



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA – UEPB

CAMPUS I - BODOCONGÓ

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS

DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA

ÉRICK TÁSSIO BARBOSA NEVES

**ABSENTEÍSMO ESCOLAR EM CRIANÇAS ASSOCIADO A PROBLEMAS
DE SAÚDE ORAL**

CAMPINA GRANDE - PB

2015

ÉRICK TÁSSIO BARBOSA NEVES

**ABSENTEÍSMO ESCOLAR EM CRIANÇAS ASSOCIADO A PROBLEMAS
DE SAÚDE ORAL**

Artigo apresentado ao Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Flávia Granville-Garcia

CAMPINA GRANDE – PB

2015

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

N511a Neves, Erick Tássio Barbosa.
Absenteísmo escolar em crianças associado a problemas de saúde oral [manuscrito] / Erick Tássio Barbosa Neves. - 2015.
46 p.

Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia)
- Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2015.
"Orientação: Profa. Dra. Ana Flávia Granville-Garcia, Departamento de Odontologia".

1. Absenteísmo. 2. Escolares. 3. Pré-escolar. 4. Cárie dentária. 5. Saúde bucal. I. Título.

21. ed. CDD 617.67

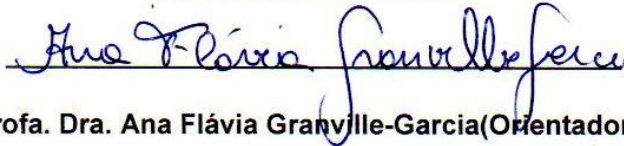
ÉRICK TÁSSIO BARBOSA NEVES

**ABSENTEÍSMO ESCOLAR EM CRIANÇAS ASSOCIADO A PROBLEMAS
DE SAÚDE ORAL**

Artigo apresentado ao Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

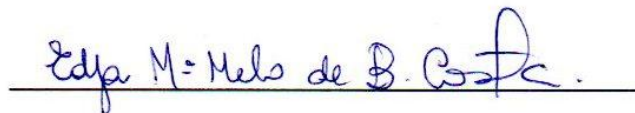
Aprovado em: 14 / 05 2015

BANCA EXAMINADORA



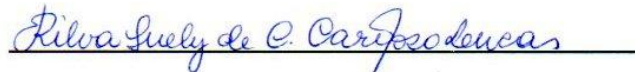
Profa. Dra. Ana Flávia Granville-Garcia(Orientadora)

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profa. Dra. Edja Maria Melo de Brito Costa

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profa. Dra. Rilva Suely de Castro Cardoso Lucas

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

DEDICATÓRIA

À minha mãe, **Maria do Socorro Barbosa Neves**, minha referência mais concreta de dignidade e ética.

À minha orientadora, **Profa. Dra. Ana Flávia Granville-Garcia**, a qual depositou em mim o apoio incondicional e a confiança de quem respeita, cuida e guia.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela dádiva da vida e principalmente pelo cultivo da vontade insaciável de fazer o certo independentemente das circunstâncias.

Aos familiares, em especial à minha mãe **Maria do Socorro Barbosa Neves**, à minha irmã, **Emily Thaís Barbosa Neves**, meus avós **Gertrudes Severina da Conceição** e **Adão Gomes Barbosa** (in memoriam) e meu pai **Edvaldo Neves da Silva**, aos quais devo o apoio e a confiança sublime de quem ama e conhece.

À minha orientadora, Profa. Dra. Ana Flávia Granville-Garcia, por sua paciência, disponibilidade e apoios indispensáveis, além do seu grande exemplo enquanto pessoa e profissional altamente capacitada, seja na prática clínica, na pesquisa ou na extensão.

A Ramon Targino Firmino por sua implacável ajuda e apoio para a realização deste trabalho, certo de que a sua disciplina, capacidade intelectual e empenho já o fazem parte de minha inspiração e referência enquanto profissional.

Aos componentes da banca avaliadora, **Profa. Dra. Edja Maria Melo de Brito Costa** e a **Profa. Dra. Rilva Suely de Castro Cardoso Lucas** pela disponibilidade de sempre e suas inestimáveis contribuições à minha formação.

À Universidade de Queensland na Austrália, por despertar-me ainda mais para o interesse pelo saber, mostrando-me um mundo de conhecimentos científicos paralelos aos que construí na Universidade Estadual da Paraíba.

Aos amigos de caminhada durante a graduação, principalmente os mais próximos, **Andressa Alves, Priscila Hellen, Rômulo Thiago, Hellen Bandeira, Erik Lafitt e Matheus Perazzo**. **Aos técnicos administrativos, servidores e à comunidade de pacientes**, a eles sou grato e tenho a responsabilidade social de retorno dos meus conhecimentos.

À Dra Maria Emília de Paula Rego, ilustre figura humana e profissional de altíssimo valor na Odontologia. Com a qual através de estágios eletivos compreendi ainda mais o valor do cuidado ético, do vínculo emocional e humanizado e das condutas baseadas sempre no que for melhor para o paciente. A ela, o meu muito obrigado e o apreço de um filho que reconhece a mãe de longe.

Aos professores da Universidade Estadual da Paraíba, especialmente aqueles com que tive a oportunidade de estar próximo e aprender no convívio diário em projetos de extensão e estágios: **Professora Rosa Maria Mariz de Melo Sales Marmhoud Coury, Professora Dra. Rilva Suelly de Castro Cardoso Lucas e o Professor Dr. Josuel Raimundo Cavalcante.**

Aos amigos de intercâmbio na Austrália, especialmente **Isabela Rezende, Victor Lacerda, Thiago Martins, Gabriel Azambuja, Rafael Mendonça, Sarah Raquel, Thais Piccolo, Marília Florisbal, Aline Cristina Costa e Ohana Zuza.** Com os quais aprendi o valor do aconhego de uma família, ainda que longe de suas raízes. Estes edificaram a minha experiência na graduação sanduíche transformando-a em um tempo mais proveitoso, verdadeiro e feliz.

“A persistência é o menor caminho do êxito”

Charles Chaplin

RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar a prevalência e os fatores associados ao absenteísmo escolar devido às condições de saúde bucal em uma amostra representativa de crianças em idade pré-escolar. Um estudo transversal foi realizado com 836 crianças entre 3-5 anos aleatoriamente selecionadas a partir de pré-escolas públicas e privadas de Campina Grande, Brasil. Os pais/cuidadores responderam a versão brasileira do "Early Childhood Oral Health Impact Scale - ECOHIS". O item "faltou à pré-escola, creche ou escola" foi a variável dependente. Um questionário abordando variáveis sócio-demográficas (sexo e idade da criança, escolaridade materna e renda familiar), também foi aplicado. Os exames clínicos para cárie dentária, traumas dentários (TD) e má oclusão foram realizados por três dentistas previamente calibrados (Kappa: 0,85-0,90). Estatísticas analíticas e descritivas foram realizadas, seguidas de regressão logística para amostras complexas ($\alpha = 5\%$). A prevalência de absenteísmo escolar devido às condições de saúde bucal foi de 8,4%. A maioria das crianças tinha lesões cavitadas (47,9%) e cerca de um terço tinha TD (33,7%) e má oclusão (34,8%), a única variável que se manteve associada ao absenteísmo escolar no modelo final foram as lesões cavitadas de cárie ($p = 0,012$; OR = 2,872; IC 95% = 1,266-6,514). A prevalência de absenteísmo escolar devido às condições de saúde bucal foi baixa e foi associada à presença de lesões cavitadas.

