



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I CAMPINA GRANDE
CENTRO CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE ODONTOLOGIA**

EMILLY GABRIELLE CARLOS DE SOUZA

**IRRITAÇÃO INFANTIL E ESTRESSE FAMILIAR ESTÃO ASSOCIADOS A
DOR DE DENTE**

**CAMPINA GRANDE
2019**

EMILLY GABRIELLE CARLOS DE SOUZA

**IRRITAÇÃO INFANTIL E ESTRESSE FAMILIAR ESTÃO ASSOCIADOS A
DOR DE DENTE**

Trabalho de Conclusão de Curso elaborado e apresentado ao Programa de Graduação em Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Graduada em Odontologia.

Orientador: Prof. Dra. Ana Flávia Granville-Garcia.

CAMPINA GRANDE

2019

É expressamente proibido 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 do trabalho.

S729i Souza, Emily Gabrielle Carlos de.
Irritação infantil e estresse familiar estão associados a dor de dente [manuscrito] / Emily Gabrielle Carlos de Souza. - 2019.
25 p. : il. colorido.
Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2019.
"Orientação : Profa. Dra. Ana Flávia Granville Garcia, Coordenação do Curso de Odontologia - CCBS."
1. Saúde bucal. 2. Cárie dentária. 3. Traumatismo dentário. 4. Má oclusão. I. Título

21. ed. CDD 617.645

EMILLY GABRIELLE CARLOS DE SOUZA

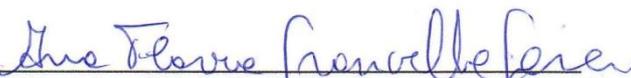
IRRITAÇÃO INFANTIL E ESTRESSE FAMILIAR ESTÃO ASSOCIADOS A
DOR DE DENTE

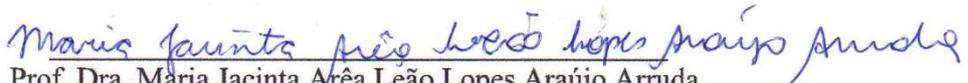
Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
elaborado e apresentado como requisito
parcial para obtenção do título de
bacharel em Odontologia pela
Universidade Estadual da Paraíba.

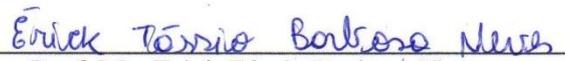
Área de concentração: Odontopediatria e
Epidemiologia.

Aprovada em: 10/06/2019.

BANCA EXAMINADORA


Prof. Dra. Ana Flávia Granville Garcia (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)


Prof. Dra. Maria Jacinta Arêa Leão Lopes Araújo Arruda
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)


Prof. Me. Erick Tássio Barbosa Neves
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	05
2	MATERIAIS E MÉTODOS.....	05
3	RESULTADOS E DISCUSSÕES	10
4	CONCLUSÃO	13
	REFERÊNCIAS	14
	ANEXO A – DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS	17

IRRITAÇÃO INFANTIL E ESTRESSE FAMILIAR ESTÃO ASSOCIADOS A DOR DE DENTE

Emilly Gabrielle Carlos de Souza

RESUMO

Objetivo: O objetivo do presente estudo foi avaliar a associação entre dor de dente, irritabilidade da criança e aborrecimento familiar. **Métodos:** Um estudo transversal foi realizado com 833 crianças de três a cinco anos de idade de pré-escolas públicas e privadas da cidade de Campina Grande, Paraíba, Brasil. Os pais responderam aos questionários com dados sociodemográficos (sexo, idade, tipo de pré-escola, escolaridade dos pais/responsáveis e renda familiar mensal) e histórico de dor de dente da criança. A irritabilidade da criança e o aborrecimento familiar foram avaliados a partir de questões da Escala de Impacto da Saúde Bucal na Primeira Infância (ECOHIS). Após a aplicação dos questionários, as crianças foram submetidas a um exame clínico por 2 examinadores devidamente calibrados. Todas as crianças foram diagnosticadas quanto à cárie dentária, atividade de cárie dentária, traumatismo dentário e má oclusão. Uma análise descritiva foi realizada e em seguida a análise de regressão de Poisson ($\alpha = 5\%$). **Resultados:** A prevalência de irritabilidade da criança devido condições bucais foi de 16,1% e o aborrecimento familiar esteve presente em 19,1% da amostra. Após análise dos dados, apenas a variável histórico de dor de dente permaneceu associada no modelo final à irritabilidade da criança (RP= 9,77; IC95%: 6,22-15,33) e ao aborrecimento familiar devido condições bucais (RP= 3,18; IC95%: 2,34-4,31). **Conclusão:** A dor de dente está associada a irritação da criança e aborrecimento familiar. As condições socioeconômicas não exerceram influência no aparecimento desses sentimentos.

Palavras-chave: Saúde bucal; Pré-escolares; Cárie dentária; Traumatismo dentário; Má oclusão; Qualidade de vida.

ABSTRACT

Aim: This study aimed to evaluate the association between dental pain and both child irritability and family distress. **Methods:** A cross-sectional study was conducted among 833 children aged 3 to 5 years from preschools in the city of Campina Grande, Brazil. The parents answered questionnaires addressing socio-demographic data and history of dental pain. Child irritability and family distress were evaluated using questions from the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). The children were submitted to clinical examinations by dentists who had undergone training and calibration exercises. All children were diagnosed with regard to dental caries, caries activity, traumatic dental injury, and malocclusion. Descriptive analysis was performed, followed by Poisson regression analysis ($\alpha = 5\%$). **Results:** The prevalence of child irritability due to oral problems was 16.1%. The prevalence of family distress was 19.1%. After the data analysis, only a history of dental pain remained associated in the final model for child irritability [prevalence ratio (PR) = 9.77; 95% confidence interval (CI): 6.22–15.33] and family distress due to oral problems (PR = 3.18; 95% CI: 2.34–4.31). **Conclusion:** Dental pain can make a child irritable and cause family distress. Socio-economic factors do not exert an influence on the emergence of these feelings.

Keywords: Oral health; Child; Dental caries; Traumatic dental injury; Malocclusion; Life quality.

