

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA – MESTRADO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: CLÍNICA INTEGRADA**

JULIANA SCHAIA ROCHA

**DETERMINANTES DO IMPACTO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE DE
VIDA DE CRIANÇAS DE 3 A 5 ANOS E SUAS FAMÍLIAS**

**PONTA GROSSA
2014**

JULIANA SCHAIA ROCHA

**DETERMINANTES DO IMPACTO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE DE
VIDA DE CRIANÇAS DE 3 A 5 ANOS E SUAS FAMÍLIAS**

Dissertação apresentada para a obtenção do título de mestre na
Universidade Estadual de Ponta Grossa. No curso de Mestrado em
Odontologia – Área de concentração em Clínica Integrada.

Orientadora: Prof. Dr.^a. Márcia Helena Baldani Pinto
Co-Orientador: Prof. Dr. Samuel Jorge Moysés

**PONTA GROSSA
2014**

Ficha Catalográfica
Elaborada pelo Setor de Tratamento da Informação BICEN/UEPG

R672 Rocha, Juliana Schaia
Determinantes do impacto da condição de
saúde bucal na qualidade de vida de
crianças de 3 a 5 anos e suas famílias/
Juliana Schaia Rocha. Ponta Grossa, 2014.
97f.

Dissertação (Mestrado em Odontologia -
Área de Concentração: Clínica Integrada),
Universidade Estadual de Ponta Grossa.

Orientadora: Prof^a Dr^a Márcia Helena
Baldani Pinto.

Co-Orientador: Prof. Dr. Samuel Jorge
Moysés.

1.Qualidade de vida. 2.Saúde bucal.
3.Cárie dentária. 4.Crianças.
5.Pré-escolares. I.Pinto, Márcia Helena
Baldani. II. Moysés, Samuel Jorge. III.
Universidade Estadual de Ponta Grossa.
Mestrado em Odontologia. IV. T.

CDD: 617.6

JULIANA SCHAIA ROCHA

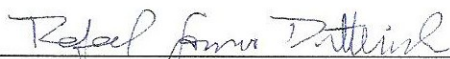
**DETERMINANTES DO IMPACTO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE
DE VIDA DE CRIANÇAS DE 3 A 5 ANOS E SUAS FAMÍLIAS**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre na Universidade Estadual de Ponta Grossa, no Curso de Mestrado em Odontologia – Área de concentração em Clínica Integrada.

Ponta Grossa, 27 de fevereiro de 2014.



Prof.ª Dr.ª Márcia Helena Baldani Pinto
Universidade Estadual de Ponta Grossa



Prof. Dr. Rafael Gomes Ditterich
Universidade Federal do Paraná



Prof. Dr. Marcelo Carlos Bortoluzzi
Universidade Estadual de Ponta Grossa

AGRADECIMENTOS

Agradeço a **Deus**, pelo misterioso dom da vida que todos tentam decifrar. Sempre iluminou meus caminhos e guiou meus passos.

À **minha família**. Sem vocês não haveria sonhos nem anseios.

Aos meus pais **Edson e Maria Angela**, sem vocês eu nada teria, eu nada seria. Eu muito mais que agradeço, eu ofereço essa conquista a vocês. Sempre serão meus orgulhos, meu exemplo de caráter e retidão.

Aos meus irmãos **Andressa, Amanda e André** pela eterna amizade e confiança. Vocês são meus espelhos, cada dia eu tento ser melhor me espelhando no melhor de vocês.

Ao meu noivo **Leandro** por todo incentivo e compreensão. Por toda ajuda na formatação e revisão do texto, pela companhia nas madrugadas. Você foi meu dia de sol em meio a tanta chuva. Obrigada. Eu te amo muito

À minha segunda família **Miguel, Marli, Alessandro, Roberta e Diego**. Obrigada por toda a torcida.

À minha grande amiga **Si**, pelo apoio em todos os momentos, compartilhamos de momentos difíceis, mas vencemos juntas. Você me ensinou que amigos são para ajudar e não somente para serem ajudados.

Ao **Felipe** pela confiança, companheirismo, amizade e carinho.

À minha dupla e companheira de laboratório **Gisele**, nossa amizade nos trouxe muitos aprendizados. Com certeza cada uma de nós levará um pouco da outra.

À **Ade e Paola** queridas, mesmo que não continuemos convivendo nos próximos anos, vocês sempre estarão em meu coração.

Aos meus companheiros de caminhada **Andrés Felipe, Andrés Fernando, Carlos Andrés, Camilo, Juliana, Thaynara, Letícia Campos, Letícia Wambier, Johana, Anna Luiza, Fabiana Siqueira, Fabiana Copla**, agradeço por cada momento compartilhado, tenho certeza que crescemos juntos.

À coordenadora do curso de Pós-Graduação, professora **Osnara Maria Mongruel Gomes**, sua dedicação e competência são exemplos a serem seguidos.

A **todos os professores** que contribuíram de alguma forma para meu crescimento profissional. Em especial a professora **Cristina Berger Fadel** que ajudou na execução e correção da parte qualitativa.

Agradeço a **Valéria**, pela ajuda e companhia nas aventuras durante a coleta de dados.

As **Agentes Comunitárias de Saúde** que se dispuseram a localizar as crianças e me acompanharam nas visitas. Obrigada por possibilitar a realização desse trabalho.

A **todas as famílias** que aceitaram participar dessa pesquisa e me acolheram com carinho.

Aos **funcionários da UEPG** por todo carinho e suporte, em especial a Morgana.

A **Universidade Estadual de Ponta Grossa** pela oportunidade de realização do curso de Mestrado

A **Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior** pela concessão da bolsa de estudos durante o curso.

Ao meu co-orientador professor **Samuel Jorge Moysés**, pelo tempo dedicado e conselhos valiosos.

E por fim, um agradecimento especial a minha Orientadora, professora **Márcia Helena Baldani Pinto**, por toda paciência, amizade e conhecimentos transmitidos, os quais esse trabalho é fruto. Já disse em outro momento, mas acredito que vale a pena repetir: Todos têm um mentor, um mestre, alguém para seguir como exemplo, admirar e inspirar-se. Você é isso para mim. Meu eterno agradecimento.

Águas paradas criam limo,
as que se movem perfuram pedras.
(*Autor Desconhecido*)

DADOS CURRICULARES

Juliana Schaia Rocha

NASCIMENTO 25.02.1989

Ponta Grossa – Brasil

FILIAÇÃO

Maria Angela Schaia Rocha

Edson Clemente Nadal Rocha

2007 – 2011

Curso de Graduação em Odontologia. Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG). Ponta Grossa - PR, Brasil.

2012 – 2014

Curso de Pós-Graduação em Odontologia. Área de Concentração em Clínica Integrada. Nível de Mestrado. Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG). Ponta Grossa – PR, Brasil.

