

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

Haylla de Faria Horta

**QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL DE CRIANÇAS NA
PRIMEIRA INFÂNCIA ATENDIDAS EM INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR**

Juiz de Fora

2022

Haylla de Faria Horta

**QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL DE CRIANÇAS NA
PRIMEIRA INFÂNCIA ATENDIDAS EM INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR**

Monografia apresentada à Disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora, como parte dos requisitos para obtenção do título de Cirurgiã-Dentista.

Orientadora: Profa. Dra. Fernanda Campos Machado

Juiz de Fora

2022

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Horta, Haylla de Faria.

Qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças na primeira infância atendidas em Instituição de Ensino Superior. / Haylla de Faria Horta. -- 2022.

46 f.

Orientadora: Fernanda Campos Machado

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Odontologia, 2022.

1. Introdução. 2. Objetivos. 3. Metodologia. 4. Resultados. 5. Discussão. 6. Conclusão. Referências. I. Machado, Fernanda Campos, orient. II. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
REITORIA - FACODONTO - Coordenação do Curso de Odontologia

Haylla de Faria Horta

Qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças na primeira infância atendidas em Instituição de Ensino Superior.

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Aprovado em 30 de agosto de 2022.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Fernanda Campos Machado - Orientadora
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof^a Dr^a. Flávia Almeida Ribeiro Scalioni Gonzalez
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof^a. Dr^a. Camila Faria Carrada
Faculdade de Ciências Médicas da Saúde -FCMS/SUPREMA



Documento assinado eletronicamente por **Fernanda Campos Machado, Vice-Chefe de Departamento**, em 30/08/2022, às 14:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Flávia Almeida Ribeiro Scalioni Gonzalez, Professor(a)**, em 30/08/2022, às 14:49, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Camila Faria Carrada, Usuário Externo**, em 30/08/2022, às 15:30, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Uffj (www2.uffj.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **0911304** e o código CRC **E959505F**.

*Dedico este trabalho à minha mãe, **Simoni**,
cujo empenho em educar a mim e ao meu irmão sempre
vieram em primeiro lugar.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha mãe, Simoni, que sempre esteve ao meu lado nos momentos mais difíceis e felizes da minha vida. Sou eternamente grata pelo amor, carinho e pela educação que me proporcionou.

Ao meu irmão Hyago, por estar ao meu lado nessa jornada ao estudar fora de nossa cidade natal. Obrigada por deixar tudo mais leve.

À minha avó Maria Inez, por ter um importante papel na pessoa que me tornei hoje.

Ao meu amor Aison, por todo carinho, paciência, por sempre me apoiar e acreditar em mim. Obrigada por entender as minhas ausências e por cada momento especial vivido ao seu lado.

A todos os meus amigos, pela amizade, companheirismo em todos os momentos e por cada história e risada compartilhada.

À minha orientadora Fernanda, obrigada pelo apoio, por todas as oportunidades de trabalhar e aprender com você, seja nas atividades de extensão ou em sala, agradeço por compartilhar seu conhecimento comigo, tornando possível a realização desse trabalho.

Aos membros desta banca examinadora, meus sinceros agradecimentos pelo aceite ao convite e por fazer parte deste momento tão especial para mim, suas preciosas considerações serão muito bem-vindas.

RESUMO

Alterações na cavidade bucal de crianças pré-escolares, como cárie dentária, dor de dente, traumatismos e má oclusão, podem afetar sua saúde geral bem como a sua qualidade de vida e de sua família. Como essas alterações podem restringir suas atividades diárias normais, a identificação de fatores que possam afetar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal é de suma importância e pode auxiliar profissionais na tomada de decisões. O objetivo deste estudo foi avaliar o impacto da condição de saúde bucal de crianças na primeira infância sobre a sua qualidade de vida e a da sua família segundo a percepção de seus pais e/ou cuidadores. Este estudo retrospectivo transversal analisou os prontuários de crianças com menos de 54 meses de idade, que foram atendidas em Instituição de Ensino Superior em Juiz de Fora, MG, Brasil. Os pais ou responsáveis pela criança responderam um questionário sobre qualidade de vida relacionado à saúde-bucal (B-ECOHIS) e um questionário sobre condição sócio-econômica. Ademais, foram coletados os dados do prontuário individual da criança referente a: dados pessoais (idade e sexo); anamnese, com dados sobre hábitos nocivos (sucção digital e/ou de chupeta), hábitos alimentares (aleitamento natural/ artificial e consumo de açúcar) e histórico odontológico (história de traumatismo dentário); exame físico (análise oclusal); e odontograma (presença/ausência de cárie e ceo-d). Os dados foram organizados no programa SPSS e foram realizadas as análises descritiva e estatística, utilizando o teste qui-quadrado de Pearson, Regressão Logística e Regressão de Poisson com nível de significância de 5%. Foram avaliados 49 prontuários de crianças atendidas entre agosto de 2019 e março de 2020. A maioria das crianças (71,40%) não apresentava cárie dentária, 16,33% apresentavam alterações oclusais e 46,94% tiveram história de traumatismo. Houve uma associação estatisticamente significativa entre a experiência de cárie dentária e o aumento da idade, a baixa escolaridade dos responsáveis e o hábito de sucção de chupeta. O estudo revelou que a QVRSB não foi associada às características demográficas, socioeconômicas, comportamentais e clínicas das crianças menores de 54 meses de idade avaliadas. A experiência de cárie dentária foi associada aos seguintes fatores: idade da criança, escolaridade do responsável e sucção de chupeta.

Palavras-chave: Qualidade de vida. Saúde bucal. Pré-escolares. Pais.

ABSTRACT

Changes in the oral cavity of preschool children, such as dental caries, toothache, trauma and malocclusion, can affect their general health as well as their quality of life and their families. As these changes can restrict their normal daily activities, the identification of factors that can affect the quality of life related to oral health is of paramount importance and can help professionals in decision making. The aim of this study was to evaluate the impact of children's oral health condition in early childhood on their quality of life and their families according to the perception of their parents and/or caregivers. This retrospective cross-sectional study analyzed the medical records of children under 54 months of age who were attended at a Higher Education Institution in Juiz de Fora, MG, Brazil. The child's parents or guardians answered a questionnaire on quality of life related to oral health (B-ECOHIS) and a questionnaire on socioeconomic status. In addition, data were collected from the child's individual medical record referring to: personal data (age and sex); anamnesis, with data on harmful habits (digital and/or pacifier sucking), eating habits (natural/artificial breastfeeding and sugar consumption) and dental history (history of dental trauma); physical examination (occlusal analysis); and odontogram (presence/absence of caries and dmft). Data were organized in the SPSS program and descriptive and statistical analyzes were performed, using Pearson's chi-square test, Logistic Regression and Poisson Regression with a significance level of 5%. 49 medical records of children treated between August 2019 and March 2020 were evaluated. Most children (71.40%) did not have dental caries, 16.33% had occlusal changes and 46.94% had a history of trauma. There was a statistically significant association between the experience of dental caries and increasing age, low schooling of those responsible and the habit of pacifier sucking. The study revealed that HRQoL was not associated with the demographic, socioeconomic, behavioral and clinical characteristics of the children under 54 months of age evaluated. The experience of dental caries was associated with the following factors: child's age, parent's education and pacifier sucking.

Keywords: Quality of Life. Oral Health. Preschoolers. Parents.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da frequência e análises de razão de chance das variáveis clínicas e socioeconômicas e experiência de cárie dentária (ceod) em crianças de 6-54 meses (n=49).....	20
Tabela 2 - Pontuação média, desvios padrão e variância para a pontuação total do B-ECOHIS em cada seção (n = 49).	21
Tabela 3 - Distribuição de frequência e análise bivariada das variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais, comportamentais e clínicas com o Índice de Qualidade de Vida (B-ECOHIS) em crianças de 6-54 meses (n=49)	22
Tabela 4 - Regressão de Poisson para a associação das variáveis independentes com a sessão impacto na criança, sessão impacto na família e escore total do B-ECOHIS (n=49).....	24

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEPE	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
LDT	Lesões Dentárias Traumáticas
QVRSB	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal
<i>B-ECOHIS</i>	Versão Brasileira <i>do Early Oral Health Scale</i>
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora

LISTA DE SÍMBOLOS

$\%$	Percentual
$<$	Menor
\leq	Menor ou igual
$=$	Igual
$>$	Maior
\geq	Maior ou igual
\pm	Mais ou menos

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVOS	16
2.1	OBJETIVO GERAL	16
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
3	METODOLOGIA	17
3.1	ASPECTOS ÉTICOS	17
3.2	AMOSTRA	17
3.3	COLETA DE DADOS	17
3.4	ANÁLISE DE DADOS	18
4	RESULTADOS	19
5	DISCUSSÃO	25
6	CONCLUSÃO	28
	REFERÊNCIAS	29
	ANEXO A – Aprovação do Projeto de Pesquisa	32
	ANEXO B – Prontuário Odontológico do Projeto Só-Riso	36
	ANEXO C – Questionário da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEPE, 2018)	41
	ANEXO D – Versão Brasileira do <i>Early Childhood Oral Health Impact Scale</i> (B-ECOHIS)	47

1 INTRODUÇÃO

O conceito de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal (QVRSB) corresponde ao impacto que a condição bucal do indivíduo, seja de saúde ou doença, tem sobre seu desempenho diário, seu bem-estar e sua qualidade de vida (ALDRIGUI et al., 2011; GONÇALVES et al., 2017). Problemas bucais e dentários durante a infância podem alterar as atividades diárias normais das crianças, afetando crescimento, peso, vida social, autoestima e aprendizagem desses indivíduos, acarretando um impacto negativo sobre a vida dessas crianças e de seus familiares (GONÇALVES et al., 2017; JABARIFAR et al., 2010).