1. INTRODUÇÃO

Cárie dentária, traumatismo dentário (TDI) e má oclusão são problemas frequentes encontrados em crianças de idade pré-escolar (CARVALHO et al., 2013; VIEGAS et al., 2013). Esses problemas podem causar impacto funcional, social e psicológico (KRAMER et al., 2013; SCARPELLI et al., 2013; GOMES et al., 2014; PERAZZO et al., 2017). As alterações bucais costumam acarretar dor, sofrimento e constrangimentos psicológicos, ocasionando danos em nível individual e coletivo. Por sua relevância social, a redução da dor dentária na população mundial foi incluída nas metas globais para a saúde bucal para o ano 2020, no intuito de reduzir o número de dias ausentes de escola e trabalho (HOBDELL, 2003).

Entre as consequências do impacto negativo na qualidade de vida relacionada com saúde oral (OHRQoL), pode-se relatar os sentimentos de irritação nas crianças e aborrecimento familiar. A raiva/frustração é considerada uma emoção básica que pode variar em intensidade, desde irritação leve à fúria intensa e, na primeira infância frequentemente é observada em relação à interrupção de tarefas em andamento (DEATER-DECKARD; WANG, 2012). Estudos anteriores relatam que pessoas com problemas odontológicos apresentam mais relatos de episódios de raiva, depressão e tristeza (BAER, 1996). Especificamente em relação à saúde bucal e crianças, o sentimento de raiva foi encontrado em algumas crianças submetidas ao tratamento odontológico (FREEMAN, 2007). Assim, a presença desses sentimentos pode então ser um sinal característico de crianças com problemas mais graves de saúde bucal, devido as consequências associadas a elas, como dor e dificuldade para alimentar e brincar (CLEMENTINO et al., 2015; PERAZZO et al., 2017).

Nesse sentido, problemas de saúde bucal necessitam de cuidados de emergência, hospitalização, consultas e prescrição de medicamentos (PAGANO et al., 2014). Esse fato pode interferir no funcionamento normal da rotina da criança e sua família e, dessa forma, influencia no aparecimento desses sentimentos tanto na criança quanto na família. Entre as principais consequências dos problemas de saúde bucal em crianças pré-escolares, encontra-se o relato da dor de dente. Estudos anteriores já verificaram a associação da dor de dente com sentimento de culpa parental, com o fato da criança evitar sorrir, faltas no trabalho pelos pais, bem como falta nas pré-escolas pelas crianças (GOMES et al., 2015; RIBEIRO et al., 2016; NEVES et al., 2016).

No entanto, não há estudos que avaliem a relação dos problemas de saúde bucal e as alterações sentimentais de irritabilidade na criança e aborrecimento familiar. Estudos com esse enfoque podem auxiliar no conhecimento de características que estão relacionadas a mudanças de sentimentos das crianças e suas famílias e, assim elaborar medidas efetivas para reduzir as consequências negativas dos problemas de saúde bucal nessa faixa etária.

Dessa forma, o objetivo do presente estudo foi avaliar a associação entre a dor de dente, irritabilidade da criança e aborrecimento familiar, por meio de um estudo com amostra probabilística de base pré-escolar.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

2.1 Aspectos éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Estadual da Paraíba (00460133000-11) em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O estudo foi conduzido de acordo com os padrões éticos estabelecidos na Declaração de Helsinque de 2013. Todos os pais/responsáveis receberam informações sobre os objetivos do estudo e assinaram um Termo de Consentimento.

2.2 População do estudo e cálculo amostral

Foi realizado um estudo transversal de base escolar, envolvendo meninos e meninas de três a cinco anos de idade, matriculados em pré-escolas públicas e privadas da cidade de Campina Grande, Brasil. Campina Grande (população: 400.002) é uma cidade industrializada do Nordeste Brasileiro e está dividida em seis distritos sanitários, com 22.400 habitantes estimados nas idades entre três e cinco anos. A cidade tem consideráveis disparidades culturais, sociais e econômicas, com uma renda média de US\$ 110 per capita e um Índice de Desenvolvimento Humano de 0,72. Os participantes foram selecionados de uma população total de 12.705 pré-escolares nessa faixa etária, correspondendo a 6,6% da população e, portanto, representativa de pré-escolares em Campina Grande.

O tamanho da amostra foi calculado com margem de erro de 4%, nível de confiança de 95% e uma prevalência do agravo de 50,0%. Um fator de correção de 1,2 foi aplicado para compensar o efeito do desenho. O tamanho mínimo da amostra foi estimado em 720 crianças. Outros 20% foram adicionados para compensar possíveis perdas, totalizando 864 alunos. Um método de amostragem de duas fases foi usado para garantir a representatividade. A distribuição percentual de pré-escolares de três a cinco anos de idade em cada distrito administrativo foi calculada a partir das informações fornecidas pela Secretaria Municipal de Educação de Campina Grande. A amostra foi estratificada de acordo com o distrito administrativo e o tipo de instituição. Na primeira fase, as pré-escolas foram selecionadas aleatoriamente de cada distrito administrativo usando o programa Microsoft Excel (Microsoft Corp., versão 2003, EUA). Durante a primeira fase, trinta e três pré-escolas foram selecionadas aleatoriamente de cada um dos seis distritos sanitários (18 das 127 pré-escolas públicas e 15 das 122 pré-escolas privadas). Na segunda fase, as crianças de cada escola foram selecionadas aleatoriamente de uma lista de nomes de todos os alunos. As crianças foram numeradas com base na lista e os números foram escritos em pedaços de papel, que foram escolhidos em lotes, aleatoriamente. A proporção da população total matriculada em pré-escolas privadas e públicas em cada distrito administrativo da cidade foi mantida na distribuição da amostra.

2.3 Critério de elegibilidade

Os critérios de elegibilidade foram: crianças entre três e cinco anos de idade, matriculados em uma pré-escola, na fase de dentição primária e livres de doenças sistêmicas. Nenhum exame sistemático foi realizado; apenas os relatos dos pais ou responsáveis foram considerados em relação à ausência ou presença de doenças sistêmicas. Os critérios de exclusão foram: história de tratamento ortodôntico e pais ou responsáveis que não eram fluentes no português brasileiro.

2.3 Treinamento e exercício de calibração

O processo de treinamento e calibração foram realizados em dois passos, um treinamento teórico e depois exames clínicos. Dois pesquisadores que realizaram a coleta de dados e, considerado padrão-ouro no campo, participaram dessa fase. Os pesquisadores primeiro avaliaram imagens de alterações (cárie dentária, TDI, má oclusão e desgaste dentário) e as discordâncias foram discutidas no grupo ao final.

