]. *Rev Saude Publica*. 1999 Apr;33(2):198-205.
9. Locker D. Applications of self-reported assessments of oral health outcomes. *J Dent Educ*. 1996 Jun;60(6):494-500.
10. Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Health*. 1994 Mar;11(1):3-11.
11. Atchison KA, Dolan TA. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *J Dent Educ*. 1990 Nov;54(11):680-7.
12. Leao A, Sheiham A. The development of a socio-dental measure of dental impacts on daily living. *Community Dent Health*. 1996 Mar;13(1):22-6.
13. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1997 Aug;25(4):284-90.

14. Slade GD. Oral impacts on daily performances: measuring oral health and quality of life. North Carolina: Department of Dental Ecology, School of Dentistry, University of North Carolina 1997.
15. Kressin N, Spiro A, 3rd, Bosse R, Garcia R, Kazis L. Assessing oral health-related quality of life: findings from the normative aging study. *Med Care*. 1996 May;34(5):416-27.
16. Cortes MI, Marcenes W, Sheiham A. Impact of traumatic injuries to the permanent teeth on the oral health-related quality of life in 12-14-year-old children. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2002 Jun;30(3):193-8.
17. Ferreira CA, Loureiro CA, Araujo VE. [Psychometrics properties of subjective indicator in children]. *Rev Saude Publica*. 2004 Jun;38(3):445-52.
18. Pal DK. Quality of life assessment in children: a review of conceptual and methodological issues in multidimensional health status measures. *J Epidemiol Community Health*. 1996 Aug;50(4):391-6.
19. Jokovic A, Locker D, Stephens M, Kenny D, Tompson B, Guyatt G. Validity and reliability of a questionnaire for measuring child oral-health-related quality of life. *J Dent Res*. 2002 Jul;81(7):459-63.
20. Broder HL, McGrath C, Cisneros GJ. Questionnaire development: face validity and item impact testing of the Child Oral Health Impact Profile. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2007 Aug;35 Suppl 1:8-19.
21. Gherunpong S, Tsakos G, Sheiham A. Developing and evaluating an oral health-related quality of life index for children; the CHILD-OIDP. *Community Dent Health*. 2004 Jun;21(2):161-9.
22. Pahel BT, Rozier RG, Slade GD. Parental perceptions of children's oral health: the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). *Health Qual Life Outcomes*. 2007;5:6.
23. Tsakos G, Blair YI, Yusuf H, Wright W, Watt RG, Macpherson LM. Developing a new self-reported scale of oral health outcomes for 5-year-old children (SOHO-5). *Health Qual Life Outcomes*. 2012;10:62.
24. Jokovic A, Locker D, Stephens M, Kenny D, Tompson B, Guyatt G. Measuring parental perceptions of child oral health-related quality of life. *J Public Health Dent*. 2003 Spring;63(2):67-72.

25. Jokovic A, Locker D, Guyatt G. Short forms of the Child Perceptions Questionnaire for 11-14-year-old children (CPQ11-14): development and initial evaluation. *Health Qual Life Outcomes*. 2006;4:4.
26. Filstrup SL, Briskie D, da Fonseca M, Lawrence L, Wandera A, Inglehart MR. Early childhood caries and quality of life: child and parent perspectives. *Pediatr Dent*. 2003 Sep-Oct;25(5):431-40.
27. Huntington NL, Spetter D, Jones JA, Rich SE, Garcia RI, Spiro A, 3rd. Development and validation of a measure of pediatric oral health-related quality of life: the POQL. *J Public Health Dent*. Summer;71(3):185-93.
28. Abanto J, Carvalho TS, Mendes FM, Wanderley MT, Bonecker M, Raggio DP. Impact of oral diseases and disorders on oral health-related quality of life of preschool children. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2011 Apr;39(2):105-14.
29. Li S, Malkinson S, Veronneau J, Allison PJ. Testing responsiveness to change for the early childhood oral health impact scale (ECOHIS). *Community Dent Oral Epidemiol*. 2008 Dec;36(6):542-8.
30. Peker K, Uysal O, Bermek G. Cross - cultural adaptation and preliminary validation of the Turkish version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale among 5-6-year-old children. *Health Qual Life Outcomes*. Dec 22;9(1):118.
31. Lee GH, McGrath C, Yiu CK, King NM. Sensitivity and responsiveness of the Chinese ECOHIS to dental treatment under general anaesthesia. *Community Dent Oral Epidemiol*. Aug;39(4):372-7.
32. Scarpelli AC, Oliveira BH, Tesch FC, Leao AT, Pordeus IA, Paiva SM. Psychometric properties of the Brazilian version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale (B-ECOHIS). *BMC Oral Health*. 11:19.
33. Martins-Junior PA, Ramos-Jorge J, Paiva SM, Marques LS, Ramos-Jorge ML. Validations of the Brazilian version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). *Cad Saude Publica*. 2012 Feb;28(2):367-74.
34. Misra S, Tahmassebi JF, Brosnan M. Early childhood caries--a review. *Dent Update*. 2007 Nov;34(9):556-8, 61-2, 64.
35. Policy on early childhood caries (ECC): classifications, consequences, and preventive strategies. *Pediatric Dentistry*. 2008;30(7 suppl):40-3.