Dentre as condições de saúde bucal mais prevalentes encontradas na literatura em pacientes infantis e que podem ser associadas com alterações na qualidade de vida, encontram-se a cárie dentária, a dor de dente, o traumatismo dentário, as maloclusões e os sintomas de erupção dentária (ABANTO et al., 2015; FERNANDES et al., 2019; FIRMINO et al., 2016). Ainda, alguns estudos apontaram sobre a influência do tratamento odontológico e de fatores socioeconômicos na QVRSB destes pacientes (ABANTO et al., 2016; ARROW; KLOBAS, 2016; VOLLÚ et al., 2018).

Apesar dos grandes avanços no que se refere à compreensão da influência da saúde bucal sobre a vida dos indivíduos e das comunidades nas quais eles vivem, a avaliação do estado de saúde bucal ainda é predominantemente realizada por meio de exames e de indicadores clínicos, os quais conferem apenas a presença ou ausência da doença e a sua gravidade, não sendo capazes de mensurar o impacto das doenças bucais sobre os indivíduos afetados (KRAMER et al., 2013; RAMOS et al., 2013; TESCH; OLIVEIRA; LEÃO, 2008). Nesse sentido, instrumentos para mensurar a QVRSB em crianças têm sido frequentemente utilizados em conjunto com os exames e indicadores clínicos tradicionais (KRAMER et al., 2013; MARTINS-JÚNIOR et al., 2012; TESCH; OLIVEIRA; LEÃO, 2008).

Esses instrumentos foram desenvolvidos sob a forma de questionários e são denominados de “indicadores sócio-dentais ou de avaliação da qualidade de vida associada à saúde bucal” (TESCH; OLIVEIRA; LEÃO, 2008). Em sua maioria, foram desenvolvidos e direcionados para adultos ou idosos. O número de estudos sobre a qualidade de vida de crianças permanece pequeno em comparação com a vasta

literatura sobre adultos e adolescentes, mesmo ocorrendo um foco nesses estudos nos últimos anos (SCARPELLI et al., 2013), sendo este número inferior em pré-escolares e, menor ainda, em crianças de mais baixa idade (ABANTO et al., 2015; BEKES et al., 2019; FERNANDES et al., 2019).

A versão brasileira do questionário denominado *Early Childhood Oral Health Impact Scale* (B-ECOHIS) é o principal instrumento indicado para avaliar a percepção dos pais/cuidadores sobre o impacto das condições de saúde bucal e seu tratamento na qualidade de vida em crianças menores de cinco anos de idade e de seus familiares (ALDRIGUI et al., 2011; BORDONI et al., 2012; GONÇALVES et al., 2017; MARTINS-JÚNIOR et al., 2012).

Conhecer o impacto das alterações de saúde bucal na qualidade de vida de crianças de baixa idade e de seus familiares possibilita determinar medidas públicas direcionadas à saúde bucal, definir prioridades e usar de forma adequada os recursos disponíveis que visam melhorar as condições de vida do paciente. (CASTRO et al., 2013; FERNANDES et al., 2019; SCARPELLI et al., 2013).

O projeto de extensão “Só-Riso – Atenção Materno Infantil”, da Faculdade de Odontologia da UFJF, atende crianças na primeira infância, tanto em relação a tratamento curativo quanto preventivo, desde os anos de 1999. Com base no que foi dito anteriormente, considera-se de extrema importância a avaliação da qualidade de vida destas crianças a fim de auxiliar no planejamento das estratégias direcionadas a saúde bucal e na definição de prioridades, o que permite o monitoramento dos protocolos de tratamento baseado na perspectiva do paciente e sua família, bem como o esclarecimento da necessidade de exames e diagnóstico em relação às doenças bucais mais prevalentes, como cárie dentária na primeira infância (FERNANDES et al., 2017; KRAMER et al., 2013).

Desta forma, o objetivo do presente estudo foi avaliar o impacto da condição de saúde bucal de crianças na primeira infância, atendidas no Projeto Só-Riso, sobre a sua qualidade de vida e a da sua família, segundo a percepção de seus pais e/ou cuidadores.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o impacto da condição de saúde bucal de crianças com menos de 54 meses de idade sobre a sua qualidade de vida e a da sua família, segundo a percepção de seus pais e/ou cuidadores.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar a condição de saúde bucal das crianças por meio de indicadores clínicos de cárie dentária, má oclusão e traumatismos dentários.
- Determinar o perfil sociodemográfico e comportamental das crianças e de sua família.
- Verificar o impacto da saúde bucal de crianças sobre sua qualidade de vida e de sua família percebida por seus pais/cuidadores por meio da versão brasileira do questionário *Early Childhood Oral Health Impact Scale* (B-ECOHIS).
- Identificar entre as condições bucais e as características sociodemográficas e comportamentais avaliadas aquelas determinantes para uma percepção de impacto negativo de pais/cuidadores sobre a qualidade de vida relacionada à saúde bucal das crianças e sua família.

3 METODOLOGIA

3.1 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo retrospectivo transversal foi conduzido no município de Juiz de Fora, Minas Gerais (MG), Brasil. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) (n. 4.699.267) e todos os participantes concordaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado pelos pais e responsáveis pelos participantes (ANEXO A).

3.2 AMOSTRA

A amostra foi composta por todas as crianças atendidas no Projeto de Extensão Só-Riso – Atenção Materno Infantil da Faculdade de Odontologia da UFJF, no período de agosto de 2019 até março de 2020. No estudo, foram incluídos prontuários e questionários respondidos por pais/responsáveis de crianças entre seis e 54 meses, de ambos os sexos. Foram excluídos do estudo os prontuários com preenchimento inadequado ou incompleto de itens de anamnese, exame clínico ou questionários para avaliação socioeconômica, de escolaridade e de qualidade de vida.

3.3 COLETA DE DADOS

Um pesquisador examinou os prontuários odontológicos individuais das crianças (ANEXO B) e registrou as seguintes informações: dados pessoais (idade e sexo); anamnese, com dados sobre hábitos nocivos (sucção digital e/ou de chupeta), hábitos alimentares (aleitamento natural/ artificial e consumo de açúcar) e histórico odontológico (história de traumatismo dentário); exame físico (análise oclusal); e odontograma (presença/ausência de cárie e ceo-d).

Para a avaliação do nível socioeconômico e do nível de escolaridade, foi utilizado o Questionário da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEPE, 2018) (ANEXO C).

Para verificar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB) foi utilizado a versão brasileira do *Early Childhood Oral Health Impact Scale* (B-ECOHIS) (ANEXO D), composto por 13 itens distribuídos em uma Seção de impacto na criança (SIC) e uma Seção de impacto na família (SIF). A primeira seção é

formada por 4 domínios: sintomas (1 item), função (4 itens), psicologia (2 itens) e auto-imagem/interação social (2 itens). A segunda seção apresenta 2 domínios: sofrimento parental (2 itens) e funcionamento familiar (2 itens). As respostas são registradas de acordo com a frequência que um evento ocorreu na vida da criança. As opções de respostas são codificadas como: 0 = nunca, 1= quase nunca, 2= ocasionalmente, 3= frequentemente, 4= muito frequentemente. A pontuação para cada domínio é calculada por meio de uma soma simples dos escores de cada item. As pontuações do SIC e do SIF são calculadas através de uma simples soma das pontuações em todos os itens em cada seção, variando de 0 a 36 (SIC) e de 0 a 16 (SIF). A pontuação total varia de 0 a 52, com pontuações mais altas denotando maior impacto na saúde bucal e pior QVRS (ALDRIGUI et al., 2011; BORDONI et al., 2012; GONÇALVES et al., 2017; MARTINS-JÚNIOR et al., 2012).

3.4 ANÁLISE DE DADOS

Para as análises estatísticas, a amostra foi dicotomizada em dois grupos: ausência (escores B-ECOHIS = 0) ou presença de impacto (escores B-ECOHIS \geq 1) na QVRSB. Da mesma forma, as seções B-ECOHIS foram dicotomizadas em dois grupos: ausência (escores de Impacto Infantil = 0; Escores de Impacto Familiar = 0) ou presença de impacto (escores de Impacto Infantil \geq 1; Escores de Impacto Familiar \geq 1) na QVRSB.

Os dados foram organizados em um banco de dados no programa estatístico SPSS versão 21.0 para Windows (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). A análise descritiva (frequências absolutas e relativas) foi realizada para todas as variáveis. O teste do qui-quadrado foi utilizado para determinar qualquer associação entre as variáveis dependentes (experiência de cárie e QVRSB) e cada variável independente (demográfica, socioeconômica, comportamental e clínica). Em uma análise bivariada, as variáveis independentes que apresentaram um nível de significância de $p < 0,20$ com a variável dependente experiência de cárie foram incorporadas no modelo final da Regressão Logística (IC: 95%; $p < 0,05$). Em outra análise bivariada, as variáveis independentes que apresentaram um nível de significância de $p < 0,20$ com a variável QVRSB (B-ECOHIS) foram incorporadas no modelo final da Regressão de Poisson (IC: 95%; $p < 0,05$).