Na segunda fase (exames clínicos), 50 crianças foram selecionadas aleatoriamente de uma pré-escola que não integrou o estudo principal. Essas crianças foram examinadas duas vezes sendo utilizado o índice ICDAS II para o exame clínico. O primeiro exame foi utilizado para o cálculo da concordância inter-examinador (estatística Kappa) entre os pesquisadores e o especialista (Kappa= 0,80 a 0,90 para cárie dentária; K = 0,90 a 1,00 para atividade de cárie; K = 0,88 a 0,90 para TDI e K = 0,86 a 0,91 para má oclusão). Trinta crianças foram reexaminadas, após um intervalo de sete dias, para determinar a concordância intra-examinador (K = 0,87 a 1,00 para cárie dentária; K = 1,00 para atividade da cárie; K = 0,82 a 0,87 para TDI e K = 0,94 a 1,00 para má oclusão). Os coeficientes Kappa demonstraram boa confiabilidade para os exames clínicos.

2.4 Estudo piloto

Um estudo piloto foi realizado para testar a metodologia e a compreensão do questionário. As crianças do estudo piloto (n = 40) de uma escola pública e outra privada, as quais não foram incluídas na amostra principal. Os resultados não demonstraram nenhum mal-entendido em relação ao questionário.

2.5 Coleta de dados não-clínicos

A coleta de dados foi realizada nas pré-escolas previamente selecionadas, após contato com os gestores de cada pré-escola, para explicar o estudo e a dinâmica do processo de coleta de dados. Os pais/cuidadores foram então convidados a participar de uma reunião na pré-escola de suas crianças para esclarecimentos a respeito dos objetivos do estudo e para obtenção do consentimento por escrito para o exame das crianças. Na mesma reunião, os pais/cuidadores preencheram os questionários. A coleta dos dados não clínicos envolveu itens da versão brasileira da Escala de Impacto da Saúde Bucal na Primeira Infância (B-ECOHIS), questionários que abordam dados sociodemográficos e relacionados à saúde bucal (histórico de dor de dente). Após a coleta dos questionários, as crianças foram examinadas para avaliação das condições bucais (cárie dentária, TDI, má oclusão).

O questionário B-ECOHIS aborda a percepção dos pais ou responsáveis sobre o impacto das condições bucais na qualidade de vida de crianças de pré-escolas e suas famílias. Esta escala é dividida em duas seções (Impacto Infantil e Impacto Familiar) contendo seis subescalas e treze itens. A irritabilidade da criança e o aborrecimento familiar foram avaliados por meio de dois itens dessa escala (Scarpelli et al., 2011). Os itens "Com que frequência o seu filho ficou irritado ou frustrado por causa de problemas dentários ou tratamentos odontológicos?" e "Quantas vezes você ou outro membro da família ficou chateado por causa dos problemas ou tratamentos dentários do seu filho?" demonstraram consistência interna e confiabilidade satisfatórias. Para fins estatísticos, esses itens foram dicotomizados como ausentes (correspondendo à opção de resposta

nunca”) e presentes (correspondendo às demais opções de resposta: “quase nunca”, “às vezes”, “frequentemente” e “muito frequentemente”). As respostas "Não sei" não foram contadas.

Solicitou-se aos pais/cuidadores que preenchessem um questionário com duas seções: dados sociodemográficos (sexo, idade, tipo de pré-escola, escolaridade dos pais/cuidadores e renda familiar mensal) e relacionados à saúde (histórico de dor de dente alguma vez na vida).

A escolaridade dos pais foi dicotomizada como \leq oito anos de escolaridade e $>$ oito anos de escolaridade. Esse ponto de corte foi escolhido por ser a mediana da amostra e oito anos de estudo correspondem ao ensino fundamental no Sistema Educacional Brasileiro. A renda familiar foi dicotomizada com base no salário mínimo mensal no Brasil (= R\$ 998,00), que foi a mediana da amostra.

Histórico de dor dentária foi registrado quando esse sintoma foi relatado/observado em algum momento da vida da criança.

2.6 Coleta de dados clínicos

O exame clínico foi realizado após o retorno do termo de consentimento livre e esclarecido e dos questionários. Os exames bucais foram realizados por dois dentistas calibrados. Previamente ao exame clínico, foi realizada escovação supervisionada nas crianças para remover o biofilme bacteriano das superfícies dos dentes usando um kit contendo uma escova de dentes, creme dental fluoretado e fio dental. Os exames foram realizados com os alunos sentados em frente ao examinador, contando com o auxílio de uma lanterna acoplada à cabeça do examinador (Tikkina 2, Petzl, Rawang, Malásia), bem como com equipamentos individuais de proteção contra infecções cruzadas foram usados. Foram utilizados no exame clínico: espelhos bucais descartáveis embalados e esterilizados (PRISMA®, São Paulo, SP, Brasil), sondas da OMS (Golgran Ind. e Com. Ltda., São Paulo, SP, Brasil) e gaze dental (para secar os dentes).

O Sistema Internacional de Detecção e Avaliação de Cárie (ICDAS II) foi utilizado para o diagnóstico de cárie dentária (ISMAIL et al., 2007). Este índice possui códigos que variam de 0 (ausência de cárie dentária) a 6. O código 1 não foi utilizado (devido à natureza epidemiológica do presente estudo), uma vez que a secagem dos dentes foi realizada com gaze ao invés de ar comprimido. O código 2 é usado para pontos brancos e códigos iguais ou maiores que 3 determinam diferentes graus de cavitação. Cárie de baixa gravidade foi indicada pelos códigos 3 e 4, enquanto os códigos 5 e 6 indicaram cárie de alta gravidade. Para a análise estatística foi considerada presença de cárie (mancha branca e/ou lesão cavitada) e ausência de cárie.

A atividade da lesão foi avaliada do seguinte modo: 1) esmalte - a lesão é esbranquiçada/amarelada; a lesão é calcária (falta de brilho); a lesão pode ser cavitada ou não; a lesão fica áspera ao sondar; a sondagem pode ou não levar à descoberta de uma cavidade; 2) dentina - a lesão pode se manifestar como uma sombra abaixo do esmalte intacto, mas desmineralizado; se uma cavidade se estende para a dentina, a dentina parece amarelada/amarronzada; dentina macia ao sondar (PITTS et al., 2007). A atividade da lesão foi registrada quando pelo menos uma lesão ativa de cárie foi encontrada.

O exame clínico do TDI utilizou-se a seguinte classificação: fratura de esmalte, fratura de esmalte e dentina, fratura complicada da coroa, luxação extrusiva, luxação

lateral, luxação intrusiva e avulsão (ANDREASEN et al., 2007). Além disso, uma avaliação visual da coloração do dente também foi realizada. Ao analisar os dados, o TDI foi registrado como presente quando qualquer tipo de lesão ou descoloração dentária foi diagnosticada.