Palavras-chave: Absenteísmo; Escolas; Criança; Pré-escolar; Cárie Dentária; Traumatismos Dentários; Má-oclusão.

ABSTRACT

The aim of this study was to evaluate the prevalence and associated factors of school absenteeism due to oral health conditions in a representative sample of pre-school children. A cross-sectional study was conducted with 836 children aged 3-5 years randomly selected from public and private pre-schools from Campina Grande, Brazil. Parents/guardians answered the Brazilian version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale - ECOHIS. The item "missed preschool, daycare or school" was the dependent variable. A questionnaire addressing socio-demographic variables (child's sex, child's age, mother's schooling and household income), was also administered. Clinical exams for dental caries, traumatic dental injury (TDI) and malocclusion were performed by three previously calibrated dentists (Kappa: 0.85-0.90). Descriptive, analytical statistics were conducted, followed by logistic regression for complex samples ($\alpha = 5\%$). The prevalence rate of school absenteeism due to oral health conditions was 8.4%. Most children had cavitated lesions (47.9%) and about one third had TDI (33.7%) and malocclusion(34.8%).The only variable that remained associated with school absenteeism in the final model was cavitated lesions ($p=0.012$; OR = 2.872; 95% CI: 1.266-6.514). The prevalence of school absenteeism due to oral health conditions was low and was associated to the presence of cavitated lesions.

Key words: Absenteeism; Schools; Child, Preschool; Dental Caries; Tooth Injuries; Malocclusion.

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| TABELA 1 - Características sociodemográficas e clínicas da amostra..... | 20 |
| TABELA 2 - Regressão logística bivariada para amostras complexas relativas ao absenteísmo escolar e às variáveis independentes entre crianças de três a cinco anos..... | 22 |
| TABELA 3 - Regressão logística múltipla para amostras complexas relativas ao absenteísmo escolar e às variáveis independentes entre crianças de três a cinco anos..... | 23 |

LISTA DE ABREVIATURAS

| | |
|--------|--|
| ECOHIS | <i>Early Childhood Oral Health Impact Scale</i> |
| IDH | Índice de Desenvolvimento Humano |
| n | Número |
| SPSS | <i>Statistical Package for the Social Sciences</i> |
| TD | Traumatismo Dentário |
| TDI | <i>Traumatic dental injuries</i> |
| UEPB | Universidade Estadual da Paraíba |
| US\$ | <i>United States dollar</i> |

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO | 12 |
| 2. MATERIAIS E MÉTODO | 14 |
| 2.1.CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA | 14 |
| 2.2.CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE | 15 |
| 2.3.TREINAMENTO E EXERCÍCIOS DE CALIBRAÇÃO | 15 |
| 2.4. ESTUDO PILOTO | 16 |
| 2.5. COLETA DOS DADOS NÃO CLÍNICOS..... | 16 |
| 2.6. COLETA DOS DADOS CLÍNICOS..... | 17 |
| 2.7. ANÁLISE ESTATÍSTICA | 18 |
| 3. RESULTADOS | 20 |
| 4. DISCUSSÃO | 24 |
| 5. CONCLUSÃO | 27 |
| 6.REFERÊNCIAS | 28 |
| 7. APÊNDICES | 33 |
| APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido | 34 |
| APÊNDICE B – Consentimento da Secretaria Municipal de Educação | 35 |
| APÊNDICE C – Consentimento da Secretaria Estadual de Educação | 36 |
| APÊNDICE D -Consentimento das Escolas Particulares | 37 |
| APÊNDICE E – Questionário Dirigido aos Pais..... | 38 |
| APÊNDICE F – Ficha Clínica | 39 |
| 8. ANEXOS | 42 |
| ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisas com seres humanos | 43 |
| ANEXO B – Instrumento ECOHIS..... | 44 |

INTRODUÇÃO

A cárie dentária, os traumas dentários (TD) e a má-oclusão são problemas comuns na infância que podem causar uma série de limitações funcionais, emocionais, sociais e econômicas (1-4). O potencial impacto educacional destas condições também deve ser considerado, uma vez que as crianças podem se ausentar da escola devido aos sintomas resultantes de problemas dentários, ou em razão da necessidade de serem conduzidas ao consultório odontológico (5, 6). Para entender a magnitude deste assunto, estima-se que cerca de 51 milhões de horas escolares sejam perdidas anualmente devido a injúrias de origem dentária (5). Além disso, estudos têm relatado prevalências de absenteísmo escolar, resultantes de problemas dentários, variando de 4,0% a 70,0% em crianças entre 5 e 15 anos de idade (6, 7-11).

A saúde do estudante é um forte preditor do seu desempenho acadêmico. Jovens saudáveis, felizes, ativos e bem nutridos são mais propensos a frequentar a escola, estarem envolvidos e preparados para o processo de aprendizagem (12, 13). O tempo ausente da escola tira as oportunidades das crianças de aprender (14), tornando-as mais propensas a um desempenho acadêmico inferior (11, 15, 16), o que pode aumentar a preocupação dos pais quanto ao futuro sucesso de seus filhos (14).

Apesar do número crescente de estudos analisando as consequências sociais das condições de saúde oral (5, 17-20), pouca atenção tem sido dada para as possíveis repercussões educacionais desses problemas. Os poucos estudos que abordaram este assunto foram na maioria realizados com crianças em idade mais avançada e adolescentes (10, 21-23) ou se concentraram na avaliação de problemas específicos, como a influência da cárie dentária no desempenho acadêmico (9, 13, 23, 24). As investigações têm negligenciado em explorar o papel de outros problemas orais como o trauma dentário e a má oclusão no absenteísmo escolar em crianças pré-escolares.

O objetivo do presente estudo foi avaliar a prevalência e os fatores associados ao absenteísmo escolar devido às condições de saúde oral em uma amostra representativa de crianças pré-escolares brasileiras.

MATERIAIS E MÉTODO

O presente estudo foi conduzido de acordo com a declaração de Helsinki, sendo independentemente revisado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (Brasil) (Número do processo: 00460133000-11) - (ANEXO A). Todos os direitos dos participantes foram garantidos. Os pais ou cuidadores receberam informações com relação aos objetivos do estudo e assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido previamente à participação das crianças-(APÊNDICE A).

CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA

Um estudo transversal foi realizado envolvendo uma amostra randomizada de 836 crianças de ambos os sexos na faixa etária entre três e cinco anos e matriculados em escolas privadas ou públicas na cidade de Campina Grande, Brasil. Os participantes foram selecionados a partir de uma população total de 12.705 crianças dentro do já citado grupo etário. Campina Grande (população: 386.000 habitantes) é uma cidade conhecida por ser um pólo industrial no Nordeste do Brasil e encontra-se dividida em seis distritos administrativos. A cidade apresenta um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0.72 (25).