RESUMO

ROCHA JS. Determinantes do impacto da condição bucal na qualidade de vida de crianças de 3 a 5 anos e suas famílias. [Dissertação - Mestrado em Odontologia. Ponta Grossa: Universidade Estadual de Ponta Grossa; 2014].

Este estudo teve como objetivo analisar os determinantes de impacto da saúde bucal na qualidade de vida de pré-escolares e suas famílias, adscritas às Unidades Saúde da Família (USF) da cidade de Ponta Grossa/PR. O delineamento foi estruturado em 3 partes: revisão crítica da literatura, etapa quantitativa e etapa qualitativa. A revisão crítica da literatura foi realizada por meio de busca estratégica da literatura, a fim de identificar os fatores que mais frequentemente se associam ao impacto na qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB) e construir um modelo explicativo. Após a seleção dos artigos baseados em critérios de inclusão e exclusão, os fatores relacionados com QVRSB de pré-escolares foram listados e dispostos em um modelo hierárquico nos níveis distal, intermediário e proximal. A etapa quantitativa consistiu em testar o modelo explicativo em um banco de dados secundários, composto por uma amostra de crianças de 3 a 5 anos usuárias dessas USFs. A condição bucal foi aferida pelo índice ceo-d. O impacto na QVRSB foi identificado a partir da percepção dos pais pelo instrumento validado B-ECOHIS. Também foram obtidas as características demográficas, socioeconômicas e comportamentais da criança. O modelo foi testado através de regressão de Poisson. As variáveis foram introduzidas no modelo segundo o nível hierárquico respeitando os níveis de associação. As que apresentaram nível de significância maior que 95% foram mantidas no modelo final. A etapa qualitativa foi um estudo de percepção das mães quanto à QVRSB de seus filhos. A partir do banco de dados utilizado na etapa quantitativa, 26 mães de crianças portadoras de cárie severa foram selecionadas. As percepções foram coletadas por meio de entrevista semiestruturada, baseada em um roteiro com as mesmas dimensões do ECOHIS. As entrevistas transcritas foram submetidas à Análise de Conteúdo Temática. O modelo explicativo hierárquico foi elaborado a partir de 13 artigos que atenderam aos critérios de inclusão. A QVRSB foi associada à condição bucal, seguida do estilo de vida e por fim as características demográficas e socioeconômicas. Na análise multivariada, foi demonstrado quem em nível distal, quanto maior a idade, menor renda e piores condições de moradia maior impacto na QVRSB. No nível intermediário o fato de já haver consultado o dentista ao menos uma vez na vida mostrou associação positiva. E em nível proximal, crianças portadoras de cárie apresentaram impacto negativo na QVRSB. Na etapa qualitativa observou-se que as crianças portadoras de cárie severa tiveram suas vidas afetadas nas dimensões função, psicológica e social. Os pais e familiares também foram afetados, tanto na rotina da casa e relacionamentos familiares quanto nos sentimentos dos pais. Conclui-se que há uma forte relação entre a QVRSB e os fatores demográficos, socioeconômicos, estilo de vida e a experiência de cárie dentária. De acordo com os relatos das mães os impactos significativos da cárie dentária na vida das crianças estão relacionados muito mais à experiência de dor do que à presença das lesões.

Palavras-chave: Qualidade de vida. Saúde Bucal. Cárie Dentária. Crianças. Pré-escolares. Pesquisa Qualitativa

ABSTRACT

ROCHA JS. Determinants of the impact of oral health status in the quality of life of children aged 3 to 5 years and their families. [Dissertação – Mestrado em Odontologia. Ponta Grossa: Universidade Estadual de Ponta Grossa; 2014].

The objective of this study was to analyze the determinants of the impact of oral health status on the quality of life of preschool children and their families, registered at the Family Health Strategy (FHS) in the city of Ponta Grossa/PR. The methodological design encompassed three steps: critical review of the literature, quantitative and qualitative approaches. The critical review of the literature consisted of strategic search, in order to identify the factors most frequently associated with Oral Health Related Quality of Life (OHRQoL) and to build a hierarchical model. After the articles selection, using inclusion and exclusion criteria, factors associated with preschoolers OHRQoL were listed and then grouped into a hierarchical model, which was categorized in distal, intermediate and proximal determinants. The quantitative step aimed to test the hierarchical model using a secondary database, which comprised a sample of children aged 3 to 5 years, users of the FHS. The oral health status was measured by dmft index. The impact on OHRQoL was identified from the perception of parents by using B-ECOHIS index. Demographic, socioeconomic and behavioral characteristics of the children were also obtained. The model was tested using Poisson Regression Analysis. Variables were entered into the model according to the hierarchical level, respecting the force of the associations. The variables that showed association at a level of significance greater than 95% were maintained in the final model. The last step was a qualitative study of mothers' perception regarding their children's OHRQoL. From the quantitative database, 26 mothers of children with severe early childhood caries were selected. Perceptions were collected through semi-structured interviews based on a script with the same dimensions of B-ECOHIS. The transcribed interviews were subjected to Thematic Content Analysis method. The hierarchical explanatory model was compiled from 13 articles that met the inclusion criteria. OHRQoL was associated with oral health status, followed by lifestyle and, finally, demographic and socioeconomic characteristics. In multivariate analysis it was demonstrated that, in distal level, the higher the age, lower income and worse living conditions, greater the impact on OHRQoL. At the intermediate level, the fact of having ever being to a dentist showed a positive association. At the proximal level, children with early childhood caries had negative impact on OHRQoL. The qualitative analysis revealed that children with severe early childhood caries had their lives affected their in function, psychological and social dimensions. Parents and families were also affected in the home routine, family relationships and the parents concerns. We conclude that there is a strong relationship between OHRQoL and demographic, socioeconomic, lifestyle and caries experience factors. According to mothers' reports, significant impacts of early childhood caries in children's lives are much more related to the experience of pain than the presence of cavities.