Em relação a maloclusão observou-se: aumento da sobremordida (> 2 mm), aumento do overjet (> 2 mm), mordida aberta anterior, mordida cruzada anterior e mordida cruzada posterior (FOSTER 1969, GRABWSKI 2007).

Após o exame, um verniz fluoretado foi aplicado a todos os dentes da criança que apresentava atividade de cárie. De acordo com a necessidade, crianças com cárie ou outras necessidades dentárias foram destinadas a tratamento.

2.7 Análise Estatística

Inicialmente, a estatística descritiva foi usada para a caracterização da amostra. A distribuição de frequência dos dados foi determinada. A irritabilidade da criança e do aborrecimento familiares devidos às condições bucais das crianças (dicotomizadas como “sim ou não”) foram as variáveis dependentes do presente estudo. Foi realizada uma análise bivariada e posteriormente, uma análise de regressão de Poisson com variância robusta foi utilizada para determinar a significância das associações entre as variáveis independentes e dependentes ($p < 0,05$). O método backward stepwise foi utilizado para a seleção de variáveis com valor de $p < 0,20$ na análise bivariada. Variáveis com valor de $p < 0,05$ na análise ajustada foram mantidas no modelo final. O Pacote Estatístico para as Ciências Sociais (SPSS para Windows, versão 20.0, SPSS Inc, Chicago, IL, EUA) foi usado para as análises estatísticas.

3. RESULTADOS

Um total de 833 pares de pais/crianças participaram do presente estudo, correspondendo a 96,4% do total determinado pelo cálculo da amostra. A perda de 31 crianças foi devido a questionários incompletos ($n = 11$), ausência da criança nos dias agendados para os exames ($n = 4$), falta de cooperação durante o exame ($n = 6$) e "não saber" respostas sobre o item B-ECOHIS de irritabilidade da criança/aborrecimento familiar ($n = 10$). A Tabela 1 mostra a frequência dos problemas de saúde bucal, irritabilidade da criança e aborrecimento familiar devido a condições bucais das crianças.

Tabela 1. Prevalência da irritabilidade infantil e alterações bucais.

Variáveis	n	%
Irritabilidade infantil devido alterações bucais		
Não	669	83.9
Sim	134	16.1
Estresse familiar		
Não	674	80.9
Sim	159	19.1
Histórico de dor de dente		
Ausente	571	68.5
Presente	262	31.5

Traumatismo dentário		
Ausente	548	66.5
Presente	281	33.9
Mal-Oclusão		
Ausente	228	34.7
Presente	541	65.3

Um total de 16,1% e 19,1% dos pais/responsáveis relataram irritabilidade da criança e aborrecimento familiar devido condições bucais das crianças, respectivamente. Em relação às condições clínicas examinadas, 66,5% das crianças tinham cárie dentária, 33,9% já tiveram algum traumatismo dentário e 65,3% foram diagnosticadas com algum tipo de má oclusão.

Na análise bivariada para irritabilidade da criança devido condições bucais, crianças mais velhas, com dor de dente, presença de cárie dentária e atividade de cárie dentária foram associadas com a presença desse sentimento nas crianças ($p < 0,20$). No entanto, permaneceu na análise multivariada apenas o histórico de dor de dente alguma vez na vida (RPb = 9,77; IC95%: 6,22-15,33) (Tabela 2).

Tabela 2. Regressão bi e multivariada de Poisson para fatores associados à irritação da criança devido suas condições bucais.

Variáveis	Irritabilidade relacionado à condição bucal		p-Valor	Bivariada	p-Valor	Multivariada
	Sim, n (%)	Não, n (%)				
Gênero da criança						
Feminino	66 (16.4)	337 (83.6)	0.825	1.03 (0.75–1.41)	–	–
Masculino	68 (15.8)	362 (84.2)		1.00	–	–
Idade da criança						
3	32 (11.7)	241 (88.3)		1.00	–	–
4	45 (13.6)	287 (86.4)	0.502	1.15 (0.75–1.76)	–	–
5	57 (25.0)	171 (75.0)	< 0.001	2.13 (1.43–3.16)	–	–
Tipo de escola						
Pública	76 (16.8)	377 (83.2)	0.554	1.09 (0.80–1.50)	–	–
Privada	58 (15.3)	322 (84.7)		1.00	–	–
Escolaridade materna						
≤ 8 anos de estudo	70 (18.3)	313 (81.7)	0.123	1.27 (0.93–1.74)	–	–
> 8 anos de estudo	64 (14.3)	383 (85.7)		1.00	–	–
Renda familiar						
≤ 1 Salário min.	79 (18.2)	356 (81.8)	0.167	1.25 (0.91–1.72)	–	–
> 1 Salário min.	52 (14.5)	307 (85.5)		1.00	–	–
Histórico de dor de dente						
Não	22 (3.9)	549 (96.1)		1.00		1.00
Sim	112 (42.7)	150 (57.3)	< 0.001	11.09 (7.19–17.10)	< 0.001	9.77 (6.22–15.33)
Cárie dentária						
Ausente	25 (9.0)	254 (91.0)		1.00	–	–
Presente	109 (19.7)	445 (80.3)	< 0.001	2.19 (1.45–3.30)	–	–
Atividade de cárie						
Ausente/Inativa	32 (9.2)	314 (90.8)		1.00	–	–
Ativa	102 (20.9)	385 (79.1)	< 0.001	2.26 (1.56–3.28)	–	–
Traumatismo dentário						
Ausente	86 (15.7)	462 (84.3)		1.00	–	–
Presente	46 (16.4)	235 (83.6)	0.801	1.04 (0.75–1.44)	–	–
Mal-oclusão						
Ausente	49 (17.0)	239 (83.0)	0.530	1.10 (0.80–1.53)	–	–
Presente	83 (15.3)	458 (84.7)		1.00	–	–

Em relação ao aborrecimento familiar, uma menor escolaridade dos pais/responsáveis, menor renda familiar, histórico de dor de dente, presença de cárie e atividade de cárie foram associadas na análise bivariada ($p < 0,20$). Na análise multivariada, apenas o histórico de dor de dente mostrou associação com o aborrecimento familiar devido condições bucais das crianças (RP= 3,18; IC95%: 2,34-4,31) (Tabela 3).

Tabela 3. Regressão de Poisson para fatores associados ao estresse familiar devido as condições bucais das crianças.