A porcentagem de distribuição das crianças entre três e cinco anos de idade em cada distrito administrativo foi calculada a partir de informações disponibilizadas pelo Conselho Municipal de Educação. Para assegurar a sua representatividade, a amostra foi estratificada de acordo com o distrito administrativo e o tipo de pré-escola (método de amostragem por duplo estágio). As pré-escolas foram escolhidas aleatoriamente em cada distrito administrativo na primeira fase e crianças foram selecionadas aleatoriamente de cada pré-escola na segunda fase. A distribuição da amostra foi proporcional para o total da população matriculada em pré-escolas privadas e públicas em cada distrito administrativo da cidade. O tamanho da amostra foi calculado baseado em uma margem de erro de 4%, um nível de confiança de

95% e um fator de correção de 1.2 para compensar o efeito do desenho. Um índice de 50% de prevalência de absenteísmo escolar foi considerado para aumentar o poder e também porque este valor fornece a maior amostra independente da prevalência real (26). Após a devida autorização dos órgãos cabíveis, dezoito das 127 pré-escolas públicas, e quinze das 122 pré-escolas privadas foram aleatoriamente selecionadas- (APÊNDICES B, C e D).O tamanho mínimo da amostra foi estimado em 720 crianças, para a qual um acréscimo de 20% foi adicionado para compensar possíveis perdas , resultando em uma amostra total de 864 crianças.

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Para serem incluídas neste estudo, as crianças necessitaram estar entre a idade de três a cinco anos, matriculadas em uma pré-escola e livres de doenças sistêmicas (baseando-se nos dados dos pais/cuidadores). Somente relatos de pais/cuidadores foram considerados para doenças sistêmicas; nenhuma exame sistêmica foi conduzida. Os critérios de exclusão foram a presença de um ou mais dentes permanentes erupcionados, histórico de tratamento ortodôntico e pais/cuidadores não fluentes na língua portuguesa do Brasil.

TREINAMENTO E EXERCÍCIOS DE CALIBRAÇÃO

Os exercícios de treinamento e calibração consistiram em duas etapas (teórica e clínica). A etapa teórica envolveu uma discussão sobre os critérios para o diagnóstico de cárie dentária, trauma dentário (TD) e má oclusão. Um especialista em Odontopediatria (padrão-ouro nesta área do conhecimento) coordenou esta etapa, instruindo três cirurgiões-dentistas (clínicos gerais) sobre como realizar o exame. A etapa clínica foi realizada em uma pré-escola selecionada aleatoriamente que não fez parte da amostra principal. Os dentistas examinaram 50 crianças previamente selecionadas entre três a cinco anos de idade. A análise dos dados

envolveu o cálculo do coeficiente Kappa de Cohen dente-a-dente para cárie dentária e TD. Para má-oclusão, o coeficiente Kappa de Cohen foi calculado baseado na concordância no diagnóstico do tipo de má oclusão. A concordância entre-examinadores foi testada comparando cada examinador com o padrão-ouro ($K = 0,85-0,90$). Um intervalo de sete dias foi respeitado entre os exames clínicos para a determinação da concordância intra-examinadores ($K = 0,85-0,90$). Uma vez que os coeficientes Kappa obtidos foram muito bons (27), os examinadores foram considerados capazes de realizar o estudo epidemiológico.

ESTUDO PILOTO

Um estudo piloto foi conduzido para testar a metodologia e compreensão dos questionários. As crianças participantes do estudo piloto ($n = 40$) não foram incluídas na amostra principal. Como não houve mal-entendidos sobre os questionários ou a metodologia, não foram necessárias alterações no processo de coleta de dados.

COLETA DOS DADOS NÃO-CLÍNICOS

A coleta dos dados não-clínicos envolveu um item na subescala de função da criança presente na versão brasileira do *Early Childhood Oral Health Impact Scale* (B- ECOHIS) - (ANEXO B) e um questionário de dados sócio-demográficos - (APÊNDICE E). Os pais/cuidadores foram previamente contatados para participar de uma reunião nas pré-escolas, onde então estes foram informados sobre os objetivos do estudo. Os pais/cuidadores que concordaram em participar do estudo assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido e foram então instruídos a responder aos questionários. Para o B- ECOHIS, os pais/cuidadores foram orientados a considerar toda a experiência de vida da criança das condições de saúde bucal até tratamentos. Todos os questionários foram preenchidos pelos pais/cuidadores e devolvidos ao final da reunião.

O B- ECOHIS aborda as percepções de pais/cuidadores sobre o impacto de problemas de saúde bucal na qualidade de vida de crianças pré-escolares e suas famílias. Esta escala é dividida em duas seções (impacto nas crianças e impacto na família), contendo seis domínios e treze itens. O absenteísmo escolar devido a problemas de saúde bucal foi avaliado usando a sub-escala de função da criança (28,29) . O item " Sua criança já faltou à creche, jardim de infância ou escola devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?" demonstrou consistência interna satisfatória e confiabilidade. Para fins estatísticos, o absenteísmo escolar foi dicotomizado como ausente (quando a opção de resposta "nunca" foi marcada) ou presente (quando as demais opções de resposta foram marcadas: "quase nunca" , "às vezes" , "frequentemente" e "muito frequentemente"). As respostas "não sei" não foram contabilizadas.

Os seguintes dados sócio-demográficos foram analisados: sexo da criança , idade da criança, escolaridade da mãe, idade da mãe/cuidador e renda familiar (classificada com base no salário mínimo vigente no Brasil, que foi igual a US\$312.50).

COLETA DOS DADOS CLÍNICOS

Após o retorno dos questionários, os exames clínicos foram realizados por três dentistas que haviam sido previamente submetidos a um exercício de calibração. Antes do exame, as crianças realizaram a higiene dos dentes sob a supervisão de um examinador. Para tal, cada criança recebeu um kit contendo uma escova de dentes, creme dental e fio dental para remover a placa bacteriana das superfícies dentais e facilitar o diagnóstico. As crianças foram examinadas nas pré-escolas na posição sentada em frente ao examinador e as informações registradas em ficha clínica específica - (APÊNDICE F). A iluminação foi fornecida por uma lâmpada portátil (lâmpada de cabeça Petzl Zoom, Petzl América , Clearfield, UT, EUA). Os dentistas usaram equipamentos de proteção individual (EPI's) , um espelho bucal estéril (PRISMA ® , São Paulo, SP , Brasil) , sonda Williams estéril (OMS -621 , Trinity ® , Campo Mourão, PA , Brasil) e gaze para secar os dentes.

A cárie dentária foi diagnosticada através do Sistema Internacional de Avaliação e Detecção de Cárie (ICDAS II) (30). Este índice possui códigos que variam de 0 (ausência de cárie dentária) até 6. Devido à natureza epidemiológica do presente estudo ,o código 1 não foi utilizado, uma vez que a secagem dos dentes foi realizada com gaze em vez de ar comprimido. O código 2 foi usado para manchas brancas e códigos iguais ou superiores a 3 determinaram diferentes graus de cavitação. A gravidade da cárie também foi considerada, sendo esta variável categorizada como ausente (código 0), manchas brancas (códigos 1 e 2) e lesões cavitadas (códigos de 3, 4, 5 e 6) .

O TD foi classificado como fratura de esmalte, fratura de esmalte + fratura de dentina, fratura coronária complicada, luxação extrusiva, luxação lateral, luxação intrusiva e avulsão (31). Uma avaliação visual da coloração do dente consequente ao trauma também foi realizada. Dessa forma, o TD foi registrado como presente, quando algum tipo de injúria ou descoloração dental era diagnosticada.