36. Gradella CM, Bernabe E, Bonecker M, Oliveira LB. Caries prevalence and severity, and quality of life in Brazilian 2- to 4-year-old children. *Community Dent Oral Epidemiol.* Dec;39(6):498-504.
37. Brasil MdSd. Projeto SB Brasil 2003: Condições de Saúde Bucal da População Brasileira. 2003.
38. Feitosa S, Colares V, Pinkham J. The psychosocial effects of severe caries in 4-year-old children in Recife, Pernambuco, Brazil. *Cad Saude Publica.* 2005 Sep-Oct;21(5):1550-6.
39. Acharya S, Tandon S. The effect of early childhood caries on the quality of life of children and their parents. *Contemp Clin Dent.* 2011 Apr;2(2):98-101.
40. Goettens ML, Ardenghi TM, Romano AR, Demarco FF, Torriani DD. Influence of maternal dental anxiety on oral health-related quality of life of preschool children. *Qual Life Res.* 2011 Aug;20(6):951-9.
41. Scarpelli AC, Oliveira BH, Tesch FC, Leao AT, Pordeus IA, Paiva SM. Psychometric properties of the Brazilian version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale (B-ECOHIS). *BMC Oral Health.* 2011;11:19.
42. Carvalho TS, Abanto J, Mendes FM, Raggio DP, Bonecker M. Association between parental guilt and oral health problems in preschool children. *Braz Oral Res.* 2013 Nov-Dec;26(6):557-63.
43. Martins-Junior PA, Vieira-Andrade RG, Correa-Faria P, Oliveira-Ferreira F, Marques LS, Ramos-Jorge ML. Impact of early childhood caries on the oral health-related quality of life of preschool children and their parents. *Caries Res.* 2013;47(3):211-8.
44. Kramer PF, Feldens CA, Ferreira SH, Bervian J, Rodrigues PH, Peres MA. Exploring the impact of oral diseases and disorders on quality of life of preschool children. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2013 Aug;41(4):327-35.
45. Scarpelli AC, Paiva SM, Viegas CM, Carvalho AC, Ferreira FM, Pordeus IA. Oral health-related quality of life among Brazilian preschool children. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2013 Aug;41(4):336-44.
46. Garcia-Godoy F, Dipres FM, Lora IM, Vidal ED. Traumatic dental injuries in children from private and public schools. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1986 Oct;14(5):287-90.