Variáveis	Estresse familiar		p-Valor	Bivariada Não-ajustada RP (95% IC)	p-Value	Multivariada Ajustada RP (95% IC)
	Sim, n (%)	Não, n (%)				
Gênero da criança						
Feminino	73 (18.1)	330 (81.9)		1.00	-	-
Masculino	86 (20.0)	344 (80.0)	0.489	1.10 (0.83-1.46)	-	-
Idade da criança						
3	47 (17.2)	226 (82.8)		1.00	-	-
4	59 (17.8)	273 (82.2)	0.858	1.03 (0.72-1.46)	-	-
5	53 (23.2)	175 (76.8)	0.094	1.35 (0.95-1.91)	-	-
Tipo de escola						
Pública	97 (21.4)	356 (78.6)	0.064	1.31 (0.98-1.75)	-	-
Privada	62 (16.3)	318 (83.7)		1.00	-	-
Escolaridade materna						
≤ 8 anos de estudo	85 (22.2)	298 (77.8)	0.040	1.34 (1.01-1.77)	-	-
> 8 anos de estudo	74 (16.6)	373 (83.4)		1.00	-	-
Renda familiar						
≤ 1 salário mínimo	100 (23.0)	335 (77.0)	0.010	1.47 (1.09-1.98)	-	-
> 1 salário mínimo	56 (15.6)	303 (84.4)		1.00	-	-
Histórico de dor de dente						
Não	58 (10.2)	513 (89.8)		1.00		1.00
Sim	101 (38.5)	161 (61.5)	< 0.001	3.79 (2.84-5.06)	< 0.001	3.18 (2.34-4.31)
Cárie dentária						
Ausente	25 (9.0)	254 (91.0)		1.00	-	-
Presente	134 (24.2)	420 (75.8)	< 0.001	2.69 (1.80-4.03)	-	-
Atividade de cárie						
Ausente/inativa	35 (10.1)	311 (89.9)		1.00	-	-
Ativa	124 (25.5)	363 (74.5)	< 0.001	2.51 (1.77-3.56)	-	-
Traumatismo dentário						
Ausente	100 (18.2)	448 (81.8)		1.00	-	-
Presente	56 (19.9)	225 (80.1)	0.557	1.09 (0.81-1.46)	-	-
Mal-oclusão						
Ausente	58 (20.1)	230 (79.9)	0.476	1.11 (0.83-1.48)	-	-
Presente	98 (18.1)	443 (81.9)		1.00	-	-

RP = razão de prevalência; IC = Intervalo de confiança

4. DISCUSSÃO

Problemas de saúde bucais podem influenciar em alterações comportamentais e de humor. Dessa forma, com o objetivo de avaliar a irritabilidade da criança e aborrecimento familiar devido a problemas de saúde bucal, o presente estudo encontrou a presença da sintomatologia dolorosa como o fator determinante para essas alterações sentimentais. Estudos anteriores já avaliaram a presença desses sentimentos por meio de do ECOHIS nas crianças e suas famílias, no entanto não avaliaram os fatores associados (ABANTO et al., 2012; ALDRIGUI et al., 2012; KRAMER et al., 2013; SCARPELLI et al., 2013; GOMES et al., 2014).

As alterações de sentimentos nas crianças e suas famílias apresentaram uma prevalência de 16.1% e 19.1%, respectivamente. Estudo prévio que avaliou o impacto dos problemas de saúde bucal na OHRQoL de pré-escolares também encontrou resultados semelhantes (SCARPELLI et al., 2013). No entanto, outro estudo obteve frequências menores do que as relatadas (KRAMER et al., 2013). Esse resultado pode ser explicado pelas diferenças geográficas, as quais podem influenciar na prevalência

dos problemas de saúde bucal. Além disso, a maior prevalência encontrada no aborrecimento familiar do que na irritabilidade das crianças pode ser devido ao fato do questionário ser respondido pelos pais/responsáveis e, esses apresentarem uma melhor percepção pessoal do que dos sentimentos das crianças. No entanto, nessa faixa etária, questionários com medida aproximada são bastante utilizados, uma vez que as crianças ainda estão em fase de desenvolvimento da capacidade cognitiva (PAHEL et al., 2007; SCARPELLI et al., 2011).

O histórico de dor de dente na criança costuma ser o fator determinante para as alterações de sentimentos na criança e suas famílias. De fato, a dor de dente nessa faixa etária também está associada a outros domínios da OHRQoL, como limitação funcional (CLEMENTINO et al., 2015). A dor de dente é uma consequência dos problemas de saúde bucal, como cárie dentária e TDI (VIEGAS et al., 2013; ORTIZ et al., 2014). Dessa forma, pode-se explicar porque esses problemas não estiveram associados às mudanças sentimentais. Apenas na presença de maior gravidade dessas condições há a presença da dor, que conseqüentemente aumenta a presença desses sentimentos (ABANTO et al., 2012). De fato, para os pais/responsáveis a criança ter uma boa saúde bucal é sinônimo de ausência de dor de dente (LEE et al., 2010; GOMES et al., 2015).

Possivelmente crianças com a sintomatologia dolorosa podem requerer mais tempo dos pais e, conseqüentemente, esses tendem a ficar mais aborrecidos tanto pela irritabilidade das crianças como pela impossibilidade de resolver a situação. Um estudo prévio relatou que os pais ao serem informados sobre a má saúde bucal de seus filhos, sentiram raiva, aflição e culpa (ARORA et al., 2012). A visita ao dentista de crianças nessa faixa etária também está associada a dor de dente (GRANVILLE-GARCIA et al., 2015). Provavelmente crianças com essas características podem ter sido submetidas a tratamentos mais invasivos. De fato, há uma relação entre tratamento odontológico e sentimento de raiva pelas crianças (FREEMAN, 2007). Assim, situações desse tipo provavelmente podem favorecer as alterações sentimentais. Esse fato reflete o conceito de saúde, que é um bem-estar físico, mental e social. Assim, para ser um indivíduo saudável deve-se possuir certos atributos desejáveis e não estar apenas isento de doenças.

A má oclusão não foi associada com as alterações de sentimento nas crianças e suas famílias. Esse resultado reflete a consequência estética desse problema de saúde bucal. Para crianças dessa faixa etária, a dor de dente é o fator de maior influência na OHRQoL (GOMES et al., 2014; PERAZZO et al., 2017). Crianças nessa faixa etária não possuem maturidade ou autopercepção suficientes para se compararem a outras crianças. Além disso, os pais percebem a má oclusão como uma questão hereditária (CARVALHO et al., 2013). Dessa forma, a presença da má oclusão não apresentou relação com a irritabilidade da criança, nem com o aborrecimento dos pais.