A má oclusão foi registrada na presença de pelo menos uma das seguintes condições: overbite aumentado (>2 milímetros) , overjet aumentada (>2 milímetros), mordida aberta anterior, mordida cruzada anterior e mordida cruzada posterior (32,33). Após o exame, um verniz fluoretado foi aplicado em todos os dentes e as crianças com cárie ou outras necessidades de tratamento odontológico tiveram seus pais/responsáveis orientados a buscar tratamento.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

Estatísticas descritivas foram realizadas para a caracterização da amostra. A distribuição de frequências dos dados foi determinada. A variável dependente foi o absentismo escolar relacionado a problemas de saúde oral (dicotomizada como sim/não). Regressão logística, considerando o efeito do desenho em pesos de amostragem para amostras complexas foi conduzida para a variável dependente ($p < 0,05$). Variáveis independentes com um valor de $p < 0,20$ foram incorporadas ao modelo de regressão logística múltipla, utilizando um procedimento backward. A

análise estatística foi realizada utilizando o programa Statistical Package for the Social Sciences (IBM SPSS para Windows, versão 20.0, IBM Corp, Amonk, NY, EUA).

RESULTADOS

Um total de 836 pares de crianças pré-escolares e seus pais / cuidadores participaram do estudo, o que corresponde a 96,7% do total determinado pelo cálculo do tamanho da amostra. A perda de 28 crianças ocorreu devido a respostas incompletas (n = 16), falta de cooperação durante o exame (n = 7) e ausência do pré-escolar nos dias previstos para os exames clínicos (n = 5).

A Tabela 1 mostra as características sociodemográficas e clínicas da amostra. Quase metade das crianças apresentou lesões cavitadas de cárie (47,9%) e cerca de um terço tinha TD e má oclusão (33,7% e 34,8%, respectivamente). A prevalência de absenteísmo escolar devido a problemas orais foi de 8,4%.

Tabela 1. Características sociodemográficas e clínicas da amostra.

| Variável | N | Frequência | |
|------------------------------|-----|------------|------|
| | | | % |
| Sexo | | | |
| Masculino | 431 | | 51,5 |
| Feminino | 405 | | 48,5 |
| Idade | | | |
| 3 anos | 271 | | 32,4 |
| 4 anos | 331 | | 39,6 |
| 5 anos | 234 | | 28,0 |
| Escolaridade da mãe | | | |
| ≤ 8 anos de estudo | 383 | | 46,0 |
| >8 anos de estudo | 450 | | 54,0 |
| Renda familiar mensal | | | |
| ≤ 1 salário mínimo | 437 | | 54,8 |
| > 1 salário mínimo | 360 | | 45,2 |

| | | |
|--|------------|--------------|
| Severidade das cáries dentárias | | |
| Livres de cárie | 279 | 33,4 |
| Manchas brancas | 156 | 18,7 |
| Lesões cavitadas | 401 | 47,9 |
| TD | | |
| Ausente | 551 | 62,3 |
| Presente | 281 | 33,7 |
| Tipos de TD | | |
| Descoloração | 94 | 11,3 |
| Avulsão e/ou luxação | 11 | 1,3 |
| Fratura de esmalte + dentina | 41 | 5,0 |
| Fratura de esmalte/sem trauma | 686 | 82,4 |
| Má-oclusão | | |
| Ausente | 542 | 65,15 |
| Presente | 290 | 34,85 |
| Absenteísmo escolar | | |
| Ausente | 766 | 91,6 |
| Presente | 70 | 8,4 |
| TOTAL | 836 | 100,0 |

Na análise bivariada, as seguintes variáveis foram associadas ao absenteísmo escolar: crianças de 5 anos, renda familiar mensal inferior ou igual a um salário mínimo, lesões de cárie cavitadas e descoloração (Tabela 2).

Tabela 2. Regressão logística bivariada para amostras complexas relativas ao absenteísmo escolar e às variáveis independentes entre crianças de três a cinco anos.

| Variável | Absenteísmo escolar | | p – valor | OR Bivariada Não ajustada (95% IC) | Tamanho do efeito |
|--|---------------------|-------------|-----------|--|----------------------|
| | Sim n(%) | Não n(%) | | | |
| Sexo | | | | | |
| Masculino | 43 (10,0) | 388(90,0) | 0,400 | 1,318 (0,692-2,510) | 0,06 |
| Feminino | 27 (6,7) | 378(93,3) | | | |
| Idade da criança | | | | | |
| 3 anos | 17 (6,3) | 25(93,7) | | 1,00 | 0,08 |
| 4 anos | 25 (7,6) | 306(92,4) | 0,298 | 1,441 (0,724-2,869) | |
| 5 anos | 28 (12,0) | 206(88,0) | 0,032 | 2.282 (1,072-4,859) | |
| Escolaridade da mãe | | | | | |
| ≤ 8 anos de estudo | 36 (9,4) | 347(90,6) | 0,426 | 1,267 (0,706-2,274) | 0,03 |
| > 8 anos de estudo | 34 (7,6) | 416(92,4) | | 1,00 | |
| Renda familiar mensal | | | | | |
| ≤ 1 salário mínimo | 48 (11,0) | 389(89,0) | 0,065 | 1.913 (0,960-3,814) | 0,09 |
| > 1 salário mínimo | 20 (5,6) | 340(94,4) | | | |
| Severidade das cáries dentárias | | | | | |
| Livres de cárie | 14 (5,0) | 265(95,0) | | 1,00 | 0,16 |
| Manchas brancas | 4 (2,6) | 152(97,4) | 0,071 | 0,323 (0,095-1,101) | |
| Lesões cavitadas | 52 (13,0) | 349(87,0) | 0,002 | 3,014 (1,489-6,103) | |
| TD | | | | | |
| Ausente | 45 (8,2) | 506(91,8) | | 1,00 | 0,01 |
| Presente | 25 (8,9) | 256(91,1) | 0,546 | 1,222 (0,638-2,341) | |
| Tipo de TD | | | | | |
| Descoloração | 10 (10,6) | 84 (89,4) | 0,133 | 2,147 (0,791-5,828) | 0,06 |
| Avulsão e/ou luxação | 2 (18,2) | 9 (81,8) | 0,383 | 2,216 (0,370-13,259) | |
| Fratura de esmalte+ dentina | 5 (12,2) | 36 (87,8) | 0,291 | 1,847 (0,591-5,777) | |
| Fratura de esmalte/sem trauma | 53 (7,7) | 633(92,3) | | 1,00 | |
| Má-oclusão | | | | | |
| Ausente | 24 (8,3) | 266(91,7) | | 1,00 | 0,004 |
| Presente | 46 (8,5) | 496(91,5) | 0,734 | 1,108 (0,613-2,002) | |

No entanto, apenas lesões de cárie cavitadas (p = 0,012; OR = 2,872; IC 95%: 1,266-6,514) mantiveram-se associadas ao absenteísmo escolar no modelo de regressão logística final (Tabela 3).

Tabela 3. Regressão logística múltipla para amostras complexas relativas ao absentéismo escolar e às variáveis independentes entre crianças de três a cinco anos .

| Variável | OR Ajustada | | Tamanho do efeito |
|---------------------------------------|-------------|---------------------|-------------------|
| | p -valor | Múltiplo (95%IC) | |
| Severidade das cáriesdentárias | | | |
| Livres de cárie | | 1,00 | 0,16 |
| Manchas brancas | 0,122 | 0,369 (0,104-1,306) | |
| Lesões cavitadas | 0,012 | 2,872 (1,266-6,514) | |

DISCUSSÃO

A presente investigação mostrou que crianças faltaram a escola devido a problemas de saúde oral, uma vez que lesões cavitadas foram associadas a este desfecho. Um estudo prévio (24) também abordou o assunto; entretanto ele utilizou um instrumento não validado para pré-escolares. Ademais, o estudo citado avaliou especificamente a relação entre cárie e absenteísmo escolar, não investigando variáveis sócio-demográficas bem como outros problemas de saúde bucal como o TD e a má-oclusão. Até onde sabemos este é o primeiro estudo a considerar características sociodemográficas, TD e má-oclusão em conjunto com a cárie, e avaliar o papel destas variáveis como fatores determinantes para o absenteísmo escolar em uma amostra representativa de pré-escolares.