47. Cardoso M, de Carvalho Rocha MJ. Traumatized primary teeth in children assisted at the Federal University of Santa Catarina, Brazil. *Dent Traumatol.* 2002 Jun;18(3):129-33.
48. Viegas CM, Scarpelli AC, Carvalho AC, Ferreira Fde M, Pordeus IA, Paiva SM. Impact of traumatic dental injury on quality of life among Brazilian preschool children and their families. *Pediatr Dent.* 2012 Jul-Aug;34(4):300-6.
49. Viegas CM, Scarpelli AC, Carvalho AC, Ferreira FM, Pordeus IA, Paiva SM. Predisposing factors for traumatic dental injuries in Brazilian preschool children. *Eur J Paediatr Dent.* 2010 Jun;11(2):59-65.
50. Porritt JM, Rodd HD, Ruth Baker S. Quality of life impacts following childhood dentoalveolar trauma. *Dent Traumatol.* Feb;27(1):2-9.
51. Aldrigui JM, Abanto J, Carvalho TS, Mendes FM, Wanderley MT, Bonecker M, et al. Impact of traumatic dental injuries and malocclusions on quality of life of young children. *Health Qual Life Outcomes.*9:78.
52. Carvalho JC, Vinker F, Declerck D. Malocclusion, dental injuries and dental anomalies in the primary dentition of Belgian children. *Int J Paediatr Dent.* 1998 Jun;8(2):137-41.
53. Mestrinho HD, Bezerra AC, Carvalho JC. Traumatic dental injuries in Brazilian pre-school children. *Braz Dent J.* 1998;9(2):101-4.
54. Robson F, Ramos-Jorge ML, Bendo CB, Vale MP, Paiva SM, Pordeus IA. Prevalence and determining factors of traumatic injuries to primary teeth in preschool children. *Dent Traumatol.* 2009 Feb;25(1):118-22.
55. Berger TD, Kenny DJ, Casas MJ, Barrett EJ, Lawrence HP. Effects of severe dentoalveolar trauma on the quality-of-life of children and parents. *Dent Traumatol.* 2009 Oct;25(5):462-9.
56. Porritt JM, Rodd HD, Ruth Baker S. Quality of life impacts following childhood dentoalveolar trauma. *Dent Traumatol.* 2011 Feb;27(1):2-9.
57. Porritt JM, Rodd HD, Baker SR. Parental quality-of-life impacts following children's dentoalveolar trauma. *Dent Traumatol.* 2013 Apr;29(2):92-8.
58. Ramos-Jorge J, Paiva SM, Tataounoff J, Pordeus IA, Marques LS, Ramos-Jorge ML. Impact of treated/untreated traumatic dental injuries on quality of life among Brazilian schoolchildren. *Dent Traumatol.* 2013 Apr 25.

59. Traebert J, Lacerda JT, Foster Page LA, Thomson WM, Bortoluzzi MC. Impact of traumatic dental injuries on the quality of life of schoolchildren. *Dent Traumatol*. 2012 Dec;28(6):423-8.
60. Aldrigui JM, Abanto J, Carvalho TS, Mendes FM, Wanderley MT, Bonecker M, et al. Impact of traumatic dental injuries and malocclusions on quality of life of young children. *Health Qual Life Outcomes*. 2011;9:78.
61. Carvalho AC, Paiva SM, Scarpelli AC, Viegas CM, Ferreira FM, Pordeus IA. Prevalence of malocclusion in primary dentition in a population-based sample of Brazilian preschool children. *Eur J Paediatr Dent*. Jun;12(2):107-11.
62. Kadkhoda S, Nedjat S, Shirazi M. Comparison of oral-health-related quality of life during treatment with headgear and functional appliances. *Int J Paediatr Dent*. Sep;21(5):369-73.
63. Scapini A, Feldens CA, Ardenghi TM, Kramer PF. Malocclusion impacts adolescents' oral health-related quality of life. *Angle Orthod*. 2013 May;83(3):512-8.
64. Frejman MW, Vargas IA, Rosing CK, Closs LQ. Dentofacial deformities are associated with lower degrees of self-esteem and higher impact on oral health-related quality of life: results from an observational study involving adults. *J Oral Maxillofac Surg*. 2013 Apr;71(4):763-7.
65. Sardenberg F, Martins MT, Bendo CB, Pordeus IA, Paiva SM, Auad SM, et al. Malocclusion and oral health-related quality of life in Brazilian school children. *Angle Orthod*. 2013 Jan;83(1):83-9.
66. Liu Z, McGrath C, Hagg U. The impact of malocclusion/orthodontic treatment need on the quality of life. A systematic review. *Angle Orthod*. 2009 May;79(3):585-91.
67. Baker SR, Gibson B, Locker D. Is the oral health impact profile measuring up? Investigating the scale's construct validity using structural equation modelling. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2008 Dec;36(6):532-41.
68. Barbosa TS, Gavião MB. Oral health-related quality of life in children: part II. Effects of clinical oral health status. A systematic review. *Int J Dent Hyg*. 2008 May;6(2):100-7.
69. Locker D. Disparities in oral health-related quality of life in a population of Canadian children. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2007 Oct;35(5):348-56.