4 RESULTADOS

De 57 crianças atendidas no período do estudo, foram avaliados 49 prontuários (87,5%). Oito prontuários foram excluídos por apresentarem preenchimento inadequado ou incompleto.

A idade média dos pré-escolares foi de $30,9 \pm 13,6$ meses e 51,02% (n=25) eram do sexo feminino. Em relação à escolaridade do chefe da família e da classe econômica, 55,1% (n=27) apresentaram mais de 8 anos de estudo e 53,06% (n= 26) foram incluídas nas classes C e/ou D.

Quarenta crianças (81,63%) realizaram aleitamento materno, com média de duração de 14,09 ($\pm 13,73$) meses; a maioria (73,46%; n=36) já apresentou algum hábito de sucção digital e/ou de chupeta; poucas crianças (14,28%; n=7) não fazem consumo de açúcar; e 33 crianças (67,35%) não utilizaram mamadeira noturna.

Em relação à cárie dentária, a maioria das crianças (71,40%; n=35) não apresentava a doença e a média do ceo-d foi de 2,78 ($\pm 4,97$). Em relação a má oclusão e traumatismo dentário, 8 crianças (16,33%) apresentavam alterações oclusais e 23 crianças (46,94%) tiveram história de traumatismo.

A tabela 1 apresenta a distribuição da frequência e análises de razão de chance das variáveis clínicas socioeconômicas e experiência de cárie dentária (ceod) em crianças de 0-54 meses. Crianças maiores de 35 meses de idade tiveram 5,46 vezes mais chance de terem cárie dentária quando comparadas às crianças com 35 meses ou menos (RC=5,46; IC=1,39-21,27). Crianças com responsáveis que tiveram até 8 anos de estudo apresentaram 8 vezes mais chances de terem cárie dentária em comparação com crianças com responsáveis com mais de 8 anos de estudo (RC=8,00; IC=1,85-34,73). Crianças que fizeram sucção de chupeta tiveram 4,50 vezes mais chance de terem cárie dentária, comparadas às crianças que não fizeram sucção de chupeta (RC=4,50; IC=1,20-16,66).

Tabela 1 - Distribuição da frequência e análises de razão de chance das variáveis clínicas e socioeconômicas e experiência de cárie dentária (ceod) em crianças de 6-54 meses (n=49).

Variáveis	n (%)	ceod=0 n (%)	ceod≥1 n (%)	OR (95% IC)	Valor de p*
Sexo					
Feminino	25 (51,02)	20 (40,82)	5 (10,20)	-	
Masculino	24 (48,98)	15 (30,61)	9 (18,37)	1	
Idade					
≤35 meses	28 (57,14)	24 (48,98)	4 (8,16)	1	0,015*
>35 meses	21 (42,86)	21 (22,45)	10 (20,41)	5,464 (1,398-21,276)	
Escolaridade do chefe da família					
Até 8 anos de estudo	22 (44,90)	11 (22,45)	11 (22,45)	8,000 (1,853-34,735)	0,005*
Mais de 8 anos de estudo	27 (55,10)	24 (48,98)	3 (6,12)	1	
Classe econômica					
A	5 (10,20)	5 (10,20)	0 (0)	-	
B	18 (36,74)	17 (34,69)	1 (2,05)	-	
C-D	26 (53,06)	13 (26,53)	13 (26,53)	1	
Já fez sucção de dedo					
Sim	6 (12,24)	6 (12,24)	0 (0)	-	
Não	43 (87,76)	29 (59,19)	14 (28,57)	1	
Já fez sucção de chupeta					
Sim	30 (61,22)	25 (51,02)	5 (10,20)	4,504 (1,206-16,666)	0,025*
Não	19 (38,78)	10 (20,41)	9 (18,37)	1	
Utilizou mamadeira noturna					
Sim	16 (32,65)	11 (22,45)	5 (10,20)	1,212 (0,329-4,472)	0,773
Não	33 (67,35)	24 (48,98)	9 (18,37)	1	
Consome açúcar					
Sim	42 (85,71)	28 (57,14)	14 (28,57)	-	
Não	7 (14,29)	7 (14,29)	0 (0)	1	
Realizou aleitamento materno					
Sim	40 (81,63)	28 (57,14)	11 (22,45)	1	0,911
Não	9 (18,37)	7 (14,29)	3 (6,12)	1,090 (0,238-5,000)	

RC: Razão de Chance; IC: Intervalo de Confiança; * Regressão logística multivariada

Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Trinta e um pais/responsáveis (63,30%) relataram algum impacto negativo na QVRSB de seus filhos e/ou da família (Total B-ECOHIS \geq 1). Vinte e três (46,90%) marcaram pelo menos um item indicando impacto negativo na QVRSB na Sessão Impacto na Criança (SIC \geq 1) e a mesma porcentagem (46,90%) na Sessão Impacto na Família (SIF \geq 1). A tabela 2 mostra a média, desvio padrão e intervalo observados para a pontuação total do B-ECOHIS e para cada seção.

Tabela 2 - Pontuação média, desvios padrão e variância para a pontuação total do B-ECOHIS em cada seção (n = 49).

B-ECOHIS	Média (+DP)	Intervalo Observado
Sessão impacto na criança (SIC)	2,51 (3,634)	0-14
Sessão impacto na criança (SIF)	1,71 (2,746)	0-10
Total B-ECOHIS	4,22 (5,304)	0-20

B-ECOHIS, Versão brasileira do Early Childhood Oral Health Impact Scale.

Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

A tabela 3 mostra as análises bivariadas dos indicadores socioeconômicos, demográficos, comportamentais e clínicos associadas a sessão impacto na criança (SIC), sessão impacto na família (SIF) e escore total do B-ECOHIS. Variáveis experiência de cárie dentária ($p=0,055$), má oclusão ($p=0,125$) e utilizou mamadeira noturna ($p=0,065$) apresentaram $p<0,20$ em associação com a Sessão impacto na criança e foram incorporados ao modelo final de regressão de Poisson. Variáveis experiência de cárie dentária ($p=0,000$) e má oclusão ($p=0,125$) apresentaram $p<0,20$ em associação com a Sessão impacto na família e foram incorporados ao modelo final de regressão de Poisson. E as variáveis experiência de cárie dentária ($p=0,001$) e utilizou mamadeira noturna ($p=0,114$) apresentaram $p<0,20$ em associação com o escore total do B-ECOHIS e foram incorporados ao modelo final de regressão de Poisson. A tabela 4 mostrou que não houve diferença estatística entre as variáveis analisadas nos modelos multivariados finais ($p>0,05$).

Tabela 3 - Distribuição de frequência e análise bivariada das variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais, comportamentais e clínicas com o Índice de Qualidade de Vida (B-ECOHIS) em crianças de 6-54 meses (n=49).

VARIÁVEIS	B-ECOHIS Seção Criança (SIC) n (%)		Valor de p	B-ECOHIS Seção Família (SIF) n (%)		Valor de p	B-ECOHIS TOTAL n (%)		valor de p
	= 0	≥1		= 0	≥1		0	≥1	
	Demográficas socioeconômicas								
Sexo									
Feminino	14 (28,57)	11 (22,45)	0,778	16 (32,65)	9 (18,37)	0,156	9 (18,37)	16 (32,65)	1,000
Masculino	12 (24,49)	12 (24,49)		10 (20,41)	14 (28,57)		9 (18,37)	5 (30,61)	
Idade									
≤35 meses	15 (30,61)	13 (26,53)	1,000	19 (38,78)	9 (18,37)	0,220	12 (24,49)	16 (32,65)	0,377
>35 meses	11 (22,45)	10 (20,41)		7 (14,28)	14 (28,57)		6 (12,24)	15 (30,61)	
Escolaridade do chefe da família									
Até 8 anos de estudo	11 (22,45)	11 (22,45)	0,778	11 (22,45)	11 (22,45)	0,778	8 (16,33)	14 (28,57)	1,000
Mais de 8 anos de estudo	15 (30,61)	12 (24,49)		15 (30,61)	12 (24,49)		10 (20,41)	17 (34,69)	
Classe econômica									
A	3 (6,12)	2 (4,09)	0,588	3 (6,12)	2 (4,09)	0,267	2 (4,09)	3 (6,12)	0,649
B	11 (22,45)	7 (14,28)		12 (24,49)	6 (12,24)		8 (16,33)	10 (20,41)	
C-D	12 (24,49)	14 (28,57)		11 (22,45)	15 (30,61)		8 (16,33)	18 (36,74)	
Comportamentais									
Já fez sucção de dedo									
Sim	4 (8,17)	2 (4,09)	0,677	5 (10,20)	1 (2,04)	0,218	5 (10,20)	1 (2,04)	0,214
Não	22 (44,90)	21 (42,86)		21 (42,86)	22 (44,90)		13 (26,54)	30 (61,22)	
Já fez sucção de chupeta									
Sim	16 (32,65)	14 (28,57)	0,99	17 (34,69)	13 (26,53)	0,569	12 (24,49)	18 (36,74)	0,762
Não	10 (20,41)	9 (18,37)		9 (18,37)	10 (20,41)		6 (12,24)	13 (26,53)	
Utilizou mamadeira noturna									
Sim	5 (10,20)	11 (22,45)	0,065	7 (14,28)	9 (18,37)	0,542	3 (6,12)	13 (26,53)	0,114
Não	21 (42,86)	12 (24,49)		19 (38,78)	14 (28,57)		15 (30,61)	18 (36,74)	
Consome açúcar									
Sim	22 (44,90)	20 (40,82)	0,999	21 (42,86)	21 (42,86)	0,428	15 (30,61)	27 (55,10)	0,697