A prevalência de absenteísmo escolar devido a problemas orais foi baixa (8,4%). Talvez isso tenha ocorrido porque nem todas as condições orais encontradas causaram sintomatologia grave o suficiente para evitar que a criança fosse à escola. A literatura relata diferentes resultados (6-9,11, 24), no entanto, as comparações deste resultado com outros estudos são limitadas por uma série de fatores, tais como faixas etárias diferentes, diferentes fontes de coleta de dados, bem como distintos pontos de corte para definir o absenteísmo escolar (últimas duas semanas, três últimos meses, ano anterior). Ao contrário de investigações anteriores (5, 6, 15, 16), no presente estudo os pais foram solicitados a considerar toda a vida de seus filhos, o que provavelmente contribuiu para uma informação mais completa.

Crianças com lesões de cárie cavitadas tiveram quase três vezes mais chances de estarem ausentes da escola do que as livres de cárie e com manchas brancas. Este resultado contrasta com outro estudo realizado com pré-escolares brasileiros (24), no qual a cárie e não a severidade da cárie dentária foi relacionada à ausência escolar. Ao contrário do estudo citado, na presente investigação, a maioria das crianças apresentaram lesões mais graves, o que pode ter contribuído para esse achado. Cáries severas podem causar dor de dente (34), o que pode prejudicar a execução de atividades do dia a dia, como comer, falar, brincar com os amigos e até mesmo ir à escola (4,35). Além disso, crianças distraídas pela dor dental podem

ser incapazes de se concentrar e aprender, de realizarem atividades escolares completase de obterem bons resultados em testes (10, 11, 13), o que reforça a necessidade de intervenção precoce, a fim de minimizar essas consequências.

Nem os TD nem a má oclusão foram associados ao absenteísmo escolar. Isso pode ter ocorrido devido ao fato de que a maioria das crianças tinha apenas fraturas de esmalte, que, de forma similar à má oclusão, não causam dor. Além disso, considerando que os pais geralmente são os encarregados pelas decisões que concernem a saúde da criança (1), a baixa gravidade das lesões pode ter contribuído para a falta de consciência da condição, o que pode ter levado à não procura pelo tratamento dentário adequado; assim fazendo com que a criança não faltasse à escola. Pessoas em desvantagem socioeconômica são mais propensas a terem piores comportamentos de saúde (36). Um exemplo é o adiamento do tratamento odontológico até que os sintomas sejam mais graves, o que aumenta o tempo ausente da escola devido a maiores necessidades de tratamento (37). Por outro lado, no presente estudo, nenhum dos fatores sociodemográficos analisados foi associado ao desfecho. Isso pode ter acontecido por conta da baixa variabilidade nas categorias dessas variáveis, o que pode estar omitindo uma relação verdadeira (15).

Os resultados encontrados neste estudo sugerem a mobilização de gestores da área da Saúde objetivando a aprimoração de estratégias para oferta dos serviços odontológicos prestados no Brasil. Programas de prevenção e promoção da saúde oral são ferramentas indispensáveis para o diagnóstico precoce de problemas relacionados à saúde oral e devem contar com o suporte e rigidez das evidências disponíveis na literatura científica.

Este estudo é limitado por sua natureza transversal, o que impede o estabelecimento de relações de causa e efeito. Por outro lado, a utilização de um questionário validado, bem como realização de uma análise de regressão logística, considerando o efeito de desenho em pesos de amostragem para amostras complexas, permitiu o controle das variáveis de confusão, resultando em dados mais sólidos.

Além disso, as crianças que participaram do nosso estudo foram selecionadas aleatoriamente a partir de pré-escolas públicas e privadas através de um processo de amostragem em duas fases, no qual a proporção de crianças em cada distrito administrativo da cidade foi mantida. Isto permite extrapolar os resultados para a população.

O absenteísmo escolar é um problema sério uma vez que as horas de aprendizagem perdidas podem causar consequências a longo prazo para as crianças (10), assim como pode haver necessidade dos pais se ausentarem do trabalho para levar a criança ao dentista, o que pode, eventualmente, colocá-los sob situações de tensão e estresse em seu ambiente de trabalho. Gestores de saúde devem refletir sobre a oferta de serviços odontológicos fora do horário escolar/comercial, uma vez que isto beneficiaria as crianças e seus pais, evitando a perda deste tão valioso recurso: tempo. Não obstante, mais estudos, principalmente com um desenho longitudinal, ainda são necessários para se garantir uma melhor compreensão desta problemática.

CONCLUSÃO

A prevalência de absenteísmo escolar devido a problemas de saúde bucal em pré-escolares foi baixa, sendo este evento associado à presença de lesões cavitadas de cárie. As demais condições bucais e as variáveis sociodemográficas não foram associadas ao absenteísmo escolar.

REFERÊNCIAS

1. PAHEL, B.T.; ROZIER, R.G. and SLADE, G.D. Parental perceptions of children's oral health: The Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). **Health and Quality of Life Outcomes**, 5:6, 2007.
2. ABANTO, J.; PAIVA S.M.; RAGGIO, D.P.; CELIBERTI, P.; ALDRIGUI, J.M. and BÖNECKER, M. The impact of dental caries and trauma in children on family quality of life. **Community Dent Oral Epidemiol** 40, 323–331,2012.
3. SCARPELLI, A.C.; PAIVA, S.M.; VIEGAS, C.M.; CARVALHO, A.C.; FERREIRA, F.M. and PORDEUS, I.A. Oral health-related quality of life among Brazilian preschool children. **Community Dent Oral Epidemiol** 41, 336–344,2013.
4. GOMES, M.C.; PINTO-SARMENTO, T.C.; COSTA, E.M.; MARTINS, C.C.; GRANVILLE-GARCIA, A.F. and PAIVA, S.M. Impact of oral health conditions on the quality of life of preschool children and their families: a cross-sectional study. **Health Qual Life Outcomes** 12, 55,2014.
5. GIFT, H.C.;REISINE, S.T. andLARACH, D.C.The social impact of dental problems and visits.**Am J Public Health** 82, 1663-1668,1992.
6. PONGPICHIT, B.;SHEIHAM, A.;PIKHART, H. andTSAKOS G. Time absent from school due to dental conditions and dental care in Thai school children. **J Public Health Dent**68, 76-81,2008.
7. SHEPHERD, M.A.;NADANOVSKY, P. andSHEIHAM, A. The prevalence and impact of dental pain in 8-year-old school children in Harrow, England. **Br Dent J** 187, 38-41,1999.
8. NAIDOO, S.; CHIKTE, U.M. and SHEIHAM, A. Prevalence and impact of dental pain in 8-10-year-olds in the western Cape. **SADJ** 56, 521-523, 2001.