Keywords: Quality of life. Oral Health. Dental Caries. Child. Preschool. Qualitative Research.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Modelo hierárquico dos determinantes sociais da saúde construído por Dahlgren e Whitehead	18
Figura 2	Dimensões da qualidade de vida relacionada à saúde bucal.	20
Figura 3	Cruzamento das palavras-chave primárias e secundárias no campo de pesquisa de cada base.	28
Figura 4	Fluxograma do passo a passo da busca e seleção de artigos.	36
Figura 5	Modelo hierárquico construído com base na revisão de literatura.	39
Figura 6	Distribuição da amostra segundo o total de dentes cariados, perdidos por cárie e restaurados (ceo-d). Crianças de 3 a 5 anos adscritas à Estratégia Saúde da Família, Ponta Grossa – PR, 2011-2012.	43
Quadro 1	Triangulação de métodos com objetivo de responder questionamentos levantados sobre a qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças pequenas e seus familiares.	26
Quadro 2	Questionário ECOHIS (Early Oral Health Impact Scale) para mensuração da qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças pré-escolares e suas famílias.	30
Quadro 3	Categorias pré-definidas para a análise de conteúdo temática.	33
Quadro 4	Categorização da percepção das mães.	50

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Variáveis significativas relacionadas à qualidade de vida encontradas na revisão crítica.	38
Tabela 2	Distribuição da amostra segundo características demográficas e socioeconômicas.	40
Tabela 3	Distribuição da amostra segundo presença de cárie, hábitos de higiene bucal, autopercepção e impacto da saúde bucal na qualidade de vida. Crianças de 3 a 5 anos adscritas à Estratégia Saúde da Família, Ponta Grossa – PR, 2011-2012.	42
Tabela 4	Prevalência de cárie na dentição decídua – índice ceo-d total e por componentes. Crianças de 3 a 5 anos adscritas à Estratégia Saúde da Família, Ponta Grossa – PR, 2011-2012.	43
Tabela 5	Distribuição da amostra segundo utilização de serviços odontológicos. Crianças de 3 a 5 anos adscritas à Estratégia Saúde da Família, Ponta Grossa – PR, 2011-2012.	44
Tabela 6	Frequência relativa e absoluta do impacto da cárie dentária na QVRSB por questão do ECOHIS. Crianças de 3 a 5 anos adscritas à Estratégia Saúde da Família, Ponta Grossa – PR, 2011-2012.	45
Tabela 7	Prevalência do impacto da condição bucal na qualidade de vida – ECOHIS total e por dimensões. Crianças de 3 a 5 anos adscritas à Estratégia Saúde da Família, Ponta Grossa – PR, 2011-2012.	46
Tabela 8	Análise bivariada para o impacto da condição bucal na qualidade de vida. Crianças de 3 a 5 anos adscritas à Estratégia Saúde da Família, Ponta Grossa – PR, 2011-2012.	47
Tabela 9	Análise multivariada hierarquizada dos fatores envolvidos no impacto da qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Crianças de 3 a 5 anos usuárias da Estratégia Saúde da Família, Ponta Grossa – PR, 2011-2012.	49

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitárias da Saúde
ART	Tratamento restaurador atraumático
B-ECOHIS	Versão brasileira do Early Childhood Oral Health Impact Scale
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
ceo-d	Índice de dentes cariados, extraídos e restaurados – decíduos
COEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
Dp	Desvio padrão
ECOHIS	Early Childhood Oral Health Impact Scale
EqSB	Equipe de saúde bucal
EqSF	Equipe de saúde da família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial da Saúde
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica
PROESF	Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família
QVRSB	Qualidade de vida relacionada à saúde bucal
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	REVISÃO DE LITERATURA	16
2.1	QUALIDADE DE VIDA – ASPECTOS CONCEITUAIS	16
2.2	QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE	18
2.3	QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL	19
2.3.1	Determinantes demográficos e socioeconômicos	20
2.3.2	Determinantes relacionados ao estilo de vida	21
2.3.3	Determinantes relacionados à condição bucal	21
2.4	PERCEPÇÃO DOS PAIS SOBRE A SAÚDE BUCAL DE SEUS FILHOS	22
2.5	AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL	22
3	PROPOSIÇÃO	25
3.1	OBJETIVO GERAL	25
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	25
4	MATERIAIS E MÉTODOS	26
4.1	REVISÃO CRÍTICA DA LITERATURA	26
4.2	ETAPA QUANTITATIVA	28
4.2.1	Local do estudo	28
4.2.2	População alvo do estudo	29
4.2.3	Delineamento do estudo	31
4.3	ETAPA QUALITATIVA	31
4.3.1	População alvo do estudo	32
4.3.2	Delineamento do estudo	32
4.4	ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS	35
5	RESULTADOS	36
5.1	REVISÃO CRÍTICA DA LITERATURA	36
5.2	ETAPA QUANTITATIVA	39
5.3	ETAPA QUALITATIVA	50
5.3.1	Categoria 1: Como a condição bucal afeta a vida da criança	50
5.3.2	Categoria 2: Como a condição bucal da criança afeta a vida da família	54
6	DISCUSSÃO	56
7	CONCLUSÃO	64

REFERÊNCIAS	65
APÊNDICE A – ROTEIRO ENTREVISTA (ETAPA QUALITATIVA)	72
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO...	75
APÊNDICE C – TABELAS DA CATEGORIZAÇÃO DA ANÁLISE DE CONTEÚDO.....	77
ANEXO A – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS	92
ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO COMITÊ DE ÉTICA.....	94

1 INTRODUÇÃO

A cárie dentária afeta 3,9 bilhões de pessoas no mundo, e é considerada a décima doença mais prevalente quando atinge a dentição decídua (Richards¹ 2013). Quando ocorre no período pré-escolar é denominada cárie de acometimento precoce (AAPD² 2005). No Brasil acomete 53,4% das crianças aos 5 anos de idade (Ministério da Saúde³ 2011), podendo ser considerada como a doença crônica mais comum na infância (Douglass et al.⁴ 2004). Assim, seu controle é uma necessidade urgente para formuladores de políticas de saúde em todo o mundo, principalmente nos países em desenvolvimento (Richards¹ 2013).

Esses números são importantes quando se pensa no impacto que a cárie pode causar na qualidade de vida das pessoas. A influência da condição bucal na vida das crianças é percebida sob a forma física, social e psicológica, sendo dor e desconforto os aspectos mais relevantes (Tesch et al.⁵ 2008). Seus efeitos negativos se manifestam como dificuldade de mastigar (Gradella et al.⁶ 2011), diminuição do apetite, perda de peso (Gaur e Nayak⁷ 2011), dificuldade para dormir, alteração no comportamento, como irritabilidade e baixa autoestima (Scarpelli et al.⁸ 2013) e diminuição do rendimento escolar (Gradella et al.⁶ 2011). As famílias também podem ser afetadas, na forma de sentimento de culpa dos pais, necessidade de faltar ao trabalho e despesas com o tratamento odontológico (Tesch et al.⁵ 2008).