Não	4 (8,17)	3 (6,12)		5 (10,20)	2 (4,09)		3 (6,12)	4 (8,17)	
Realizou aleitamento materno									
Sim	19 (38,78)	20 (40,82)	0,299	21 (42,86)	18 (36,74)	1,000	14 (28,57)	25 (51,02)	1,000
Não	7 (14,28)	3 (6,12)		5 (10,20)	5 (10,20)		4 (8,17)	6 (12,24)	
Clínicas									
Experiência de cárie									
Sim	4 (8,17)	10 (20,41)	0,055	1 (2,04)	13 (26,53)	0,000*	0	14 (28,57)	0,001*
Não	22 (44,90)	13 (26,53)		25 (51,02)	10 (20,41)		18 (36,74)	17 (34,69)	
Má oclusão									
Sim	2 (4,09)	6 (12,24)	0,125	2 (4,09)	6 (12,24)	0,125	1 (2,04)	7 (14,28)	0,229
Não	24 (48,98)	17 (34,69)		24 (48,98)	17 (34,69)		17 (34,69)	24 (48,98)	
Histórico de traumatismo dentário									
Sim	12 (24,49)	11 (22,45)	1,000	12 (24,49)	11 (22,45)	1,000	8 (16,33)	15 (30,61)	1,000
Não	14 (28,57)	12 (24,49)		14 (28,57)	12 (24,49)		10 (20,41)	16 (32,65)	

B-ECOHIS, Versão brasileira do Early Childhood Oral Health Impact Scale.

Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Tabela 4 - Regressão de Poisson para a associação das variáveis independentes com a sessão impacto na criança, sessão impacto na família e escore total do B-ECOHIS (n=49).

VARIÁVEIS	B-ECOHIS Seção Criança (SIC) n (%)		B-ECOHIS Seção Família (SIF) n (%)		B-ECOHIS TOTAL n (%)	
	RP (95% IC)	Valor de p	RP (95% IC)	Valor de p	RP (95% IC)	Valor de p
Experiência de cárie						
Sim	1,947 (0,708-2,016)	0,505	1,479(0,890-2,457)	0,131	1,336 (0,0844-2,118)	0,215
Não	1		1		1	
Má oclusão						
Sim	1,136 (0,609-1,136)	0,689	1	0,873	-	-
Não	1		1,861 (0,215-16,141)			
Utilizou mamadeira noturna						
Sim	1,222 (0,758-1,971)	0,411	-	-	1,159 (0,734-1,828)	0,527
Não	1		1			

B-ECOHIS, Versão brasileira do Early Childhood Oral Health Impact Scale.

RP: Razão de Prevalência; IC: Intervalo de Confiança.

Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

5 DISCUSSÃO

Este estudo fornece evidências sobre a relação entre a cárie da primeira infância e fatores demográficos, socioeconômicos e comportamentais em crianças de 6 a 54 meses de idade atendidas em um Projeto de Extensão (Projeto Só-Riso – Atenção Materno Infantil) da Faculdade de Odontologia da UFJF, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. Além disso, identifica a percepção dos pais/responsáveis em relação à QVRSB dessas crianças.

Os estudos que identificam os fatores que predispõe a cárie dentária são relevantes pois é a alteração que mais frequentemente interfere na estética e ocasiona alterações funcionais na rotina da criança (BÖNECKER et al., 2012). Essa doença pode interferir e causar prejuízos na fonação, na alimentação e deglutição do paciente infantil (BÖNECKER et al., 2012; FEITOSA; COLARES, 2003).

Semelhante a estudos anteriores, o presente estudo mostrou associação entre cárie dentária e a idade da criança. Prakash et al. (2019) constatou que crianças entre 44-48 meses apresentavam maior prevalência de cárie dentária que grupos de crianças mais novas, o que também foi observado em outro estudo, em que a probabilidade de uma criança de 4 anos ter cárie dentária era maior do que uma criança de 3 anos (NAIDU; NUNN; DONNELLY-SWIFT, 2016). Turton et al. (2019) observaram um aumento de aproximadamente 20% na prevalência de lesões cavitadas a cada ano de vida. A verificação que a experiência de cárie foi maior com o aumento da idade era esperado, já que há um maior número de dentes erupcionados expostos aos fatores de risco microbiológicos, dietéticos e ambientais da cárie dentária (PRAKASH et al., 2019).

A associação entre experiência de cárie dentária e baixa escolaridade foi observada no presente estudo, semelhante ao encontrado por Reyes et al. (2020) no qual crianças cujas mães com menos de 8 anos de escolaridade, apresentaram uma maior experiência de cárie dentária. Esse fator pode ser explicado pelo conhecimento limitado sobre os efeitos de uma dieta não saudável e o consumo de alimentos com excesso de açúcar, que apresentam um custo menor já que uma baixa escolaridade geralmente reflete em condições de emprego com menores salários (SUGIYAMA; SHAPIRO, 2014). Segundo a Organização Mundial de Saúde, o nível de alfabetização exerce influência sobre o letramento em saúde, atuando

como preditor da renda, situação de emprego e nível de educação (WHO, 2013). De acordo com Ferreira et al. (2007), mães que completam os níveis mais elevados de educação são mais responsáveis em relação à saúde e mais propensas a manter uma boa dieta e higiene.

A experiência de cárie dentária no grupo estudado foi também associada à sucção de chupeta. Um estudo observou que a prevalência de cárie na primeira infância apresentou correlação positiva com o uso de chupeta, que atua como uma barreira entre os dentes e a saliva, impedindo sua ação autolimpante sobre os dentes, podendo promover, dessa forma, o desenvolvimento de lesões de cárie (GOPAL et al., 2016). Uma revisão sistemática indicou que a utilização de chupetas atua como um fator de predisposição à cárie, por conta da diminuição do fluxo e neutralização salivar, deixando os dentes mais expostos aos carboidratos fermentáveis (RIBEIRO; RIBEIRO, 2004).

Em relação à QVRSB das crianças avaliadas, foi observada uma média do B-ECOHIS total de 4,22, o que corresponde a menos da metade da pontuação de estudos anteriores. Abanto et al. (2016) e Arrow e Klobas (2016) observaram uma média total de 17,4 e 11,1 respectivamente em pré-escolares. No entanto, Ortiz et al. (2014) também encontraram uma média mais baixa do B-ECOHIS, de 1,37. A pontuação encontrada no presente estudo, que pode ter valor máximo de 52, pode ser explicada pelo acompanhamento da amostra, na maioria das vezes, em tratamentos preventivos no Projeto de Extensão Só-Riso – Atenção Materno-Infantil.

Além disso, as crianças atendidas pelo Projeto no período avaliado apresentaram uma baixa prevalência de cárie dentária (28,6%), comparada à estudos epidemiológicos nacionais em que o percentual pode chegar a quase 55% aos cinco anos de idade (Brasil, 2010). Desta forma, sugere-se que a não associação entre a QVRSB das crianças a este fator clínico pode ser explicada pelo mesmo motivo. No entanto, outros estudos (FERNANDES et al., 2017a; FERNANDES et al., 2017b; JIANG et al., 2020; NAIDU; NUNN; DONNELLY-SWIFT, 2016) demonstraram um impacto negativo na QVRSB de pré-escolares em associação com a cárie dentária.

Assim como o presente estudo, a maioria dos estudos anteriores não associa um impacto negativo na qualidade de vida à presença de má oclusão (ABANTO et al., 2011; ABANTO et al., 2015; ALDRIGUI et al., 2011), o que pode ser justificado

pela idade da população avaliada, sendo sua maioria (57,14%) \leq 35 meses de idade.

De acordo com Abanto et al. (2011), as lesões dentárias traumáticas (LDT) não foram associadas a um impacto negativo sobre a QVRSB, o que também foi observado no presente estudo. No entanto, Abanto et al. (2015), Aldrigui et al. (2011) e Kramer et al. (2013), observaram que a experiência de lesões traumáticas complicadas foi associada a um impacto negativo na QVRSB em pré-escolares, e eram mais prevalentes na subescala da criança quando comparada à subescala da família, já que os sintomas associados à LDT complicadas causam desconforto sintomático e limitações funcionais e psicológicas na criança.

Este estudo tem algumas limitações. Primeiramente, a amostra do estudo considerou apenas as crianças atendidas na Faculdade de Odontologia da UFJF. As crianças atendidas por serviços particulares não foram representadas na amostra. Assim, esses achados devem ser extrapolados a crianças com características semelhantes às aqui analisadas. Outra limitação é a natureza transversal e retrospectiva da pesquisa, dificultando o estabelecimento de relações temporais. No entanto, este estudo é uma ferramenta importante para identificar indicadores de risco para inclusão em futuras avaliações longitudinais.