Assim, a dor de dente foi o fator preditor mais importante para a presença de alterações sentimentais em crianças de idade pré-escolar e seus familiares. Portanto, melhorar o bem-estar relacionados à saúde pode se tornar um aspecto importante dos sistemas de saúde. As limitações da presente pesquisa são principalmente em relação ao tipo de estudo utilizado, o qual não permite a relação de causa e efeito. No entanto, são estudos importantes para traçar um perfil populacional e estabelecer associações. Além disso, os pais/responsáveis relataram as alterações de sentimentos por meio de duas questões do questionário ECOHIS. No entanto, nenhum instrumento validado estava disponível para avaliar especificamente esses sentimentos na população brasileira. Além disso, o questionário ECOHIS apresenta o objetivo de avaliar o impacto das alterações bucais na OHRQoL e apresenta boa confiabilidade (SCARPELLI et al., 2011).

Estudos longitudinais precisam ser realizados com o objetivo de avaliar a presença das alterações sentimentais em virtude de problemas de saúde bucal nas crianças. Pesquisas futuras precisam ser realizadas para entender a extensão dessa irritação/aborrecimento e o que fazer para minimizar suas consequências. Além disso, medidas eficazes devem ser elaboradas para intervenção preventiva e com isso, diminuir a progressão da cárie dentária e a ocorrência do TDI, os dois principais problemas de saúde bucal que resultam em dor nas crianças.

5. CONCLUSÃO

Pode-se concluir que o histórico de dor de dente está associada a irritabilidade infantil e aborrecimento familiar. Dessa forma, a experiência de dor de dente contribuiu substancialmente para o impacto da cárie dentária na OHRQoL de pré-escolares.

REFERÊNCIAS

ABANTO, J.; PAIVA, S.M.; RAGGIO, D. P.; CELIBERTI, P.; ALDRIGUI, J. M.; BÖNECKER, M.; The impact of dental caries and trauma in children on family quality of life. **Community Dent Oral Epidemiol.**, v. 40, p. 323-331, Jan. 2012.

ANDREASEN, J.O.; ANDREASEN, F.M.; ANDERSSON, L.; Textbook and Color Atlas of Traumatic Injuries to the Teeth. 4th edn. **Oxford: Blackwell**, 2007.

ARORA, A.; BEDROS, D.; BHOLE, S.; DO, L. G.; SCOTT, J.; BLINKHORN, A.; SCHWARZ, E.; Child and family health nurses' experiences of oral health of preschool children: a qualitative approach. **J Public Health Dent**, v. 72, p. 149-155, Mar. 2012.

BAER, R. D.; Health among Mexican American migrants: implications for survey research. **Hum Organ**, v. 55, p. 58-66, 1966.

CARVALHO, A. C.; PAIVA, S. M.; VIEGAS, C. M.; SCARPELLI, A. C.; FERREIRA, F. M.; PORDEUS, I. A. Impact of malocclusion on oral health-related quality of life among Brazilian preschool children: a population-based study. **Braz Dent J.**, v. 24, p. 655-661, 2013.

CLEMENTINO, M.A.; PINTO-SARMENTO, T.C.; COSTA, E.M.; MARTINS, C.C.; GRANVILLE- GARCIA, A.F.; PAIVA, S.M.; Association between oral conditions and functional limitations in childhood. **J Oral Rehabil**, v.42, p. 420–429, 2015

DEATER-DECKARD, K.; WANG, Z; Anger and irritability. In: Zentner M, Shiner RL (eds) Handbook of temperament. **Guilford Press**, New York, p. 124–144, 2012.

FERREIRA, O.; FREIRE, M.; MOREIRA, R.; COSTA, L. Contextual and individual determinants of dental pain in preschool children. **Community Dent Oral Epidemiol.**, v. 43, n. 4, p. 349–356, 2015.

FOSTER, T.D.; HAMILTON, M.C.; Occlusion in the primary dentition. Study of children at 21 to 3 years of age. **Br Dent J.**, v. 126, p. 76-79, Jan 9 1969.

FREEMAN, R.; A fearful child attends: a psychoanalytic explanation of children's responses to dental treatment. **Int J Paediatr Dent**, v. 17, p. 407–418, 2007.

FREIRE, M.D.C.M.; CORRÊA-FARIA, P.; COSTA, L.R.; Effect of dental pain and caries on the quality of life of Brazilian preschool children. **Rev Saude Publica.**, v. 52, p. 30, Apr 9, 2018.

GOMES, M.C.; CLEMENTINO, M.A.; PINTO-SARMENTO, T.C.; MARTINS, C.C.; GRANVILLE-GARCIA, A.F.; PAIVA, S.M. Association between parental guilt and oral health problems in preschool children: a hierarchical approach. **BMC Public Health**, n.14, p. 854, 2014.

GOMES, M.C.; CLEMENTINO, M.A.; PINTO-SARMENTO, T.C.; COSTA, E.M.; MARTINS, C.C.; GRANVILLE-GARCIA, A.F.; PAIVA, S.M.; Parental