Além da própria condição clínica, características da criança e suas famílias podem indicar maiores possibilidades de impacto da saúde bucal na qualidade de vida. Os chamados fatores demográficos se referem às características das crianças, tais como idade, gênero, etc. Estudos mostram que o impacto na qualidade de vida aumenta com a idade dado pelo incremento de cárie (Abanto et al.⁹ 2011, Goettems et al.¹⁰ 2012, Martins-Júnior et al.¹¹ 2012, Kramer et al.¹² 2013, Foster Page e Thomson¹³ 2012). Condições socioeconômicas também são associadas com a qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Crianças de famílias com menor escolaridade e menor renda apresentam maior impacto na qualidade de vida (Piovesan et al.¹⁴ 2010, Aldrigui et al.¹⁵ 2011). Isso pode ser explicado, pois as perspectivas de emprego são menores para pessoas de baixa escolaridade, acarretando em menor renda e, conseqüentemente, menor capacidade de acesso a bens, serviços e recursos que promovem a saúde (Locker¹⁶ 2007). O estilo de vida instituído pelos pais, como a frequência de escovação e o uso do fio dental (Chen e

Hunter¹⁷ 1996), está relacionado com a qualidade de vida de crianças, assim como o hábito de visitas regulares ao dentista (Goettems et al.¹⁰ 2012).

A condição clínica, juntamente com os fatores demográficos, socioeconômicos e estilo de vida são os chamados determinantes da qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB). A relação entre eles se dá de maneira hierárquica, ou seja, há uma relação de “força” de associação, com fatores proximais, intermediários e distais (Victora et al.¹⁸ 1997). Com isso, estudos em saúde bucal devem avaliar, além da variável clínica, aspectos sociais e subjetivos e de que forma eles se relacionam para, então, ampliar a compreensão do impacto da saúde bucal na qualidade de vida, aprimorando as ações individuais e coletivas, tanto na melhoria do bem-estar do indivíduo quanto na alocação de recursos públicos (Gift et al.¹⁹ 1997, Meeberg²⁰ 1993, WHOQOL²¹ 1995, Sisco e Broder²² 2011).

Em crianças pequenas, estudos sobre QVRSB são realizados por meio da percepção dos pais ou cuidadores, tendo em vista seu diminuto desenvolvimento cognitivo nessa faixa etária (Rebok et al.²³ 2001). Apesar das críticas a essa opção metodológica, por teoricamente não serem fidedignos ao que as crianças realmente sentem (Barbosa e Galvão²⁴ 2008), esses estudos são importantes, uma vez que os pais são os responsáveis pela busca por tratamento odontológico e pela instituição de hábitos saudáveis (Talekar et al.²⁵ 2005).

Para ampliar a compreensão da percepção dos pais sobre o impacto da saúde bucal na qualidade de vida de suas crianças, a combinação dos métodos de pesquisa quantitativo e qualitativo mostra-se útil (Groenvold et al.²⁶ 1997). A pesquisa qualitativa pode fornecer uma base teórica para a pesquisa quantitativa, explorando e explicando as relações causais sugeridas por análises quantitativas (Newton e Bower²⁷ 2005). Apesar dessa perspectiva, não há, até o momento, estudos de QVRSB que fazem essa combinação.

Diante do exposto, o objetivo desse estudo foi analisar os determinantes de impacto da saúde bucal na qualidade de vida de pré-escolares e suas famílias, e conhecer as percepções das mães de crianças portadoras de cárie severa quanto a esse impacto.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 QUALIDADE DE VIDA – ASPECTOS CONCEITUAIS

O termo "qualidade de vida" foi usado pela primeira vez na América, após a Segunda Guerra Mundial durante o discurso de Lyndon Johnson, presidente dos Estados Unidos, em 1964, fazendo referência à melhoria do nível de padrão de vida da população (Campbell e Research²⁸ 1981).

O termo continuou em voga no âmbito político, utilizado para criticar o crescimento econômico descomedido, passou pelo econômico, para medir o quanto uma sociedade se desenvolveu, e com o decorrer do tempo se ampliou, incorporando o desenvolvimento social, como educação, saúde e lazer. Atualmente o conceito de qualidade de vida engloba a auto percepção e satisfação do indivíduo com sua vida, como realização pessoal, bem-estar, felicidade, etc. (Kluthcovsky e Takayanagui²⁹ 2010).

Essa evolução conceitual permite afirmar que a qualidade de vida é um termo multifacetado, pois se de um lado está relacionado a condições e estilos de vida, de outro inclui ideias de desenvolvimento sustentável e ecologia humana (Haas³⁰ 1999). Também se relaciona no campo da democracia e dos direitos humanos e sociais. No campo da saúde, se apoia na compreensão das necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais e tem no conceito de promoção da saúde seu enfoque mais relevante (Minayo et al.³¹ 2000). Essa interdisciplinaridade de significados resulta em grande variabilidade de conceitos, dependendo do momento histórico e cultural, permitindo múltiplas interpretações (Haas³⁰ 1999). Resultado disso, em 1994 a Organização Mundial da Saúde (OMS) reuniu especialistas de várias partes do mundo para buscar um consenso quanto ao conceito de qualidade de vida, que ficou definido como “a percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, e acordo com o contexto cultural e os sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativa, padrões e preocupações” (WOHQOL²¹ 1995, p 1405). Essa definição inter-relaciona características ambientais com condição física, estado psicológico, níveis de independência, relacionamento social e crenças pessoais (WOHQOL²¹ 1995).

O conceito de qualidade de vida se desmembra em esferas objetiva e subjetiva (Minayo et al.³¹ 2000). A esfera objetiva é contemplada pelas necessidades mais

elementares da vida humana: alimentação, saneamento básico, habitação e aglomeração domiciliar, trabalho, saúde e lazer. Ela independe da interpretação do sujeito perante sua vida (Minayo et al.³¹ 2000). A esfera subjetiva, por sua vez, diz respeito ao estilo de vida, como hábitos, relações interpessoais, ambientais e sociais. Pode ser considerada como valores não materiais: amor, felicidade, solidariedade e inserção social. A relação das esferas objetiva (condição de vida) e subjetiva (estilo de vida) é inevitável, pois exercem influência mútua. Os indicadores objetivos por si só podem traçar o perfil de grupos sociais, mas não expressam a percepção do indivíduo frente à vida. Ou seja, a qualidade de vida do indivíduo depende da sua percepção biológica e social e é influenciada por suas ações e ambiente que o cerca (de Almeida et al.³² 2012).