Avaliar a QVRSB é particularmente importante para crianças pequenas, pois alterações na saúde bucal podem restringir atividades diárias normais, afetando tanto a criança quanto sua família e, até mesmo, influenciando no desenvolvimento e crescimento da criança. A incorporação de medidas de qualidade de vida em programas de atenção à saúde pode auxiliar no planejamento de estratégias com o objetivo de promover a saúde bucal de crianças pequenas e a definição de prioridades de atenção, permitindo a avaliação da eficácia de protocolos de tratamento/prevenção com base na perspectiva dos pacientes e/ou de seus responsáveis (FERNANDES et al., 2017b; KRAMER et al., 2013).

6 CONCLUSÃO

Foi possível concluir que:

- A QVRSB não foi associada às características demográficas, socioeconômicas, comportamentais e clínicas das crianças menores de 54 meses de idade avaliadas.
- A experiência de cárie dentária foi associada aos seguintes fatores: idade da criança, escolaridade do responsável e sucção de chupeta.

REFERÊNCIAS

- ABANTO, J. et al. Changes in preschool children's OHRQoL after treatment of dental caries: responsiveness of the B-ECOHIS. **Int J Paediatr Dent**, Oxford, v. 26, n. 4, p. 259-265, July 2016.
- ABANTO, J. et al. Impact of oral diseases and disorders on oral health-related quality of life of preschool children. **Community Dent Oral Epidemiol**, Copenhagen, v. 39, n. 2, p. 105-114, Apr. 2011.
- ABANTO, J. et al. Impact of traumatic dental injuries and malocclusions on quality of life of preschool children: a population-based study. **Int J Paediatr Dent**, Oxford, v. 25, n. 1, p. 18-28, Jan. 2015.
- ALDRIGUI, J. M. et al. Impact of traumatic dental injuries and malocclusions on quality of life of young children. **Health Qual Life Outcomes**, London, v. 9, n. 1, p. 78-84, Sept. 2011.
- ARROW, P; KLOBAS, E. Child oral health-related quality of life and early childhood caries: a non-inferiority randomized control trial. **Aust Dent J**, Sydney, v. 61, n. 2, p. 227-235, June 2016.
- BEKES, K. et al. The German version of Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS-G): translation, reliability, and validity. **Clin Oral Investig**, Berlin, v. 23, n. 12, p. 4449-4454, Apr, 2019.
- BÖNECKER, M. et al. Impact of dental caries on preschool children's quality of life: an update. **Braz Oral Res**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 103-107, 2012.
- BORDONI, N. et al. Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). Translation and validation in Spanish language. **Acta Odontol Latinoam**, Buenos Aires, v. 25, n. 3, p. 270-278, Dec. 2012.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- CASTRO, F. C. et al. Impacto dos problemas bucais na qualidade de vida em pré-escolares. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v. 13, n. 4, p. 361-369, out./dez. 2013.
- FEITOSA, S; COLARES, V. As repercussões da cárie precoce na infância na qualidade de vida de pré-escolares. **Rev Ibero-am Odontopediatr Odontol Bebê**, v. 6, n. 34, p. 542-548, 2003.
- FERNANDES, I. B. et al. Association between sense of coherence and oral health-related quality of life among toddlers. **Community Dent Health**, London, v. 34, n. 1, p. 37-40, Mar. 2017a.

- FERNANDES, I. B. et al. Perceived impact of dental pain on the quality of life of children aged 1-3 years and their families. **Eur Arch Paediatr Dent**, Leeds, v. 20, n. 6, p. 557-563, Mar. 2019.
- FERNANDES, I. B. et al. Severity of dental caries and quality of life for toddlers and their families. **Pediatr Dent**, Chicago, v. 39, n. 2, p. 118-123, Mar. 2017b.
- FERREIRA, et al. Dental caries in 0-to-5-year-old Brazilian children: prevalence, severity, and associated factors. **Int. j. paediatric. Dent.**, Oxford, v. 17, n. 4, p. 289-296, July, 2007.
- FERREIRA, M. C. et al. Dental caries and quality of life of preschool children: discriminant validity of the ECOHIS. **Braz. Oral Res.**, São Paulo, v. 31, p. 24-33, Mar. 2017.
- FIRMINO, R. T. et al. Case-control study examining the impact of oral health problems on the quality of life of the families of preschoolers. **Braz Oral Res**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 121-129, Nov. 2016.
- GONÇALVES, B. M. et al. Impact of dental trauma and esthetic impairment on the quality of life of preschool children. **Rev Paul Pediatr**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 448-455, Sept. 2017.
- GOPAL, et al. Prevalence and predictors of early childhood caries in 3-to-6-year-old South Indian children – a cross-sectional descriptive study. **Oral health prev. dent.**, New Malden, v. 14, n. 3, June, 2016.
- JABARIFAR, S. E. et al. Validation of a Farsi version of the early childhood oral health impact scale (F-ECOHIS). **BMC Oral Health**, London, v. 10, n. 1, p. 4-10, Apr. 2010.
- JIANG, M, et al. Association between dental conditions, silver diamine fluoride application, parental satisfaction, and oral health-related quality of life of preschool children. **Clin Oral Investig**, Berlin, p. 1-10, Sept. 2020.
- KRAMER, P. F. et al. Exploring the impact of oral diseases and disorders on quality of life of preschool children. **Community Dent Oral Epidemiol**, Copenhagen, v. 41, n. 4, p. 327-335, Aug. 2013.
- MARTINS-JÚNIOR, P. A. et al. Validations of the Brazilian version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 367-374, Feb. 2012.
- NAIDU, R; NUNN, J.; DONNELLY-SWIFT, E. Oral health-related quality of life and early childhood caries among preschool children in Trinidad. **BMC Oral Health**, London, v. 16, n. 1, p. 128-136, Dec. 2016.
- PRAKASH, P. et al. Prevalence of early childhood caries and associated risk factors in preschool children of urban Bangalore, India: a cross-sectional study. **Eur. j. dent.**, Ankara, v. 6, n. 2, p. 141-152, Apr. 2012.

- RAMOS, R, P. L. et al. Cross cultural adaptation and validation of the Early Childhood Health Impact Scale (ECOHIS) in Peruvian preschoolers. **Acta Odontol Latinoam**, Buenos Aires, v. 26, n. 2, p. 60-67, 2013.
- REYES, et al. Pathways influencing dental caries among children: a cohort study. **Int. j. paediatr. dent.**, Oxford, v. 31, n. 3, p. 422-432, May. 2021.
- RIBEIRO, N; RIBEIRO, M. Aleitamento materno e cárie do lactente e do pré-escolar: uma revisão crítica. **J. pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, p. 199-210, nov., 2004.
- SCARPELLI, A. C. et al. Oral health-related quality of life among Brazilian preschool children. **Community Dent Oral Epidemiol**, Copenhagen, v. 41, n. 4, p. 336-344, Aug. 2013.
- SUGIYAMA, T; SHAPIRO, M. The growing socioeconomic disparity in dietary quality: mind the gap. **JAMA inter. med.**, v. 174, n. 10, p. 1595-1596, Oct. 2014.
- TESCH, F. C.; OLIVEIRA, B.H.; LEÃO, A. Semantic equivalence of the Brazilian version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1897-1909, Aug. 2008.
- TURTON, B. et al. Epidemiological survey of early childhood caries in Cambodia. **BMC Oral Health**, London, v. 19, n. 1, p. 107-113, June 2019.
- VOLLÚ, A. L. et al. Evaluation of Oral Health-Related Quality of Life to assess dental treatment in preschool children with early childhood caries: a preliminary study. **J Clin Pediatr Dent**, New Milford, v. 42, n. 1, p. 37-44, 2018.
- WHO. Health literacy: the solid facts. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128703/e96854.pdf>. Acesso em: 16 set. 2022.

ANEXO A – Aprovação do Projeto de Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças na primeira infância atendidas em Instituição de Ensino Superior

Pesquisador: Fernanda Campos Machado

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 44152121.5.0000.5147

Instituição Proponente: FACULDADE DE ODONTOLOGIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.699.287

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa.

"Trata-se de um estudo observacional, de corte transversal, retrospectivo, pela análise dos dados secundários oriundos de prontuários corretamente preenchidos e respondidos por pais/responsáveis de crianças de zero a 47 meses de idade, atendidas no Projeto de extensão "Só-Riso – Atenção Materno-infantil", na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), residentes em Juiz de Fora e região."

Objetivo da Pesquisa:

"Objetivo Primário: Avaliar o impacto da condição de saúde bucal de crianças com menos de 47 meses de idade sobre a sua qualidade de vida e a da sua família, segundo a percepção de seus pais e/ou cuidadores."