- perceptions of Oral Health Status in Preschool Children and Associated Factors. **Braz Dent J.**, v. 26, n. 4, p. 428-34, Jul-Aug, 2015;
- GOMES, M.C.; NEVES, E.T.B.; PERAZZO, M.F.; PAIVA, S.M.; FERREIRA, F. M.; GRANVILLE-GARCIA, A.F.; Importance of contextual variables related to cavitated lesions in 5-year-old children. **Int J Paediatr Dent.**, Jun 28, 2018.
- GRABOWSKI, R.; STAHL, F.; GAEBEL, M.; KUNDT, G.; Relationship between occlusal findings and orofacial myofunctional status in primary and mixed dentition. Part I: Prevalence of malocclusions. **J Orofac Orthop.**, v. 68, n. 2, p. 74-90, Mar. 2007.
- GRANVILLE-GARCIA, A.F.; CLEMENTINO, M.A.; GOMES, M.C.; COSTA, E.M.; PINTO-SARMENTO, T.C.; PAIVA, S.M.; Influence of oral problems and biopsychosocial factors on the utilization of dental services by pre- school children. **J Dent Child (Chic)**, v. 82, p. 76–83, 2015.
- HOBDELL, M; PETERSEN, P.E.; CLARKSON, J.; JOHNSON, N. Global goals for oral health 2020. **Int Dent J**, v. 53, n.5, p.285-8, 2003.
- ISMAIL, A.I.; SOHN, W.; TELLEZ, M.; AMAYA, A.; SEN, A.; HASSON, H.; PITTS, N. B.; The International Caries Detection and Assessment System (ICDAS): An Integrated System for Measuring Dental Caries. **Community Dent Oral Epidemiol.**, v. 35, n. 3, p. 170-178, Jun, 2007.
- KRAMER, P.F.; FELDENS, C.A., FERREIRA, S.H.; BERVIAN, J.; RODRIGUES, P.H.; PERES, M.A.; Exploring the impact of oral diseases and disorders on quality of life of preschool children. **Community Dent Oral Epidemiol**, n. 41, p. 327–335, 2013.
- LEE, G.H.M.; MC-GRATH, C.; YIU, C.K.Y.; KING, N.M.; A comparison of a generic and oral health-specific measure in assessing the impact of early childhood caries on quality of life. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 38, p. 333–339, 2010.
- LEMES, M.G.; PEIXOTO, M.R.; MENESES, I.H.; FREIRE, M.C.; Dental pain and associated factors in 2 to 4-year-old children in Goiânia. **Rev Bras Epidemiol.**, v. 18, n. 3, p. 630-41, Jul-Sep, 2015.
- MENVIELLE, G.; LUCE, D.; GOLDBERG, P.; LECLERC, A.; Smoking, alcohol drinking, occupational exposures and social inequalities in hypopharyngeal and laryngeal cancer. **International Journal of Epidemiology**, v. 33, n.4, p. 799-806, May 20, 2004.
- MOURA-LEITE, F.R.; BONANATO, K.; PAIVA, S.M., VALE, M.P.; PORDEUS, IA.; Prevalence, intensity and impact of dental pain in 5-year-old preschool children. **Oral Health Prev. Dent**, v. 6, n. 4, p. 295-301, 2008.
- NEVES, É.T.B.; FIRMINO, R.T.; PERAZZO, M.F.; GOMES, M.C.; MARTINS, C.C.; PAIVA, S.M.; GRANVILLE-GARCIA, A.F.; Absenteeism among preschool children due to oral problems. **J Public Health**, v. 24, p. 65–72, 2016.

ORTIZ, F.R.; TOMAZONI, F.; OLIVEIRA, M.; PIOVESAN, C.; MENDES, F.; ARDENGHI, T.; Toothache, associated factors, and its impact on Oral Health-Related Quality of Life (OHRQoL) in preschool children. **Braz. Dent J.**, v. 25, n. 6, p. 546–553, 2014.

PAGANO, E; BALDI, I; MOSSO, M.L.; DI MONTEZEMOLO, L.C.; FAGIOLI, F; PASTORE, G.; MERLETTI, F.; The economic burden of caregiving on families of children and adolescents with cancer: a population-based assessment. **Pediatr. Blood Cancer**, v. 61, p.1088–1093, 2014.

PAHEL, B.T.; ROZIER, R.G.; SLADE, G.D.; Parental perceptions of children's oral health: the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). **Health Qual Life Outcomes**, v. 30, p. 5-6, Jan. 2007.

PERAZZO, M.F.; GOMES, M.C.; NEVES, E.T.; MARTINS, C.C.; PAIVA, S.M.; COSTA, E.M.M.B.; GRANVILLE-GARCIA, A.F.; Oral problems and quality of life of preschool children: self-reports of children and perception of parents/caregivers. **Eur J Oral Sci**, v. 125, n. 4, p. 272-279, Aug. 2017.

RIBEIRO, G.L.; GOMES, M.C.; DE LIMA, K.C.; MARTINS, C.C.; PAIVA, S.M.; GRANVILLE- GARCIA, A.F.; Work absenteeism by parents because of oral conditions in preschool children. **Int Dent J.**, v. 65, p. 331–337, 2015.

RODRIGUES, L.A.; MARTINS, A.M.; SILVEIRA, M.F.; FERREIRA, R.C.; SOUZA, J.G.; SILVA, J.M. et al.; Uso de serviços odontológicos entre pré-escolares: estudo de base populacional. **Cien Saude Coletiva**, v. 19, p. 4247–4256, 2014.

SCARPELLI, A.C.; OLIVEIRA, B.H.; TESCH, F.C; LEÃO, A.T.; PORDEUS, I.A.; PAIVA, S.M.; Psychometric properties of the Brazilian version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale (B-ECOHIS). **BMC Oral Health**, n. 11, p. 19, 2011.

SCARPELLI, A.C.; PAIVA, S.M.; VIEGAS, C.M.; CARVALHO, A.C.; FERREIRA, F.M.; PORDEUS, I.A.; Oral health-related quality of life among Brazilian preschool children. **Community Dent Oral Epidemiol.** v. 41, p. 336-344, 2013.

SOUZA, J.G.; MARTINS, A.M; Dental pain and associated factors in Brazilian preschoolers. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo , v. 34, n. 3, p. 336-342, Sept. 2016.

TSAKOS, G.; BLAIR, Y.I.; YUSUF, H.; WRIGHT, W.; WATT, R.G.; MACPHERSON, L.M.; Developing a new self-reported scale of oral health outcomes for 5-year-old children (SOHO-5). **Health Qual Life Outcomes.** v. 7, n. 10, p. 62, Jun. 2012.

VIEGAS, C.M.; PAIVA, S.M.; CARVALHO, A.C.; SCARPELLI, A.C.; FERREIRA, F.M.; PORDEUS, I.A.; Influence of traumatic dental injury on quality of life of Brazilian preschool children and their families. **Dent Traumatol.**, v. 30, p. 338–347, 2014.

ANEXO A 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?

6. Nunca
7. Quase nunca
8. Às vezes

9. Com frequência
10. Com muita frequência
11. 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.

6. Nunca
7. Quase nunca
8. Às vezes
9. Com frequência
10. Com muita frequência
11. 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

ANEXO 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.

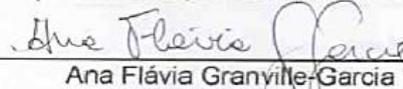
Nós, Ana Flávia Granville-Garcia e Edja Maria de Melo Brito Costa, pesquisadoras responsáveis, objetivamos realizar uma pesquisa para dissertação de mestrado intitulada "Avaliação das repercussões das alterações bucais na qualidade de vida em pré-escolares de 36 a 60 meses de Campina Grande-PB".

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.