Esses indicadores, também chamados de determinantes da qualidade de vida estão relacionados em uma perspectiva de “sistemas” (Bramlett et al.³³ 2010). Essa ligação em sistemas ou modelo hierárquico se dá por não haver a mesma “força” de relação (influência) entre os determinantes, ou seja, há uma hierarquia: fatores mais proximais, intermediários e distais do desfecho (a qualidade de vida) (Victora et al.¹⁸ 1997). Para exemplificar, pode-se usar o modelo construído por Dahlgren e Whitehead (Figura 1) sobre a relação entre os determinantes sociais da saúde. Idade, gênero e fatores genéticos influenciam diretamente a saúde (fator mais próximo ao desfecho). Imediatamente após, entra o estilo de vida da pessoa, em que hábitos saudáveis como não fumar e praticar exercícios físicos influenciam de forma positiva a saúde. Este é influenciado pelas interações sociais entre o indivíduo e comunidade / sociedade, por exemplo, atividades comunitárias de lazer favorecem a instituição de hábitos saudáveis. No próximo nível, encontram-se os fatores relacionados às condições de vida e de trabalho, em que pessoas em desvantagem social correm maior risco por condições habitacionais precárias, piores condições de trabalho e menor acesso aos serviços de saúde. O último dos níveis (distal) inclui as condições econômicas, culturais e ambientais prevalentes na sociedade como um todo, que influenciam todas as outras camadas (Dahlgren e Whitehead³⁴ 1991).



Figura 1 - Modelo hierárquico dos determinantes sociais da saúde construído por Dahlgren e Whitehead.

*Fonte: Dahlgren e Whitehead³⁴ (1991)

2.2 QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE

A partir da década de 80 houve uma mudança de paradigmas quanto ao entendimento do processo saúde-doença (Albuquerque e Oliveira³⁵ 2002), sugerindo a transição do modelo biomédico para uma visão mais holística da saúde. O pensamento no modelo biomédico tratava o corpo e mente como entidades separadas, a saúde e doença vistas como fenômenos estritamente biológicos, e as ações eram voltadas para a cura da doença. Essa visão foi mudando ao longo das últimas décadas do século XX. Após a Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, em Ottawa, em 1986 (WHO³⁶ 1986), o enfoque das ações mudou da doença para a saúde, amparado na prevenção e promoção de saúde com influência de determinantes sociais.

O paradigma atual é suportado pelo princípio da integralidade, em que o indivíduo é diagnosticado e tratado inserido no seu contexto social, o chamado indivíduo biopsicossocial. E a base das ações é a promoção da saúde e prevenção de doenças visando à melhoria da qualidade de vida (Pinheiro et al.³⁷ 2007, Teixeira³⁸ 2011, Seidl e Zannon³⁹ 2004). Com isso identifica-se uma relação e semelhança entre saúde e

qualidade de vida, sendo que ambas estão ligadas aos mesmos aspectos objetivos e subjetivos de percepção (ver 2.1) que se inter-relacionam (Minayo et al.³¹ 2000). Quando a qualidade de vida é analisada sob a ótica da saúde do indivíduo, avalia-se o valor atribuído à vida, mediado pelo comprometimento físico, psicológico e social resultantes da doença, acesso a tratamento e demais políticas públicas (Giachello⁴⁰ 1996).

2.3 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL

A Odontologia acompanhou todo o processo de mudança de paradigmas, em que a abordagem ao paciente, antes feita como se a cavidade bucal fosse apenas uma estrutura anatômica autônoma, mudou para uma visão ampla, e a boca passou a ser vista como parte integrante de um sistema, e que problemas nela podem refletir em todo o organismo (Slade⁴¹ 1997). Então, a saúde bucal passou a ser compreendida como parte integrante e essencial para a saúde geral, sendo determinante para uma boa qualidade de vida.

Nesse contexto, nos anos 90 surgiu o termo 'Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal (QVRSB)' (Gift et al.¹⁹ 1997), o qual se refere ao grau em que as doenças e desordens bucais afetam a função e o bem-estar psicossocial (Locker et al.⁴² 2000). Ele abrange dimensões positivas e negativas que se manifestam em todo o curso da vida (Figura 2): condição bucal, função, equilíbrio social/emocional, ambiental e expectativa de tratamento (Sischo e Broder²² 2011). O impacto das doenças e alterações bucais na qualidade de vida ocorre na forma de dor, sofrimento e comprometimento da função. O padrão da doença bucal reflete as condições de vida, comportamentais, fatores ambientais e acesso aos serviços de saúde (Petersen⁴³ 2008).

O conceito de QVRSB é importante tanto na prática clínica quanto na pesquisa na Odontologia, pois permite avaliar a saúde bucal, funcional, bem-estar, expectativas, satisfação e senso de autocuidado. Estudos com QVRSB melhoram a compreensão da relação entre saúde bucal e saúde geral (Gift et al.¹⁹ 1997) e demonstram aos pesquisadores clínicos e profissionais que a melhoria da qualidade do bem-estar de um paciente vai além de simplesmente tratar a doença. Além disso, sua compreensão ajuda os gestores a formularem políticas públicas que visem erradicar as disparidades em saúde bucal (Sischo e Broder²² 2011). Para isso, é importante conhecer os determinantes

das doenças bucais e de que forma eles estão relacionados com o impacto na qualidade de vida.

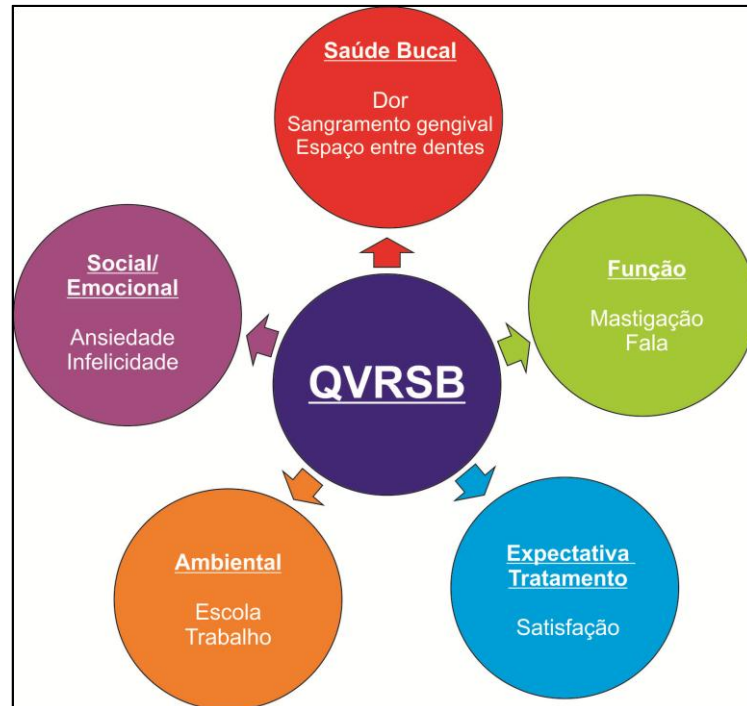


Figura 2 - Dimensões da qualidade de vida relacionada à saúde bucal.