"Objetivo Secundário: • Determinar a condição de saúde bucal das crianças por meio de indicadores clínicos de cárie dentária, alterações em tecidos moles, anomalias de desenvolvimento e má oclusão. • Determinar o perfil sociodemográfico das crianças e de sua família. • Verificar o impacto da saúde bucal de crianças sobre sua qualidade de vida e de sua família percebida por seus pais/cuidadores por meio da versão brasileira do questionário Early Childhood Oral Health Impact Scale (B-ECOHS). • Identificar entre as condições bucais e as características

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 4.699.287

sociodemográficas avaliadas aquelas determinantes para uma percepção de impacto negativo de pais/cuidadores sobre a qualidade de vida relacionada à saúde bucal das crianças e sua família."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"Como se trata de um estudo com prontuários já preenchidos e arquivados, o estudo envolve um risco mínimo. Os riscos estariam associados à identificação dos participantes. No entanto, a equipe da pesquisa garante o sigilo sobre a identificação e as informações referentes às crianças e seus responsáveis, uma vez que serão atribuídos códigos numéricos aos prontuários e aos questionários selecionados. Avaliações da percepção dos pais/cuidadores sobre o impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida relacionadas à saúde bucal de crianças ainda são escassas. Este conhecimento poderá fornecer subsídios para o delineamento de programas de intervenção e acompanhamento odontológico das crianças atendidas na FO-UFJF, propiciando a elas um aprimoramento da atenção à saúde bucal oferecida, que repercutirá numa melhor qualidade de vida delas e de suas famílias."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a,b,d,e,f,g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 4.699.287

participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CPEs. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional N° 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: abril de 2022.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional N°001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1701456.pdf	05/05/2021 19:52:06		Aceito
Brochura Pesquisa	Projeto_So_riso_qualidade_de_vida_editado_05_05_21.pdf	05/05/2021 19:51:28	Fernanda Campos Machado	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE1_So_riso_Qualidade_de_Vida.pdf	05/05/2021 19:50:12	Fernanda Campos Machado	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Qualidade_de_vida_So_Riso_e_nviado_CEP.pdf	22/02/2021 15:29:33	Fernanda Campos Machado	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rostro_projeto_qualidade_de_vida_so_riso_assinada.pdf	22/02/2021 15:26:32	Fernanda Campos Machado	Aceito
Declaração de Instituição e	Declaracao_de_infraestrutura_Projeto_Qualidade_de_vida_So_riso.pdf	22/02/2021 15:24:00	Fernanda Campos Machado	Aceito

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 4.699.287

Infraestrutura	Declaracao_de_infraestrutura_Projeto_Qualidade de vida So riso.pdf	22/02/2021 15:24:00	Fernanda Campos Machado	Aceito
Orçamento	Orcamento_financeiro_projeto_qualidade de vida.doc	10/02/2021 16:21:59	Fernanda Campos Machado	Aceito
Cronograma	Cronograma_de_Execucao_projeto_qualidade de vida.doc	10/02/2021 16:20:47	Fernanda Campos Machado	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 07 de Maio de 2021

**Assinado por:
Jubel Barreto
(Coordenador(a))**

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br

ANEXO B – Prontuário Odontológico do Projeto Só-Riso



Universidade Federal de Juiz de Fora
Faculdade de Odontologia
Projeto Só-Riso – Atenção Materno-infantil



PRONTUÁRIO ODONTOLÓGICO

DADOS PESSOAIS

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Matrícula: _____
 Data de Nascimento: ___/___/20___ Idade: ___ anos ___ meses Sexo: _____ Cor: _____
 Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____
 Filiação: Pai: _____ Mãe: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____
 Cidade: _____ UF: _____ Telefones: _____
 Quantos irmãos: _____ Posição da criança na família: _____
 Paciente encaminhado por: SUS Médico Busca Espontâneo Outro: _____
 Trouxe “Cartão da Criança”? Sim Não Peso: _____ Altura: _____

2. ANAMNESE

2.1 HISTÓRICO MÉDICO

A. PRÉ-NATAL:

Fez pré-natal médico? Sim Não A partir de qual mês? _____
 Fez pré-natal odontológico? Sim Não A partir de qual mês? _____
 Alguma alteração odontológica importante durante a gravidez? Sim Não Qual? _____
 Tomou medicação visando saúde do bebê antes de engravidar? Sim Não
 Ácido fólico Outro: _____
 Alguma doença da mãe na gestação? Sim Não
 Qual (is): Anemia Diabetes Hipertensão Infecção urinária Outra: _____
 Mãe tomou algum medicamento na gestação? Sim Não
 Ácido fólico Antibiótico Outro(s): _____

B. NATAL:

Parto: Normal Cesariana Fórceps Prematuro? Sim Não Quantas semanas? _____
 Peso ao nascer: _____ Intubação ao nascimento? Sim Não
 Outras complicações: _____
 Anomalias congênitas: _____

C. PÓS-NATAL:

Algum problema de saúde? Sim Não
 Qual? _____
 Está em tratamento médico? Sim Não Por que? _____
 Faz uso de algum medicamento? Sim Não Qual(is)? _____
 Já esteve hospitalizado? Sim Não Quando? _____
 Por que? _____ Por quanto tempo? _____
 Medicamentos já utilizados: _____
 Alergia a medicamento ou produto? Sim Não Qual(is)? _____
 Alguma doença inflamatória frequente? Sim Não Qual(is)? _____

(otite, amigdalite, rinite)

Antecedentes familiares: _____

Outras observações importantes: _____

2.2 HISTÓRICO ODONTOLÓGICO

Queixa Principal: _____

Já foi ao Dentista? Sim Não Última visita _____ Comportamento: _____Concluiu o tratamento? Sim Não Por que? _____Já tomou anestesia odontológica? Sim Não Teve alguma reação? Sim NãoAplicação de Flúor tópico? Sim Não Última aplicação: _____ Água fluoretada? Sim NãoJá bateu a boca, traumatizando dentes/lábios? Sim Não Não sei

Quando/Idade? _____ Onde? _____ Como? _____

Foi realizado algum tratamento imediato? Sim Não Se sim, explique: _____**2.3 HÁBITOS DE HIGIENE**Limpa a Boca/Escova os dentes? Sim Não Com o que? Gaze/ fralda Dedeira Escova

Quando iniciou a higienização bucal? Sem dente _____ meses Com dente _____ meses

Quem realiza a higienização bucal na criança? _____ Quantas vezes ao dia? _____

Já recebeu orientação sobre higiene bucal? Sim Não De quem? _____Pasta de dente com flúor? Sim Não Não SeiMarca: _____ Quantidade: _____ Faz uso de fio dental? Sim Não Às Vezes**2.4 HÁBITOS NOCIVOS**Chupa ou chupou dedo? Sim Não Qual (is)? _____Cessou o hábito? Sim Não Quando? _____Fez ou faz uso de chupeta? Sim Não Tipo: Ortodôntica ComumComo: Posição correta Posição incorreta Cessou o hábito? Sim Não Quando? _____Rói ou roía unha? Sim Não Mão Pé Cessou o hábito? Sim Não Quando? _____Morde objetos/lábio/bochecha? Sim Não Cessou o hábito? Sim Não Quando? _____Range ou aperta os dentes? Sim Não Quando? Dia Noite AmbosFonação Alterada? Sim Não Indicação para tratamento fonoaudiológico? Sim NãoDorme de boca aberta? Sim Não Ronca? Sim Não Baba no travesseiro? Sim NãoFica de boca aberta quando distraído? Sim Não Mastiga de boca aberta? Sim NãoPrefere alimentos mais pastosos e fáceis de engolir? Sim Não**2.5 HÁBITOS ALIMENTARES**Aleitamento natural Sim Não Complementado? Sim NãoEm que período? _____ Cessou o hábito? Sim Não Quando? _____Aleitamento artificial Sim NãoEm que período? _____ Cessou o hábito? Sim Não Quando? _____Mamadeira noturna? Sim Não De que? _____Cessou o hábito? Sim Não Quando? _____Considera a alimentação do seu filho equilibrada? Sim Não Belisca muito entra as refeições? Sim NãoIngestão de açúcar: De vez em quando Frequente Exagerada NulaNecessidade de anexar de diário alimentar Sim Não

Juiz de Fora: ____/____/____

Como responsável pelo menor, declaro serem verdadeiras as informações anteriores e autorizo seu exame clínico a ser realizado pelos acadêmicos e professores orientadores: _____

Assinatura do acadêmico

Assinatura do professor

EXAME FÍSICO

ANÁLISE FACIAL

Assimetria: Aceitável Importante

Tipo facial: Dolico Meso Braqui

Selamento labial: Passivo Ativo Ausente

Perfil total: Reto Convexo Côncavo

ANÁLISE FUNCIONAL

Respiração: Predominantemente nasal Predominantemente bucal

Fonação: Normal Alterada para a idade **Indicação para tratamento fonoaudiológico?** Sim Não

ANÁLISE DOS TECIDOS MOLES

Lábio: Normal Alterado

Freio lingual: Normal Alterado

Palato: Normal Alterado

Periodonto: Normal Alterado

Língua: Normal Alterada

Freio labial: Normal Alterado

Amígdalas: Normal Ausente Hipertrofiada

ANÁLISE OCLUSAL

Decídua:

Arco: Tipo I Tipo II Misto NA

Espaços primatas: Superior: Presente Ausente Inferior: Presente Ausente NA

Plano terminal molares: Plano Degrau mesial Degrau distal NA

Relação de caninos: Normal Mésio-oclusão Disto-oclusão NA

Overjet: Normal Topo a topo Negativo Acentuado NA

Overbite: Normal Topo a topo Negativo Acentuado NA

Mordida aberta: Anterior: Sim ____ mm Não Posterior: Direita Esquerda NA

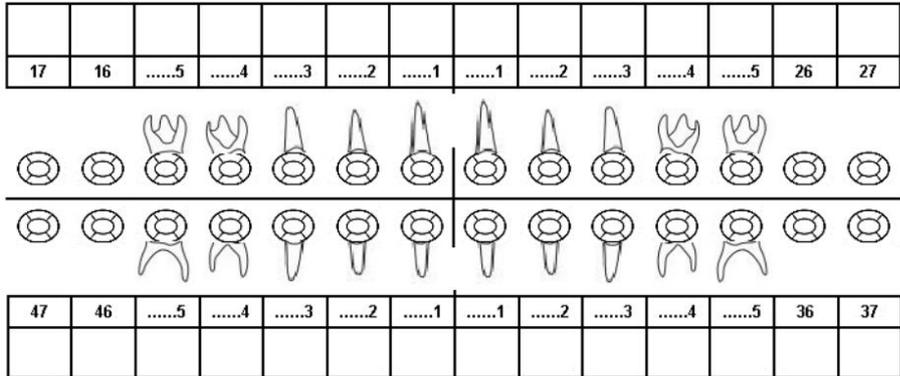
Mordida profunda: Sim ____ mm Não NA

Mordida cruzada: Anterior: Sim Não Dentária Funcional Esquelética NA

Posterior: Direita Esquerda Dentária Funcional Esquelética NA

OBSERVAÇÕES

ODONTOGRAMA



<p>NÃO ERUPCIONADO: NE EM ERUPÇÃO: E HÍGIDO: H LESÃO DE MANCHA BRANCA ATIVA: MBA LESÃO DE MANCHA BRANCA INATIVA: MBI LESÃO DE CÁRIE EM ESMALTE CAVITADA ATIVA: LCECA LESÃO DE CÁRIE EM ESMALTE CAVITADA INATIVA: LCEI LESÃO DE CÁRIE EM DENTINA ATIVA: LCDA LESÃO DE CÁRIE EM DENTINA INATIVA: LCDI LESÃO DE CÁRIE COM COMPROMETIMENTO PULPAR: LCCP</p>	<p>LESÃO DENTARIA NÃO CARIOSA: LDNC MANCHA EXTRÍNSECA: ME MANCHA INTRÍNSECA: MI FRATURA EM ESMALTE: FE FRATURA EM DENTINA: FD FRATURA COM COMPROMETIMENTO PULPAR: FCP RESTO RADICULAR: R R REST. AMÁLGAMA: R A REST. RESINA COMPOSTA: R R C SELANTE RESINOSO: S R SELANTE IONOMÉRICO: S I</p>	<p>CROA DE AÇO: CA COROA EM RESINA: CR CIV AUTO: CIV A CIV FOTO: CIV F PULPOTOMIA: PUL PULPECTOMIA: PULPEC DESGASTE FISIOLÓGICO: D F DESGASTE PATOLÓGICO: D P EROÇÃO ÁCIDA: E A DENTE EXTRAÍDO: D E OUTRO: ** _____</p>
--	---	---

PLANO DE TRATAMENTO

ANEXO C – Questionário da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEPE, 2018)



Alterações na aplicação do Critério Brasil, válidas a partir de 16/04/2018

A metodologia de desenvolvimento do Critério Brasil que entrou em vigor no início de 2015 está descrita no livro *Estratificação Socioeconômica e Consumo no Brasil* dos professores Wagner Kamakura (Rice University) e José Afonso Mazzon (FEA /USP), baseado na Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) do IBGE.

A regra operacional para classificação de domicílios, descrita a seguir, resulta da adaptação da metodologia apresentada no livro às condições operacionais da pesquisa de mercado no Brasil.

As organizações que utilizam o Critério Brasil podem relatar suas experiências ao Comitê do CCEB. Essas experiências serão valiosas para que o Critério Brasil seja permanentemente aprimorado.

A transformação operada atualmente no Critério Brasil foi possível graças a generosa contribuição e intensa participação dos seguintes profissionais nas atividades do comitê:

Luis Pilli (Coordenador) - LARC Pesquisa de Marketing
 Bianca Ambrósio - Kantar
 Bruna Suzzara – IBOPE Inteligência
 Luciano Pontes – Kantar IBOPE Media
 Marcelo Alves - Nielsen
 Margareth Reis – GFK
 Paula Yamakawa – IBOPE Inteligência
 Renata Nunes - Data Folha
 Sandra Mazzo - IPSOS
 Sidney Fernandes - Kantar IBOPE Media

A ABEPE, em nome de seus associados, registra o reconhecimento e agradece o envolvimento desses profissionais.

SISTEMA DE PONTOS

Variáveis

	Quantidade				
	0	1	2	3	4 ou +
Banheiros	0	3	7	10	14
Empregados domésticos	0	3	7	10	13
Automóveis	0	3	5	8	11
Microcomputador	0	3	6	8	11
Lava louca	0	3	6	6	6
Geladeira	0	2	3	5	5
Freezer	0	2	4	6	6
Lava roupa	0	2	4	6	6
DVD	0	1	3	4	6
Micro-ondas	0	2	4	4	4
Motocicleta	0	1	3	3	3
Secadora roupa	0	2	2	2	2

Grau de instrução do chefe de família e acesso a serviços públicos

Escolaridade da pessoa de referência	
Analfabeto / Fundamental I incompleto	0
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	1
Fundamental II completo / Médio incompleto	2
Médio completo / Superior incompleto	4
Superior completo	7
Serviços públicos	
	Não
	Sim
Água encanada	0
Rua pavimentada	0

Distribuição das classes

As estimativas do tamanho dos estratos atualizados referem-se ao total Brasil e resultados das macrorregiões, além do total das 9 Regiões Metropolitanas e resultados para cada uma das RM's (Porto Alegre, Curitiba, São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Brasília, Salvador, Recife e Fortaleza).

As estimativas para o total do Brasil e macrorregiões são baseadas em estudos probabilísticos nacionais do Datafolha e IBOPE Inteligência. E as estimativas para as 9 Regiões Metropolitanas se baseiam em dados de estudos probabilísticos da IPSOS e Kantar IBOPE Média (LSE).

Classe	Brasil	Sudeste	Sul	Nordeste	Centro Oeste	Norte
1 - A	2,8%	3,5%	3,4%	1,3%	4,3%	1,1%
2 - B1	4,6%	5,6%	6,0%	2,5%	6,2%	2,1%
3 - B2	16,4%	19,6%	20,9%	9,5%	20,3%	9,9%
4 - C1	21,6%	24,5%	26,0%	15,9%	22,2%	16,6%
5 - C2	26,1%	26,3%	26,8%	25,0%	27,6%	25,8%
6 - D-E	28,5%	20,5%	16,9%	45,8%	19,4%	44,6%
total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Classe	9 RM'S	POA	CWB	SP	RJ	BH	BSB	SSA	REC	FOR
1 - A	4,4%	4,2%	6,0%	5,1%	2,6%	4,6%	12,9%	2,7%	2,7%	2,6%
2 - B1	6,4%	6,8%	7,7%	7,5%	4,9%	6,7%	11,8%	4,5%	5,2%	3,0%
3 - B2	19,0%	22,6%	22,7%	22,7%	15,9%	18,2%	23,3%	13,3%	15,4%	11,3%
4 - C1	23,1%	24,0%	25,8%	26,8%	21,7%	24,1%	20,0%	20,5%	15,1%	16,5%
5 - C2	26,2%	25,3%	24,1%	26,1%	28,1%	25,9%	20,4%	29,9%	23,9%	26,5%
6 - D-E	20,9%	17,1%	13,8%	11,8%	26,8%	20,4%	11,6%	29,0%	37,6%	40,2%
total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cortes do Critério Brasil

Classe	Pontos
A	45 - 100
B1	38 - 44
B2	29 - 37
C1	23 - 28
C2	17 - 22
D - E	1 - 16

Estimativa para a Renda Média Domiciliar para os estratos do Critério Brasil

Abaixo são apresentadas as estimativas de renda domiciliar mensal para os estratos socioeconômicos. Os valores se baseiam na **PNADC 2017** e representam aproximações dos valores que podem ser obtidos em amostras de pesquisas de mercado, mídia e opinião. A experiência mostra que a variância observada para as respostas à pergunta de renda é elevada, com sobreposições importantes nas rendas entre as classes. Isso significa que a pergunta de renda não é um estimador eficiente de nível socioeconômico e não substitui ou complementa o questionário sugerido abaixo. O objetivo da divulgação dessas informações é oferecer uma ideia de característica dos estratos socioeconômicos resultantes da aplicação do Critério Brasil.

Estrato Sócio Económico	Renda média domiciliar
A	23.345,11
B1	10.386,52
B2	5.363,19
C1	2.965,69
C2	1.691,44
D-E	708,19
TOTAL	2.908,32

PROCEDIMENTO NA COLETA DOS ITENS

É importante e necessário que o critério seja aplicado de forma uniforme e precisa. Para tanto, é fundamental atender integralmente as definições e procedimentos citados a seguir.

Para aparelhos domésticos em geral:

Devem ser considerados todos os bens que estão dentro do domicílio em funcionamento (incluindo os que estão guardados) independente da forma de aquisição: compra, empréstimo, aluguel, etc. Se o domicílio possui um bem que emprestou a outro, este não deve ser contado pois não está em seu domicílio atualmente. Caso não estejam funcionando, considere apenas se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses.