70. Piovesan C, Abella C, Ardenghi TM. Child oral health-related quality of life and socioeconomic factors associated with traumatic dental injuries in schoolchildren. *Oral Health Prev Dent*. 2013;9(4):405-11.
71. Piovesan C, Marquezan M, Kramer PF, Bonecker M, Ardenghi TM. Socioeconomic and clinical factors associated with caregivers' perceptions of children's oral health in Brazil. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2011 Jun;39(3):260-7.
72. Skeie MS, Riordan PJ, Klock KS, Espelid I. Parental risk attitudes and caries-related behaviours among immigrant and western native children in Oslo. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2006 Apr;34(2):103-13.
73. Fisher-Owens SA, Gansky SA, Platt LJ, Weintraub JA, Soobader MJ, Bramlett MD, et al. Influences on children's oral health: a conceptual model. *Pediatrics*. 2007 Sep;120(3):e510-20.
74. Piovesan C, Mendes FM, Antunes JL, Ardenghi TM. Inequalities in the distribution of dental caries among 12-year-old Brazilian schoolchildren. *Braz Oral Res*. 2011 Jan-Feb;25(1):69-75.
75. Castilho AR, Mialhe FL, Barbosa Tde S, Puppim-Rontani RM. Influence of family environment on children's oral health: a systematic review. *J Pediatr (Rio J)*. 2013 Mar-Apr;89(2):116-23.
76. Navarro MF, Modena KC, Bresciani E. Social disparity and oral health. *Braz Oral Res*. 2012;26 Suppl 1:17-24.
77. de Paula JS, Leite IC, de Almeida AB, Ambrosano GM, Mialhe FL. The impact of socioenvironmental characteristics on domains of oral health-related quality of life in Brazilian schoolchildren. *BMC Oral Health*. 2013;13:10.
78. Paula JS, Leite IC, Almeida AB, Ambrosano GM, Pereira AC, Mialhe FL. The influence of oral health conditions, socioeconomic status and home environment factors on schoolchildren's self-perception of quality of life. *Health Qual Life Outcomes*. 2012;10:6.
79. Piovesan C, Antunes JL, Guedes RS, Ardenghi TM. Impact of socioeconomic and clinical factors on child oral health-related quality of life (COHRQoL). *Qual Life Res*. 2010 Nov;19(9):1359-66.
80. Mattila ML, Rautava P, Sillanpaa M, Paunio P. Caries in five-year-old children and associations with family-related factors. *J Dent Res*. 2000 Mar;79(3):875-81.

81. Mattila ML, Rautava P, Ojanlatva A, Paunio P, Hyssala L, Helenius H, et al. Will the role of family influence dental caries among seven-year-old children? *Acta Odontol Scand*. 2005 Apr;63(2):73-84.
82. Poutanen R, Lahti S, Tolvanen M, Hausen H. Parental influence on children's oral health-related behavior. *Acta Odontol Scand*. 2006 Oct;64(5):286-92.
83. Skeie MS, Espelid I, Riordan PJ, Klock KS. Caries increment in children aged 3-5 years in relation to parents' dental attitudes: Oslo, Norway 2002 to 2004. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2008 Oct;36(5):441-50.
84. Saied-Moallemi Z, Virtanen JI, Ghofranipour F, Murtomaa H. Influence of mothers' oral health knowledge and attitudes on their children's dental health. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2008 Jun;9(2):79-83.
85. Folayan MO, Sowole CA, Owotade FJ, Sote E. Impact of infant feeding practices on caries experience of preschool children. *J Clin Pediatr Dent*. 2010 Summer;34(4):297-301.