*Fonte: Sischo e Broder²² 2011

2.3.1 Determinantes demográficos e socioeconômicos

A posição socioeconômica e fatores demográficos influenciam a qualidade de vida, e podem ser medidos através da renda, nível educacional, saneamento básico, moradia e estrutura familiar, raça, gênero e idade. A renda está associada com piores escores da QVRSB. Indivíduos de menor renda apresentam maior impacto negativo da QVRSB, pois possuem menor capacidade de acesso a bens, serviços, e outros recursos que promovem a saúde bucal (Locker¹⁶ 2007). O nível educacional afeta diretamente a QVRSB do indivíduo adulto (Chavers et al.⁴⁴ 2002) ou pode afetar a de crianças com pais de baixa escolaridade (Goettems et al.¹⁰ 2012). Pessoas com níveis educacionais mais baixos têm menores perspectivas de emprego, menor status social e maior morbidade na vida adulta (Tsakos et al.⁴⁵ 2009).

As disparidades relacionadas à raça e gênero dizem à respeito à procura por atendimento odontológico e disponibilidade de recursos financeiros (Chavers et al.⁴⁴ 2002). O impacto na QVRSB pode ser aumentado no decorrer da idade devido ao incremento de doença que ocorre com o passar do tempo (Foster Page e Thomson¹³ 2012).

2.3.2 Determinantes relacionados ao estilo de vida

O estilo de vida é determinante na qualidade de vida quanto a hábitos, crenças e saberes do indivíduo (Savolainen et al.⁴⁶ 2005). Esses valores são transmitidos pelos pais, sendo refletido na saúde bucal do adulto (Sanders e Spencer⁴⁷ 2005). Qualidade de vida das crianças está positivamente relacionada com a frequência de escovação regular e o uso do fio dental (Chen e Hunter¹⁷ 1996). Outro fator ligado ao estilo de vida é como o indivíduo percebe e avalia sua qualidade, de acordo com suas percepções e crenças (Divaris et al.⁴⁸ 2011). O hábito de visitar o cirurgião dentista é mais favorável para QVRSB (Goettems et al.⁴⁹ 2011), pois possibilita a prevenção e controle precoce da cárie (Edelstein⁵⁰ 2002). A ausência desse hábito pode ser reflexo do acesso restrito ao atendimento devido à condição socioeconômica (Astrom et al.⁵¹ 2006, Baldani et al.⁵² 2011) ou ansiedade frente ao tratamento odontológico (Goettems et al.⁴⁹ 2011).

2.3.3 Determinantes relacionados à condição bucal

O impacto da condição bucal na qualidade de vida ocorre devido à presença de sintomas ou efeitos físicos (Needleman et al.⁵³ 2004). A perda de dentes pode acarretar ao indivíduo incapacidade de realizar tarefas diárias, como falar ou comer e até gerar constrangimentos, prejudicando seu convívio social. (Allen⁵⁴ 2003). Estudos com pré-escolares mostram que a cárie dentária, além de afetar a qualidade de vida do indivíduo, afeta a das pessoas que o cercam, em forma de sentimento de culpa, perda de dias de trabalho e despesas com tratamento (Carvalho et al.⁵⁵ 2012 Gradella et al.⁶ 2011, Gaur e Nayak⁷ 2011, Scarpelli et al.⁸ 2013, Wong et al.⁵⁶ 2011, Krisdapong et al.⁵⁷ 2012, Xavier et al.⁵⁸ 2012, Abanto et al.⁹ 2011, Martins-Júnior et al.⁵⁹ 2012, Abanto et al.⁶⁰ 2012).

2.4 PERCEPÇÃO DOS PAIS SOBRE A SAÚDE BUCAL DE SEUS FILHOS

Têm-se demonstrado que os relatos de crianças a partir de 5 anos sobre sua QVRSB são confiáveis e válidos (Limbers⁶¹ 2013). Mas, crianças menores de cinco anos são incapazes de descrever adequadamente sua condição de saúde, pela falta de vocabulário e desenvolvimento cognitivo, incapacidade de verbalizar suas emoções e angústias (Rebok et al.²³ 2001). Por isso, estudos que medem a qualidade de vida através da percepção dos pais são considerados adequados. Apesar da probabilidade dos relatos serem incompletos, devido à impossibilidade dos pais terem conhecimento total de experiências e sentimentos internos de seus filhos, as informações fornecidas por estes sobre a QVRSB de suas crianças ainda se mostram úteis e confiáveis (Barbosa e Gavião²⁴ 2008). Além disso, a avaliação da qualidade de vida das crianças sob a ótica dos pais é importante, uma vez que estes são os responsáveis pela busca de tratamento odontológico para seus filhos (Talekar et al.²⁵ 2005). Sendo assim, estudos que objetivam a compreensão da percepção dos pais sobre a saúde bucal de suas crianças poderiam ajudar a Odontologia a superar as barreiras que os pais encontram no acesso ao atendimento odontológico para seus filhos (Goettems et al.¹⁰ 2012).

Estudos que utilizam a percepção dos pais têm demonstrado que as condições bucais das crianças também afetam os familiares, sendo um preditor significativo da qualidade de vida dos pais, devendo sugerir mudanças nas estratégias de atenção, incorporação de abordagens centradas na família (Porritt et al.⁶² 2013).

2.5 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL

Conforme descrito nos tópicos anteriores, o conhecimento adquirido até os dias de hoje indica que o processo saúde-doença não pode ser explicado somente por fatores biológicos (Bastos et al.⁶³ 1996). Com isso, há a preocupação de se desenvolver instrumentos que mensurem a qualidade de vida e que forneçam avaliações mais precisas da saúde do indivíduo ou da população (WHOQOL²¹ 1995).

As investigações em qualidade de vida podem ser realizadas através da aplicação de questionários fechados validados à população de estudo, que podem ser classificados

em dois tipos, os genéricos e os específicos. As medidas genéricas avaliam simultaneamente várias áreas e domínios e permitem fazer comparação entre populações com diferentes problemas (Allen⁵⁴ 2003). A deficiência desse tipo de medida é a baixa sensibilidade em captar os resultados em saúde bucal (Nikias⁶⁴ 1985). Já as medidas específicas são destinadas a determinadas doenças, tipo de população (ciclo de vida) ou a determinadas funções (Guyatt⁶⁵ 1995). São clinicamente sensíveis, tendo assim melhor capacidade de resposta (Allen⁵⁴ 2003), porém não permitem comparação entre patologias distintas. Foi constatado em uma revisão de literatura de 2010 que estudos envolvendo qualidade de vida no campo da Odontologia estavam sendo limitados pela predominância da utilização de medidas genéricas, devido à falta de especificidade dos questionários (Riordain e McCreary⁶⁶ 2010).