Banheiro

O que define o banheiro é a existência de vaso sanitário. Considerar todos os banheiros e lavabos com vaso sanitário, incluindo os de empregada, os localizados fora de casa e os da(s) suíte(s). Para ser considerado, o banheiro tem que ser privativo do domicílio. Banheiros coletivos (que servem a mais de uma habitação) não devem ser considerados.

Empregados Domésticos

Considerar apenas os empregados mensalistas, isto é, aqueles que trabalham pelo menos cinco dias por semana, durmam ou não no emprego. Não esqueça de incluir babás, motoristas, cozinheiras, copeiras, arrumadeiras, considerando sempre os mensalistas.

Note bem: o termo empregado mensalista se refere aos empregados que trabalham no domicílio de forma permanente e/ou contínua, pelo menos cinco dias por semana, e não ao regime de pagamento do salário.

Automóvel

Não considerar táxis, vans ou pick-ups usados para fretes, ou qualquer veículo usado para atividades profissionais. Veículos de uso misto (pessoal e profissional) não devem ser considerados.

Microcomputador

Considerar os computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks. **Não considerar:** calculadoras,

agendas eletrônicas, tablets, palms, smartphones e outros aparelhos.

Lava-Louça

Considere a máquina com função de lavar as louças.

Geladeira e Freezer

No quadro de pontuação há duas linhas independentes para assinalar a posse de geladeira e freezer respectivamente. A pontuação será aplicada de forma independente:

Havendo uma geladeira no domicílio, serão atribuídos os pontos (2) correspondentes a posse de geladeira; Se a geladeira tiver um freezer incorporado – 2ª porta – ou houver no domicílio um freezer independente serão atribuídos os pontos (2) correspondentes ao freezer. Dessa forma, esse domicílio totaliza 4 pontos na soma desses dois bens.

Lava-Roupa

Considerar máquina de lavar roupa, somente as máquinas automáticas e/ou semiautomática. O tanquinho NÃO deve ser considerado.

DVD

Considere como leitor de DVD (Disco Digital de Vídeo ou Disco Digital Versátil) o acessório doméstico capaz de reproduzir mídias no formato DVD ou outros formatos mais modernos, incluindo videogames, computadores, notebooks. Inclua os aparelhos portáteis e os acoplados em microcomputadores. Não considere DVD de automóvel.

Micro-ondas

Considerar forno micro-ondas e aparelho com dupla função (de micro-ondas e forno elétrico).

Motocicleta

Não considerar motocicletas usadas exclusivamente para atividades profissionais. Motocicletas apenas para uso pessoal e de uso misto (pessoal e profissional) devem ser consideradas.

Secadora de roupas

Considerar a máquina de secar roupa. Existem máquinas que fazem duas funções, lavar e secar. Nesses casos, devemos considerar esse equipamento como uma máquina de lavar e como uma secadora.

Modelo de Questionário sugerido para aplicação

P.XX Agora vou fazer algumas perguntas sobre itens do domicílio para efeito de classificação econômica. Todos os itens de eletroeletrônicos que vou citar devem estar funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, considere apenas se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses.

INSTRUÇÃO: Todos os itens devem ser perguntados pelo entrevistador e respondidos pelo entrevistado.

Vamos começar? No domicílio tem _____ (LEIA CADA ITEM)

ITENS DE CONFORTO	NÃO POSSUI	QUANTIDADE QUE POSSUI			
		1	2	3	4+
Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular					
Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana					
Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho					
Quantidade de banheiros					
DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel					
Quantidade de geladeiras					
Quantidade de <i>freezers</i> independentes ou parte da geladeira duplex					
Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones					
Quantidade de lavadora de louças					
Quantidade de fornos de micro-ondas					
Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional					
Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca					

A água utilizada neste domicílio é proveniente de?	
1	Rede geral de distribuição
2	Poço ou nascente
3	Outro meio

Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:	
1	Asfaltada/Pavimentada
2	Terra/Cascalho

Qual é o grau de instrução do chefe da família? Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio.

Nomenclatura atual	Nomenclatura anterior
Analfabeto / Fundamental I incompleto	Analfabeto/Primário Incompleto
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	Primário Completo/Ginásio Incompleto
Fundamental completo/Médio incompleto	Ginásio Completo/Colegial Incompleto
Médio completo/Superior incompleto	Colegial Completo/Superior Incompleto
Superior completo	Superior Completo

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

Este critério foi construído para definir grandes classes que atendam às necessidades de segmentação (por poder aquisitivo) da grande maioria das empresas. Não pode, entretanto, como qualquer outro critério, satisfazer todos os usuários em todas as circunstâncias. Certamente há muitos casos em que o universo a ser pesquisado é de pessoas, digamos, com renda pessoal mensal acima de R\$ 30.000. Em casos como esse, o pesquisador deve procurar outros critérios de seleção que não o CCEB.

A outra observação é que o CCEB, como os seus antecessores, foi construído com a utilização de técnicas estatísticas que, como se sabe, sempre se baseiam em coletivos. Em uma determinada amostra, de determinado tamanho, temos uma determinada probabilidade de classificação correta, (que, esperamos, seja alta) e uma probabilidade de erro de classificação (que, esperamos, seja baixa).

Nenhum critério estatístico, entretanto, tem validade sob uma análise individual. Afirmações frequentes do tipo "... conheço um sujeito que é obviamente classe D, mas pelo critério é classe B..." não invalidam o critério que é feito para funcionar estatisticamente. Servem, porém, para nos alertar, quando trabalhamos na análise individual, ou quase individual, de comportamentos e atitudes (entrevistas em profundidade e discussões em grupo respectivamente). Numa discussão em grupo um único caso de má classificação pode pôr a perder todo o grupo. No caso de entrevista em profundidade os prejuízos são ainda mais óbvios. Além disso, numa pesquisa qualitativa, raramente uma definição de classe exclusivamente econômica será satisfatória.

Portanto, é de fundamental importância que todo o mercado tenha ciência de que o CCEB, ou qualquer outro critério econômico, não é suficiente para uma boa classificação em pesquisas qualitativas. Nesses casos deve-se obter além do CCEB, o máximo de informações (possível, viável, razoável) sobre os respondentes, incluindo então seus comportamentos de compra, preferências e interesses, lazer e hobbies e até características de personalidade.

Uma comprovação adicional da adequação do Critério de Classificação Econômica Brasil é sua discriminação efetiva do poder de compra entre as diversas regiões brasileiras, revelando importantes diferenças entre elas.

ANEXO D – Versão Brasileira do *Early Childhood Oral Health Impact Scale* (B- ECOHS)

Questionário B-ECOHS:

Nome do Responsável: _____ Parentesco: _____

Nome da Criança: _____

Data: ____/____/____

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 a resposta que melhor descreve as experiências da sua criança ou a sua própria. Considere toda vida da sua criança, desde o nascimento até agora, quando responder cada pergunta

<p>1. Sua criança já sentiu dores nos dentes, na boca ou nos maxilares (ossos da boca)? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) As vezes (4) Com frequência (5) Com muita frequência (6) Não sei</p>
<p>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) As vezes (4) Com frequência (5) Com muita frequência (6) Não sei</p>
<p>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) As vezes (4) Com frequência (5) Com muita frequência (6) Não sei</p>
<p>4. Sua criança já teve dificuldade de pronunciar qualquer palavra devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) As vezes (4) Com frequência (5) Com muita frequência (6) Não sei</p>
<p>5. Sua criança já faltou à creche, jardim de infância ou escola devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) As vezes (4) Com frequência (5) Com muita frequência (6) Não sei</p>
<p>5b. Sua criança já deixou de fazer alguma atividade diária (ex.: brincar, pular, correr, ir à creche ou escola etc.) devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) As vezes (4) Com frequência (5) Com muita frequência (6) Não sei</p>
<p>6. Sua criança já teve dificuldade em dormir devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) As vezes (4) Com frequência (5) Com muita frequência (6) Não sei</p>
<p>7. Sua criança já ficou irritada devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) As vezes (4) Com frequência (5) Com muita frequência (6) Não sei</p>
<p>8. Sua criança já evitou sorrir ou rir devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) As vezes (4) Com frequência (5) Com muita frequência (6) Não sei</p>
<p>9. Sua criança já evitou falar devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) As vezes (4) Com frequência (5) Com muita frequência (6) Não sei</p>
<p>10. Você ou outra pessoa da família já ficou aborrecida devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários de sua criança? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) As vezes (4) Com frequência (5) Com muita frequência (6) Não sei</p>
<p>11. Você ou outra pessoa da família já se sentiu culpada devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários de sua criança? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) As vezes (4) Com frequência (5) Com muita frequência (6) Não sei</p>
<p>12. Você ou outra pessoa da família já faltou ao trabalho devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários de sua criança? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) As vezes (4) Com frequência (5) Com muita frequência (6) Não sei</p>
<p>13. Sua criança já teve problemas com os dentes ou fez tratamentos dentários que causaram impacto financeiro na sua família? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) As vezes (4) Com frequência (5) Com muita frequência (6) Não sei</p>