9. JACKSON, S. L.; VANN, JR.; W. F. ; KOTCH, J. N; PAHEL, B. T. and LEE, J. Y. Impact of Poor Oral Health on Children's School Attendance and Performance. **American Journal of Public Health** , 101:1900-6, 2011.
10. KRISDAPONG, S.; PRASERTSOM, P.; RATTANARANGSIMA, K. and SHEIHAM, A. School absence due to toothache associated with sociodemographic factors, dental caries status, and oral health-related quality of life in 12- and 15-year-old Thai children. **J Public Health Dent** 73, 321-328, 2013.
11. SEIRAWAN, H.; FAUST, S. and MULLIGAN, R. The impact of oral health on the academic performance of disadvantaged children. **Am J Public Health** 102, 1729-1734, 2012.
12. BLUMENSHINE, S.L.; VANN, W.F.JR.; GIZLICE, Z. and LEE, J.Y. Children's school performance: impact of general and oral health. **J Public Health Dent** 68, 82-87, 2008.
13. GARG, N.; ANANDAKRISHNA, L. and CHANDRA, P. Is there an Association between Oral Health Status and School Performance? A Preliminary Study. **Int J Clin Pediatr Dent** 5, 132-135, 2012.
14. FILCE, H.G. and LAVERGNE, L. Absenteeism, educational plans, and anxiety among children with incontinence and their parents. **J Sch Health** 85, 241-50, 2015.
15. BAXTER, S.D.; ROYER, J.A.; HARDIN, J.W.; GUINN, C.H. and DEVLIN, C.M. The relationship of school absenteeism with body mass index, academic achievement, and socioeconomic status among fourth-grade children. **J Sch Health** 81, 417-423, 2011.

16. PIOVESAN, C.;ANTUNES, J.L.;MENDES, F.M.;GUEDES, R.S. andARDENGI, T.M.Influence of children's oral health-related quality of life on school performance and school absenteeism. **J Public Health Dent** 72, 156-163,2012.
17. REISINE, S.T. The impact of dental conditions on social functioning and the quality of life.**Annu Rev Public Health** 9, 1-19,1988.
18. CHEN, M.S. and HUNTER,P.Oral health and quality of life in New Zealand: a social perspective. **SocSci Med** 43, 1213-1222,1996.
19. ANDERSON, H.K.;DRUMMOND, B.K. and THOMSON, W.M. Changes in aspects of children's oral-health-related quality of life following dental treatment under general anaesthesia.**Int J Paediatr Dent**14, 317-325,2004.
20. KRISDAPONG,S.;PRASERTSOM, P.;RATTANARANGSIMA, K. andSHEIHAM, A. Relationships between oral diseases and impacts on Thai school children's quality of life: evidence from a Thai national oral health survey of 12- and 15-year-olds. **Community Dent OralEpidemiol** 40, 550-559,2012.
21. DETTY, A.M. andOZA-FRANK, R.Oral health status and academic performance among Ohio third-graders, 2009-2010.**J Public HealthDent**74, 336-342,2014.
22. AGAKU, I.T.; OLUTOLA, B.G.; ADISA, A.O.; OBADAN, E.M. and VARDAVAS, C.I. Association between unmet dental needs and school absenteeism because of illness or injury among U.S. school children and adolescent saged 6-17 years, 2011-2012. **Prev Med** 72, 83-88,2015.
23. PAULA, J.S.; LISBOA, C.M.; DE CASTRO MENEGHIM, M.; PEREIRA, A.C.; AMBROSANO, G.M. and MIALHE, F.L.School performance and oral health

- conditions: analysis of the impact mediated by socio-economic factors. **Int J Paediatr Dent** (in press),2015.
24. GRADELLA, C.M.; BERNABÉ, E.; BÖNECKER, M. and OLIVEIRA, L.B. Caries prevalence and severity, and quality of life in Brazilian 2- to 4-year-old children. **Community Dent Oral Epidemiol** 39, 498-504,2011.
 25. Brazilian Institute of Geography and Statistics (2012). **First Results of the2010Census**.<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=250400&search=paraiba|campina-grande>. Accessed 18 February 2015.
 26. BROWNER, W.S.; NEWMAN, T.B. and HULLEY, S.B. **Estimating sample size and power: applications and examples**. In: Designing clinical research 2007, Hulley SB, Cummings SR, Browner WS. 3rd ed, Lippincott and Williams & Wilkins, Philadelphia, 65-94,2007.
 27. ALTMAN, D.G. **Practical statistics for medical research**. 2nd ed,Chapman and Hall, London, 2006.
 28. TESCH, F.C.; OLIVEIRA, B.H. and LEÃO, A. Semantic equivalence of the Brazilian version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale. **Cad SaudePublica**24, 1897–1909,2008.
 29. SCARPELLI, A.C.; OLIVEIRA, B.H.; TESCH, F.C.; LEÃO, A.T.; PORDEUS, I.A. and PAIVA, S,M. Psychometric properties of the Brazilian version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale (B-ECOHIS). **BMC Oral Health** 11, 19,2011.
 30. ISMAIL, A.I.; SOHN, W.; TELLEZ, M.; SEN, A.; HASSON, H. and PITTS, N.B. The International Caries Detection and Assessment System (ICDAS): an Integrated System for Measuring Dental Caries. **CommunityDent Oral Epidemiol** 35, 170–178,2007.

31. ANDREASEN, J.O.; ANDREASEN, F.M. and ANDERSSON, L. **Textbook and Color Atlas of Traumatic Injuries to the Teeth**. 4th ed, Munksgaard International Publishers , Copenhagen,2007.
32. FOSTER, T.D. and HAMILTON, M.C.Occlusion in the primary dentition. Study of children at 2 and one-half to 3 years of age.**Br Dent J** 126, 76–79,1969.
33. GRABOWSKI, R.; STAHL, F.; GAEBEL, M. and KUNDT, G. Relationship between occlusal findings and orofacialmyofunctional status in primary and mixed dentition. Part I: Prevalence of malocclusions. **J OrofacOrthop** 68, 26–37,2007.
34. FERRAZ, N.K.;NOGUEIRA, L.C.;PINHEIRO, M.L.; MARQUES, L.S.; RAMOS-JORGE, M.L and RAMOS-JORGE,J.Clinical consequences of untreated dental caries and toothache in preschool children. **Pediatr Dent** 36, 389-392,2014.
35. RAMOS-JORGE,J.;PORDEUS, I.A.; RAMOS-JORGE, M.L.; MARQUES, L.S. and PAIVA, S.M. Impact of untreated dental caries on quality of life of preschool children: different stages and activity. **Community Dent Oral Epidemiol** 42, 311-322,2014.
36. SANDERS, A.E. and SPENCER, A.J. Childhood circumstances, psychosocial factors and the social impact of adult oral health. **Community Dent Oral Epidemiol**33, 370-377,2005.
37. REISINE, S. and MILLER, J. A longitudinal study of work loss related to dental diseases. **SocSci Med** 21, 1309-1314,1985.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Programa de Pós-Graduação em Odontologia

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado (a) Senhor (a), responsável, pedimos o favor de dedicar alguns minutos do seu tempo para ler este comunicado.