Instrumentos específicos na área de QVRSB foram desenvolvidos inicialmente para adultos e idosos (Slade⁴¹ 1997) e, posteriormente, foram desenvolvidos também para avaliar a relação da condição bucal com a qualidade de vida de crianças (Jokovic et al.⁶⁷ 2004). Essas medidas são obtidas através dos pais ou da própria criança, dependendo da faixa etária em estudo. Pahel⁶⁸ (2007) desenvolveu o *Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS)*, um instrumento de medida que avalia a QVRSB de pré-escolares através da percepção dos pais. O questionário possui 13 itens, nove avaliam o impacto dos problemas bucais sobre a criança (subescala da criança) e quatro avaliam o impacto dos problemas bucais da criança sobre a sua família (subescala da família) (Tesch et al.⁵ 2007).

No Brasil o ECOHIS passou pelas etapas de tradução, adaptação e validação (Tesch et al.⁵ 2008, Martins-Júnior et al.¹¹ 2012, Scarpelli et al.⁶⁹ 2011), dando origem ao B-ECOHIS. Todo esse processo de validação é fundamental, considerando os diferentes contextos culturais dos países, fornecendo uma medida comum de QVRSB que permite a comparação transcultural de resultados (Guillermin et al.⁷⁰ 1993).

Apesar de seu grande uso e relevância nas pesquisas sobre qualidade de vida, os questionários fechados podem limitar o entendimento do processo de impacto na qualidade de vida da criança e seus pais. Por exemplo, quando se fala em sentimento de culpa dos pais pelos problemas na saúde bucal de seu filho, há a hipótese de que seja por medo dos mesmos serem acusados pelos filhos posteriormente (Carvalho et al.⁵⁵ 2012). Mas, apesar das especulações, não se sabe o que acontece realmente. Daí a

importância da pesquisa qualitativa. Segundo Turato⁷¹ (2005) ela permite compreender o significado dos fenômenos do processo saúde-doença bucal na vida das pessoas, o conhecimento dos sentimentos e comportamentos dos doentes, assim como familiares. Essa compreensão ampliada pode resultar na melhoria da relação profissional-paciente-família-instituição, adesão do paciente ao tratamento individual ou implementação de medidas coletivas (Turato⁷¹ 2005).

3 PROPOSIÇÃO

3.1 OBJETIVO GERAL

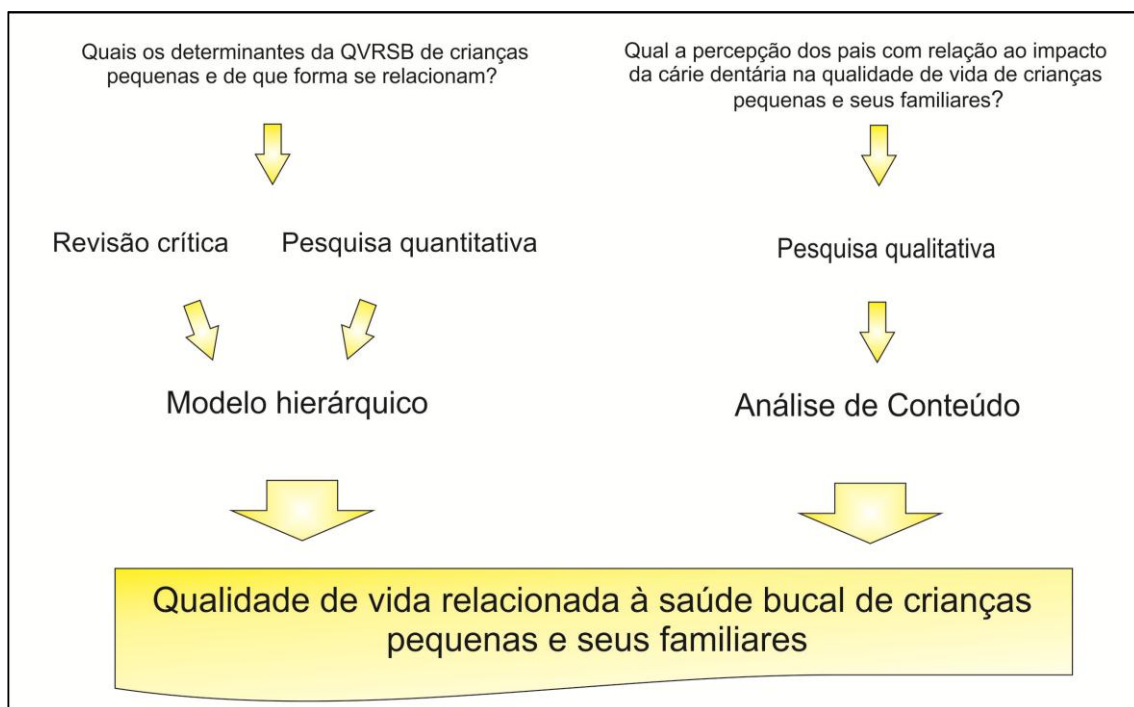
Analisar os determinantes do impacto da saúde bucal na qualidade de vida de pré-escolares e suas famílias, adscritos às Unidades Saúde da Família da cidade de Ponta Grossa/PR.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Construir, por meio de revisão crítica da literatura, um modelo hierárquico explicativo dos fatores relacionados à saúde bucal que impactam na qualidade de vida de pré-escolares e suas famílias.
2. Descrever a prevalência de cárie, condições socioeconômicas e estilo de vida de pré-escolares com idades entre 3 e 5 anos, usuários das Unidades Saúde da Família de Ponta Grossa.
3. Identificar a prevalência do impacto da condição bucal na qualidade de vida dessas crianças e suas famílias.
4. Analisar os fatores relacionados ao impacto da condição bucal na qualidade de vida das crianças e famílias, segundo o modelo hierárquico.
5. Conhecer as percepções das mães de crianças portadoras de cárie severa quanto ao impacto da condição bucal da criança na qualidade de vida de seus filhos e família.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo foi dividido em três etapas, sendo estruturado em: revisão crítica da literatura, análise quantitativa e análise qualitativa. Essa associação de metodologias é chamada de "triangulação de métodos" (Creswell⁷² 2010). Consiste no uso de diferentes métodos para responder questionamentos de um mesmo problema levantado (Quadro 1), em que este é visto por lentes ampliadas, permitindo uma melhor compreensão e explicação dos processos e fenômenos em questão (Goldenberg et al.⁷³ 2003).



Quadro 1 - Triangulação de métodos com objetivo de responder questionamentos levantados sobre a qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças pequenas e seus familiares.