ANEXOS E APÊNDICES

ANEXO A – Versão Brasileira do ECOHIS

ECOHIS

Nome da Criança

Nome da mãe

Problemas com dentes, boca ou maxilares (ossos da boca) e seus tratamentos podem afetar o bem-estar e a vida diária das crianças e suas famílias. Para cada uma das seguintes questões perguntadas pelo entrevistador, por favor, indique no quadro de opções de resposta a que melhor descreve as experiências da sua criança ou sua própria. Considere toda a vida da criança, desde o nascimento até agora, quando responder cada pergunta.

1. Sua criança já sentiu dores nos dentes, boca ou nos maxilares (ossos da boca)?

(1) Nunca

(2) Quase nunca

(3) Às vezes (de vez em quando)

(4) Com frequência

(5) Com muita frequência

(6) Não sei

2. 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 (de vez em quando)

(4) Com frequência

(5) Com muita frequência

(6) Não sei

3. Sua criança já teve dificuldade para comer certos alimentos devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?

(1) Nunca

(2) Quase nunca

(3) Às vezes (de vez em quando)

(4) Com frequência

(5) Com muita frequência

(6) Não sei

4. Sua criança já teve dificuldade de pronunciar qualquer palavra devido a problemas com os dentes ou tratamento dentário?

(1) Nunca

(2) Quase nunca

(3) Às vezes (de vez em quando)

(4) Com frequência

(5) Com muita frequência

(6) Não sei

5. Sua criança já faltou à creche ou escola devido a problemas com os dentes ou tratamento dentário?

(1) Nunca

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

5 b*. Sua criança já deixou de fazer atividade diária (brincar, pular, correr, ir à creche ou à escolinha, etc) devido a problemas com os dentes ou tratamento dentário?

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

6. Sua criança já teve dificuldade para dormir devido a problemas com os dentes ou tratamento dentário?

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

7. Sua criança já ficou irritada devido a problemas com os dentes ou tratamento dentário?

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

8. Sua criança já evitou sorrir ou rir devido a problemas com os dentes ou tratamento dentário?

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

9. Sua criança já evitou falar devido a problemas com os dentes ou tratamento dentário?

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

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

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

11. Você ou outra pessoa da família já se sentiu culpada devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários da sua criança?

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

12. Você ou outra pessoa da família já faltou ao trabalho devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários da sua criança?

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

(6) Não sei

13. Sua criança já teve problema com os dentes ou fez tratamentos dentários que causaram impacto financeiro na sua família?

(1) Nunca

(2) Quase nunca

(3) Às vezes (de vez em quando)

(4) Com frequência

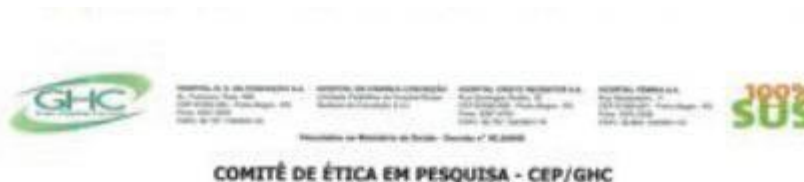
(5) Com muita frequência

(6) Não sei

Média criança-

Média família-

ANEXO B – Aprovação Comitê de Ética



O Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (CEP/GHC), que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS desde 31/10/1997, pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0001105) e pelo FWA - Federalwide Assurance (FWA 00000378), em reunião ordinária realizada em 09 de novembro de 2011, reavaliou o seguinte projeto de pesquisa:

Projeto: 11-196

Versão do Projeto:

Versão do TCLE:

Pesquisadores:

GIANA FREZZO
 PATRÍCIA BLANK LUZ
 JOYANA PEREIRA
 MONIQUE SCAPINELLO
 FERNANDO BORSA DE ARAÚJO

Título: AVALIAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE REPRESENTAÇÃO DE VÍNCULO PARENTAL, DEPRESSÃO E ANSIEDADE MATERNA E CÁRIE PRECOCE DA INFÂNCIA.