Estamos realizando uma pesquisa que tem como título: “Impacto das alterações bucais na Qualidade de Vida em Pré-Escolares de três a cinco anos de Campina Grande-PB”. Esta pesquisa tem finalidade acadêmica. Será realizada mediante aplicação de um questionário aos pais dos pré-escolares, sendo que este procedimento não apresenta quaisquer tipos de risco ou desconforto, exceto o tempo gasto para responder as questões (cerca de 15 minutos); e exame clínico da criança, o qual apresenta baixo risco ou desconforto a mesma e apenas será realizado se ela permitir. Salienta-se que todas as informações obtidas serão guardadas e resguardadas, não sendo revelada sob qualquer pretexto a identificação das crianças e dos respondentes. Deixamos claro, desde já, que não haverá nenhuma forma de benefício financeiro ou pessoal, e que esta declaração de concordância em participar do estudo poderá ser retirada a qualquer época, não acarretando em danos. A sua colaboração, autorizando no quadro abaixo a realização do exame e da entrevista, é importante para avaliar a necessidade de realização de programas de prevenção à cárie dentária. Esclarecemos que sua participação é decorrente de sua livre decisão após receber todas as informações que julgarem necessárias. Você não será prejudicado de qualquer forma caso sua vontade seja de não colaborar, até mesmo onde haja submissão à autoridade. Se quiser informações sobre nosso trabalho, por favor, ligue para Ana Flávia Granville-Garcia, professora responsável pela pesquisa no telefone 33153300, ou então, fale com ela pessoalmente na Av. das Baraúnas, s/n Bodocongó, no horário comercial de 2ª a 6ª feiras. Esperamos contar com o seu apoio, desde já agradecemos.

Ana Flávia Granville-Garcia (Pesquisadora Responsável)

AUTORIZAÇÃO

Após ter sido informado sobre as características da pesquisa: “Perfil epidemiológico da cárie dentária e fatores associados em pré-escolares do município de Campina Grande-PB”, autorizo a realização do exame clínico na criança e entrevista em:

Campina Grande, ___ de _____ 2012

Responsável _____ RG _____



APÊNDICE B - Consentimento da Secretaria Municipal de Educação



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
Departamento de Odontologia

CARTA DE ANUÊNCIA

Exmo. Sr. Secretário Municipal de Educação.

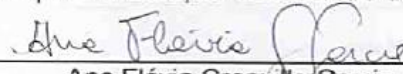
Nós, Ana Flávia Granville-Garcia e Edja Maria de Melo Brito Costa, pesquisadoras responsáveis, objetivamos realizar uma pesquisa para dissertação de mestrado intitulada "Avaliação das repercussões das alterações bucais na qualidade de vida em pré-escolares de 36 a 60 meses de Campina Grande-PB".

Solicitamos, por gentileza, sua autorização para examinar pré-escolares de 36 a 60 meses e entrevistar suas mães/responsáveis. Informamos que a realização deste trabalho não trará custos para as instituições e, na medida do possível, não iremos interferir na operacionalização e/ou nas atividades cotidianas das mesmas. Salientamos, ainda que em retorno, forneceremos os resultados desta pesquisa para a Secretaria de Educação.

Esclarecemos que tal autorização é uma pré-condição bioética para execução de qualquer estudo envolvendo seres humanos, sob qualquer forma ou dimensão, em consonância com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

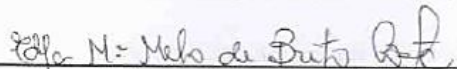
Atenciosamente,

Campina Grande, 28 de fevereiro de 2011



Ana Flávia Granville-Garcia

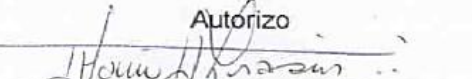
Profª do programa de pós-graduação em odontologia da UEPB



Edja Maria de Melo Brito Costa

Profª do programa de pós-graduação em odontologia da UEPB

Autorizo



Exmo. Prof. Flávio Romero Guimarães

Secretário de Educação do Município de Campina Grande-PB

APÊNDICE C - Consentimento da Secretaria Estadual de Educação



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
Departamento de Odontologia

CARTA DE ANUÊNCIA

Ilma Sra. Claubete Ludugério,

Estamos realizando uma pesquisa que tem como título: “Alterações Bucais: Prevalência, Fatores Associados e Impacto na Qualidade de Vida de Pré-Escolares de Campina Grande-PB” com o objetivo de avaliar a condição de saúde bucal, em relação a cárie dentária, maloclusão e traumatismo, bem como suas possíveis causas e a repercussão dessas condições com a qualidade de vida de crianças de 36 a 60 meses. Esta pesquisa será realizada por professores da Universidade Estadual da Paraíba, alunos de mestrado e de graduação e tem finalidade acadêmica.

O estudo será realizado mediante exame clínico da criança, o qual apresenta baixo risco ou desconforto à criança e apenas será realizado se a mesma e seu pai/mãe/responsável permitir. Também será realizada aplicação de questionário aos pais ou responsáveis, sendo que este questionário não apresenta quaisquer tipos de risco ou desconforto, exceto o tempo gasto para responder as questões (cerca de 15 minutos).

Salienta-se que todas as informações obtidas serão guardadas e resguardadas, não sendo revelada sob qualquer pretexto a identificação das crianças e dos respondentes. Deixamos claro, desde já, que não haverá nenhuma forma de benefício financeiro ou pessoal para os pesquisadores, nem para as instituições.

Solicitamos então, por gentileza, sua autorização para examinar essas crianças e entrevistar suas mães/pais/responsáveis. Informamos que, na medida do possível, não iremos interferir na operacionalização e/ou nas atividades cotidianas das escolas/creches, nem das crianças. Será feita aplicação de Flúor nas crianças, como também serão fornecidos Kits para escovação. Salientamos, ainda que em retorno, forneceremos os resultados desta pesquisa para a Secretaria de Educação.

Esclarecemos que tal autorização é uma pré-condição bioética para execução de qualquer estudo envolvendo seres humanos, sob qualquer forma ou dimensão, em consonância com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Atenciosamente,

Campina Grande, 8 de agosto de 2011

Ana Flávia Granville-Garcia
Profª do programa de pós-graduação em odontologia da UEPB

Edja Maria de Melo Brito Costa
Profª do programa de pós-graduação em odontologia da UEPB

Autorizo

Claubete Ludugério
Chefe do NUAGE da Terceira
Gerência Regional de Educação
Coordenadora da Inspeção de Ensino da 3ª Região

Matrícula 155706-8

88416064.

APÊNDICE D - Consentimento das Escolas Particulares



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

CARTA DE ANUÊNCIA

Exmo(a). Sr(a). Diretor(a).

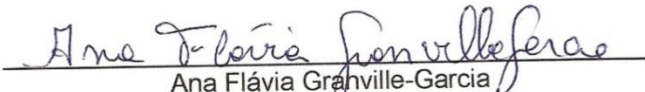
Eu, Ana Flávia Granville-Garcia, pesquisadora responsável, juntamente com minha equipe, objetivamos realizar uma pesquisa para dissertação de mestrado intitulada "Avaliação das repercussões das alterações bucais na qualidade de vida em pré-escolares de 36 a 60 meses de Campina Grande-PB".

Solicitamos, por gentileza, sua autorização para examinar pré-escolares de 36 a 60 meses e entrevistar suas mães/responsáveis. Informamos que a realização deste trabalho não trará custos para as instituições e, na medida do possível, não iremos interferir na operacionalização e/ou nas atividades cotidianas das mesmas. Salientamos, ainda que em retorno, forneceremos os resultados desta pesquisa para a sua escola posteriormente.

Esclarecemos que tal autorização é uma pré-condição bioética para execução de qualquer estudo envolvendo seres humanos, sob qualquer forma ou dimensão, em consonância com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Atenciosamente,

Campina Grande, ____ de _____ de 2011.