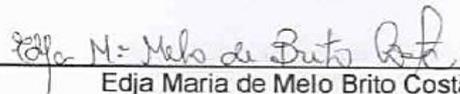
Atenciosamente,

Campina Grande, 28 de fevereiro de 2011



Ana Flávia Granville-Garcia

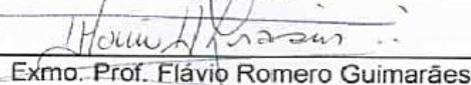
Profª do programa de pós-graduação em odontologia da UEPB



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

ANEXO 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) 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

88416064.

ANEXO 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).

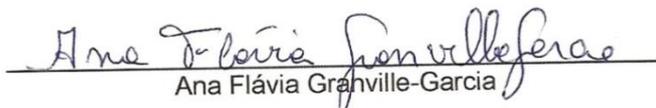
Eu, Ana Flávia Granville-Garcia, pesquisadora responsável, juntamente com minha equipe, objetivamos realizar uma pesquisa para dissertação de mestrado intitulada "Avaliação das repercussões das alterações bucais na qualidade de vida em pré-escolares de 36 a 60 meses de Campina Grande-PB".

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

Prof^a do programa de pós-graduação em odontologia da UEPB

Autorizo

Diretor (a) / Responsável pela escola

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES
HUMANOS – CEP/UEPB COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM
PESQUISA.**



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

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

PARECER DO RELATOR

Número do Protocolo: 38937714.0.0000.5187

**Data da 1ª relatoria PARECER DO
AVALIADOR: 25/11/2014**

**Pesquisador Responsável: Ana Flávia
Granville-Garcia**

Situação do parecer: Aprovado

Apresentação do Projeto: O projeto é intitulado: AVALIAÇÃO DAS
ALTERAÇÕES BUCAIS E ASPECTOS BIOPSISSOCIAIS EM
PRÉ-ESCOLARES DE CAMPINA GRANDE-

*PB, encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da
Paraíba para Análise e parecer com fins de pesquisa do Programa de Pós-
Graduação em Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba.*

***Objetivo da Pesquisa: Avaliar as alterações bucais e aspectos biopsicossociais
em pré- escolares de Campina Grande-PB.***

Avaliação dos Riscos e Benefícios: Considerando a justificativa e os aportes
teóricos e metodologia apresentados no presente projeto, e ainda considerando a
relevância do estudo as quais são explícitas suas possíveis contribuições,
percebe-se que a mesma não apresenta riscos aos participantes a serem
pesquisados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: A presente proposta de
pesquisa é de suma importância quanto papel e atribuições das Instituições de
Ensino Superior (IES), mormente pesquisa a nível de mestrado, estando dentro
do perfil das pesquisas de construção do ensino- aprendizagem significativa,
perfilando a formação profissional baseada na tríade conhecimento- habilidade-

competência, preconizada pelo MEC. Portanto, tem retorno social, caráter de pesquisa científica e, contribuição na formação de mestres em Odontologia.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória e Parecer do Avaliador: Encontram-se anexados os termos de autorização necessários para o estudo. Diante do exposto, somos pela aprovação do referido projeto. Salvo melhor juízo.

Recomendações: O estudo encontra-se com uma fundamentação teórica estruturada atendendo as exigências protocolares do CEP-UEPB mediante a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e RESOLUÇÃO/UEPB/CONSEPE/10/2001 que rege e disciplina este CEP. Portanto, não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: O presente estudo encontra-se sem pendências, devendo o mesmo prosseguir com a execução na íntegra de seu cronograma de atividades.

AGRADECIMENTOS

Agradeço e dedico primeiramente a Deus a conclusão e êxito desse trabalho de conclusão, pois sem ele nada disso teria sido possível.

A minha mãe Maria Magnólia Carlos S. G. de Souza por se meu esteio diário durante todos esses anos de batalha.

Ao meu pai Melquisedek Galdino de Souza por estar presente, mesmo que não de perto, todas as etapas;

Às minhas avós Josefa Carlos da Sila e Iolanda Galdino de Souza que muito oraram para esta vitória; aos meus avôs Antônio Vicente da Silva (*in memoriam*) e José Guerra de Souza que são meus motivos de orgulho.

Às minhas tias Maria da Glória Silva Andrade e Janaína Galdino de Souza que com muito amor estiveram sempre na torcida.

Aos meus padrinhos Umberto Newton Silva e Maria da Penha Carmélio Silva pela compreensão por minha ausência nas reuniões familiares e por todo suporte a mim ofertado desde o início da minha caminhada em Campina Grande;

À minha segunda família em Campina Grande, os Mota Lima, o meu eterno agradecimento, em especial Renan Mota Lima de Oliveira, que foi e é meu alicerce em todos os momentos, bem como no meu desenvolvimento pessoal e profissional como futura cirurgiã dentista;

À minha irmã de mãe distinta Ligia Vitoria de Lima Rodrigues, o meu mais sincero obrigada por toda compreensão e suporte ofertados a mim que tornaram esses árduos anos suaves como nossa amizade;

A meu amigo Bruno Roberto Nascimento e Silva pelo suporte e orientação na realização desse trabalho.

A meu amigo Diôgo Guedes Policarpo (Doug) por todo auxílio e amizade durante todos esses anos, principalmente nessa reta final.

Às amigas Antonieta e Rebeca que tanto apoiaram essa conquista e estadia durante todos esses anos com sua amizade ímpar e amor sem igual.

À minha orientadora, professora Ana Flávia Granville Garcia, Phd do curso de Odontologia, por seu empenho, ensinamentos, dedicação e oportunidade a mim ofertada.

À doutoranda Larissa Chaves Morais de Lima pela caminhada e estudo providos ao longo dessa orientação, auxílio direto e por toda dedicação.

A CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) pela concessão da bolsa para que toda a pesquisa fosse realizada.

Aos Pós-graduandos do Curso da Graduação da UEPB, em especial, Laio da Costa Dutra, Matheus Perazzo, Ramon Targino Firmino, Erick Tássio Barbosa Neves, que muito contribuíram ao longo de 15 meses, por meio das pesquisas em campo, treinamentos e momentos de ação que culminaram para o desenvolvimento desta pesquisa.

Aos funcionários da UEPB, em especial Josefa Leite Guimarães (Pequena), pela presteza e atendimento quando nos foi necessário, além do suporte total durante o trâmite dos instrumentais e idas ao expurgo.

Aos colegas de classe pelos momentos de amizade e apoio.