Documentação: Aprovados
 Aspectos Metodológicos: Aprovados
 Aspectos Éticos: Aprovados

Parecer final: Este projeto, por estar de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde, obteve o parecer de **APROVADO**.

Considerações Finais:

- Toda e qualquer alteração do projeto, deverá ser comunicada imediatamente ao CEP/GHC.
- Os relatórios parciais e final deverão ser encaminhados para este CEP.
- Salientamos que seu estudo pode ser iniciado a partir desta data.
- Entregue cópia deste documento ao Setor/Serviço onde será realizada a pesquisa.


 Daniel Demétrio Furlino da Silva
 Coordenador-geral do CEP/GHC

Porto Alegre, 10 de novembro de 2011.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você, na condição de pai/mãe ou representante legal de (nome da criança)

_____ está sendo convidado a participar de uma pesquisa de cunho epidemiológico do Curso de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, intitulada:

“AVALIAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE REPRESENTAÇÃO DE VÍNCULO PARENTAL, DEPRESSÃO E ANSIEDADE MATERNA E CÁRIE PRECOCE DA INFÂNCIA”, que tem como objetivo principal avaliar se a depressão e ansiedade maternas estão associadas às práticas de cuidado e à ocorrência de cáries em bebês. O tema escolhido se justifica pela acentuada prevalência de cárie nessa faixa etária (até 5 anos).

O trabalho está sendo realizado pela doutoranda Patricia Blaya Luz e pelas mestrandas Joanna Pereira e Inaiá Bonfadini sob a supervisão e orientação do Prof. Dr. Fernando Borba de Araujo.

Para alcançar os objetivos do estudo será realizada uma entrevista individual,

com duração aproximada de 20 minutos, sobre dados sócio-demográficos e aspectos relacionados a conhecimentos, atitudes e práticas de saúde bucal; será aplicado um questionário sobre sintomas depressivos e de ansiedade e ainda um questionário sobre qualidade de vida relacionada a saúde bucal do bebê. Além disso, a mãe e o bebê terão seus dentes limpos com escova e fio para que se possa realizar exame odontológico para detecção de cárie. Os dados de identificação serão confidenciais e os nomes reservados. Os dados obtidos serão utilizados somente para este estudo, sendo os mesmos armazenados pelo pesquisador principal durante 5 (cinco) anos e após totalmente destruídos (conforme preconiza a Resolução 196/96).

EU _____, (mãe ou representante legal) da criança acima descrita, recebi as informações sobre os objetivos e a importância desta pesquisa de forma clara e autorizo a minha participação, bem como, a participação do(a) mesma(o) na pesquisa.

Declaro que também fui informado:

- Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca dos assuntos relacionados a esta pesquisa;
- De que a minha participação e a participação da criança é voluntária e terei a liberdade de retirar o meu consentimento, a qualquer momento, sem que isto traga prejuízo para a minha vida pessoal e nem para o atendimento prestado a criança.
- Da garantia que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações serão utilizadas somente para fins científicos do presente projeto de pesquisa.
- Sobre o projeto de pesquisa e a forma como será conduzido e que em caso de dúvida ou novas perguntas poderei entrar em contato com a pesquisadora: Patricia Luzl, telefone 3308-5027, email:patriciablaluz@gmail.com e endereço: rua Ramiro Barcelos 5092 – Porto Alegre.
- Também que, se houverem dúvidas quanto a questões éticas, poderei entrar em contato com Daniel Demétrio Faustino da Silva, Coordenador-geral do Comitê de Ética em Pesquisa do GHC pelo telefone 3357-2407, endereço Av. Francisco Trein 596, 3º andar, Bloco H, sala 11 .

Declaro que recebi cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com a pesquisadora.

Porto Alegre, ____, de _____ de 201__.

Assinatura do entrevistado_____

Assinatura da pesquisador(a)_____