Ana Flávia Granville-Garcia

Profª do programa de pós-graduação em odontologia da UEPB

Autorizo

Diretor (a) / Responsável pela escola

APÊNDICE E - Questionário Dirigido aos Pais



Programa de Pós-Graduação em Odontologia

QUESTIONÁRIO DIRECIONADO AOS PAIS/RESPONSÁVEIS

IDENTIFICAÇÃO:

01. Nome da criança: _____
02. Sexo: () menina () menino 03. Dia do aniversário da criança: ____/____/____
04. Nome do responsável pela criança _____
05. Escola: _____ 06. Pública () Particular ()
07. Você é que parente da criança? (MARQUE COM UM X)
- () Mãe () Pai () Irmão (ã) () Tio (a) () Avô (ó) () Vizinho (a)
- () Amigo (a) () Outro. Qual? _____

DADOS SOBRE A FAMÍLIA DA CRIANÇA

09. A mãe da criança estudou até quando? (MARQUE COM UM X)
- () não estudou
- () 1ª a 4ª série incompleta () 1ª a 4ª série completa
- () 5ª a 8ª série incompleta () 5ª a 8ª série completa
- () 1º ao 3º ano científico incompleto () 1º ao 3º ano científico completo
- () ensino superior incompleto () ensino superior completo
10. Somando a sua renda com as das pessoas que moram com você, quanto é aproximadamente, a RENDA MENSAL DA SUA FAMÍLIA? (incluir salários-mínimos, Bolsa família, Seguro desemprego, "bicos") Valor R\$ _____ () Não tem renda

APÊNDICE F - Ficha clínica

Universidade Estadual da Paraíba

Departamento de Odontologia

FICHA CLÍNICA

Nº _____ Examinador: _____

Escola: _____ Pública() Particular ()

Responsável pela criança na
escola: _____

Pertencente ao distrito sanitário: _____

Dados Pessoais:

Nome da criança: _____

Sexo: () menina () menino

Dia, mês e ano em que a criança nasceu: ____/____/____ Idade: ____ (em
meses)

Nome da mãe, pai, ou responsável: _____

Exame Clínico:**TRAUMATISMO**

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

- Tipo de trauma:
 0. Sem trauma
 1. Fratura de esmalte
 2. Fratura de esmalte e dentina
 3. Fratura coronária complicada
 4. Luxação extrusiva
 5. Luxação lateral
 6. Luxação intrusiva
 7. Avulsão
 8. Alteração de cor

MALOCCLUSÃO

01. *Overjet*:

() Ideal () Aumentado () Topo-a-topo () Cruzado

02. *Overbite*: () Ideal () Reduzido () Mordida aberta anterior () Aumentado

03. Mordida Cruzada posterior:

() Ausente () Unilateral, lado _____ () Bilateral

I.D. Circ. _____ Escola _____ Examinador _____ Data _____
 Idade _____ Gênero _____ Anotador _____ Peso _____ Taman _____

- Código Dental**
 S – Saudável
 U - Não erupcionado
 E – Exfoliado (>60 meses)
 X – Perdido por cárie
 Dentes anteriores – (6-59meses)
 Posteriores (6-71meses)
 T – Perdido por trauma
 R – Resto radicular
 N – Não aplicável
 C – Cárie
 P – Exposição pulpar
 F – Fístula

Superior Direito

55 54 53 52 51 61 62 63 64 65

| código dente | 55 | | 54 | | 53 | | 52 | | 51 | | 61 | | 62 | | 63 | | 64 | | 65 | | código dente | |
|--------------|-----|------|-----|-----|------|-----|-----|------|-----|-----|------|-----|-----|------|-----|-----|------|-----|-----|------|--------------|---------|
| | LES | ATIV | RES | LES | ATIV | RES | LES | ATIV | RES | LES | ATIV | RES | LES | ATIV | RES | LES | ATIV | RES | LES | ATIV | | RES |
| Mesial | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Mesial | |
| Oclusal | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Oclusal |
| Distal | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Distal |
| Vestib | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Vestib |
| Lingual | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Lingual |

- Código ICDAS -lesões**
 0- hígido
 2- não cavitada (seca e úmida)
 3- ruptura localizada no esmalte
 4- **sombra cinzenta de dentina**
 5- cavidade com dentina visível
 6- cavidade extensa

Inferior Direito

85 84 83 82 81 71 72 73 74 75

| código dente | 85 | | 84 | | 83 | | 82 | | 81 | | 71 | | 72 | | 73 | | 74 | | 75 | | código dente | |
|--------------|-----|------|-----|-----|------|-----|-----|------|-----|-----|------|-----|-----|------|-----|-----|------|-----|-----|------|--------------|---------|
| | LES | ATIV | RES | LES | ATIV | RES | LES | ATIV | RES | LES | ATIV | RES | LES | ATIV | RES | LES | ATIV | RES | LES | ATIV | | RES |
| Mesial | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Mesial |
| Oclusal | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Oclusal |
| Distal | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Distal |
| Vestib | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Vestib |
| Lingual | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Lingual |

- Código de Atividade**
 1- não ativa
 2- ativa

- Código Restauração**
 (0 – Nada)
 1 - Selante parcial
 2 - Selante completo
 3 - Rest. dcor do dente
 4 - Amálgama
 5 - Corona aço/policarb.
 6 – Corona **ouro/ porcelana**
 7 - Rest. perdida
 8 - Rest. temporária
 9 - Outra

OBSERVAÇÕES:

*Resinas, compómeros, ionômeros, etc

ANEXOS

ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa


UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA-UEPB PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA- PRPGP COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS COMPROVANTE SISNEP

Andamento do projeto - CAAE - 0046.0.133.000-11

| | | | | |
|--|------------------------|------------------------|-----------------------|---------------------|
| Título do Projeto de Pesquisa | | | | |
| Avaliação das repercussões das alterações bucais na qualidade de vida em pré-escolares de 36 a 60 meses de Campina Grande-PB | | | | |
| Situação | Data Inicial no CEP | Data Final no CEP | Data Inicial na CONEP | Data Final na CONEP |
| Aprovado no CEP | 15/03/2011 14:44:02 | 30/03/2011 15:00:43 | | |

| Descrição | Data | Documento | Nº do Doc | Origem |
|--|------------------------|----------------|-------------------|-------------|
| 1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet | 28/02/2011 11:24:33 | Folha de Rosto | FR406207 | Pesquisador |
| 3 - Protocolo Aprovado no CEP | 30/03/2011 15:00:43 | Folha de Rosto | 0046.0.133.000-11 | CEP |
| 2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List) | 15/03/2011 14:44:02 | Folha de Rosto | 0046.0.133.000-11 | CEP |

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Profª Dra. Dornalúcia Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

ANEXO B - Instrumento ECOHIS



Universidade Estadual da Paraíba
Departamento de Odontologia

Instrumento ECOHIS

Questionário sobre a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal de Crianças na Idade Pré-Escolar

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

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

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

Sua criança já teve dificuldade de beber bebidas quentes ou frias devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?

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

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

- 0 . Nunca
1. Quase nunca

2. Às vezes
3. Com frequência
4. Com muita frequência
5. Não sei

Sua criança já teve dificuldade de pronúncias qualquer palavra devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?

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

Sua criança já faltou à creche, jardim de infância ou escola devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários.

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

Sua criança já teve dificuldades em dormir devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários.

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

Sua criança já ficou irritada devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários.

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

Sua criança já evitou sorrir ou rir devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários.

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

Sua criança já evitou falar devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários.

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

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

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

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

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

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

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

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

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