4.1 REVISÃO CRÍTICA DA LITERATURA

Uma revisão crítica da literatura foi realizada com o objetivo de evidenciar os fatores que mais frequentemente se associam ao impacto na qualidade de vida relacionada à condição bucal de crianças e suas famílias e construir um modelo explicativo hierárquico (Victora et al.¹⁸ 1997). O método aplicado nessa revisão foi a busca estratégica da literatura, de acordo com critérios de inclusão e exclusão previamente

definidos. As bases de dados utilizadas foram: SCIELO, SCOPUS, Web of Science, PubMed e LILACS. No campo de pesquisa básica, foram cruzados descritores relacionados ao tema, divididos em palavras-chave primárias e secundárias (Figura 3), consultadas no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e definidas após uma busca prévia na literatura. Os critérios de inclusão dos estudos foram: a) ano de publicação (2008-2013); b) idioma (inglês, português e espanhol); c) população alvo de pré-escolares; d) aplicação de questionários de qualidade de vida pré-validados; e) qualidade de vida medida através da percepção dos pais. As seguintes publicações foram excluídas: a) relatos de caso; b) revisões de literatura e ensaios teóricos; c) publicações em revistas não indexadas; d) teses e dissertações; e) estudos com instrumentos não validados ou avaliações subjetivas; f) estudos com crianças portadoras de doenças e condições sistêmicas; g) ensaios clínicos onde a QVRSB foi avaliada em situações extremas (por exemplo: QVRSB antes e depois de tratamento dental); h) estudos sem análises estatísticas.

Os artigos recuperados foram tabulados a fim de eliminar as repetições entre bases e palavras-chave. Em seguida, foi realizada a seleção dos artigos por título, de acordo com o tema pesquisado. Após, os resumos foram lidos e permaneceram apenas os artigos que correspondiam aos propósitos desse estudo. Estas etapas foram realizadas em duplicata, por dois pesquisadores. As discordâncias foram decididas por consenso.

Os fatores relacionados com impacto da condição bucal na qualidade de vida de pré-escolares foram listados e dispostos em um modelo hierárquico, segundo o preconizado por Victora et al.¹⁸ (1997), de acordo com o nível de associação descrito. O modelo buscou elencar os fatores que impactam na qualidade de vida relacionada à saúde bucal de pré-escolares em três níveis: distal, intermediário e proximal.

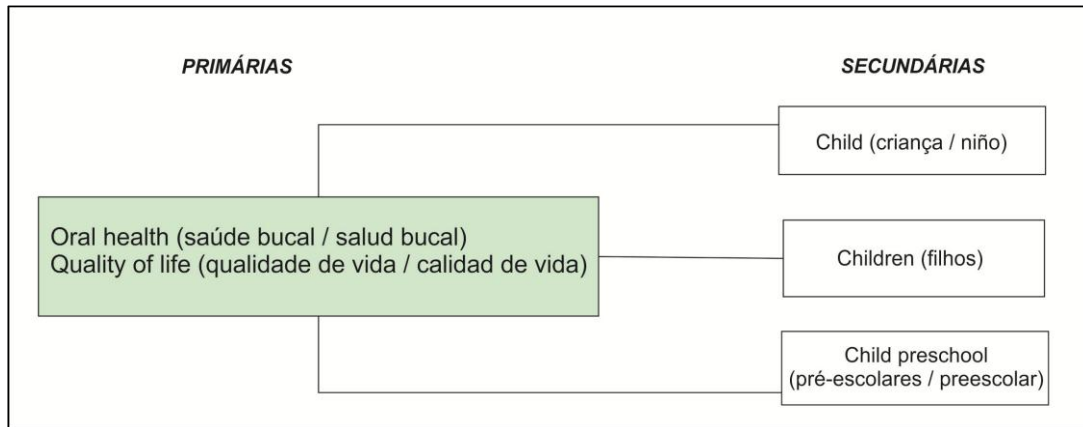


Figura 3 - Cruzamento das palavras-chave primárias e secundárias no campo de pesquisa de cada base.

4.2 ETAPA QUANTITATIVA

4.2.1 Local do estudo

O estudo foi realizado no município de Ponta Grossa, que está situado na região centro-sul do Paraná, conhecida como Campos Gerais. A população em 2010 era de 311.611 mil habitantes, segundo o censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O município é sede da terceira Regional de Saúde, constituindo-se em polo regional para 12 municípios menores. As primeiras equipes de saúde da família (EqSF) e equipes de saúde bucal (EqSB) foram implantadas em 2001, e ampliadas nos anos subsequentes, principalmente após a adesão do município ao Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF), em 2004. A rede de Atenção Básica é composta por 40 unidades de saúde, sendo 21 Unidades de Saúde da Família em zona urbana, das quais 14 com EqSB habilitadas e 7 com atendimento odontológico convencional; 2 Unidades de Saúde da Família (USF) em zona rural com atendimento odontológico convencional; e 17 Unidades Básicas de Saúde (UBS) com atendimento odontológico. O município conta com dois Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e um Laboratório de Prótese Dentária, que atendem à rede de atenção básica de forma regionalizada. Em 2011, o município aderiu ao Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) com 18 equipes de saúde da família.

4.2.2 População alvo do estudo

Essa etapa foi realizada a partir de dados secundários, que fazem parte de um estudo transversal (Edital PPSUS – chamada 08/2009) que avaliou a qualidade da atenção primária à saúde no município de Ponta Grossa e sua relação com a condição bucal, necessidade de tratamento e acesso a serviços odontológicos por crianças de 3 a 5 anos.

A amostra do estudo, de 500 crianças (450 calculada acrescida de 10% para possíveis perdas), foi selecionada dentre a população adscrita às USFs com e sem EqSB da zona urbana de Ponta Grossa – PR, mantendo-se a relação proporcional entre o número calculado e o número de USF, totalizando 25 crianças por área. Todas as crianças de 3 a 5 anos, cadastradas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e usuárias dos serviços da USF, foram consideradas elegíveis para o estudo e participaram do sorteio. Foram coletados dados de 456 crianças entre 3 e 5 anos de idade, usuárias dos serviços de 19 das 21 USF da região urbana de Ponta Grossa - PR, sendo 13 com equipes de saúde bucal e 6 sem inserção da Estratégia Saúde da Família. Duas USF foram excluídas por estarem fechadas no período da coleta de dados. Os dados foram lançados em planilha Excel, sendo excluídas da amostra final as fichas que apresentavam muitas informações faltantes (18 fichas).

Os dados foram coletados nos domicílios por dez acadêmicos de Odontologia previamente calibrados, por meio de entrevista com a mãe ou cuidador mais próximo, seguida de exame clínico da criança. Após, o pesquisador realizava instrução de higiene bucal e a mãe recebia um kit contendo dentifrício, fio dental e uma escova por criança residente no domicílio. O questionário relacionado a características socioeconômicas, comportamentais, de necessidade percebida e utilização de serviços odontológicos foi pré-validado em estudo piloto. A condição bucal foi aferida por meio do índice ceo-d (cariados, extraídos por cárie e obturados - decíduos), seguindo a metodologia aplicada no levantamento nacional de saúde bucal realizado pelo Ministério da Saúde em 2010 (Brasil³ 2011), tanto para o treinamento dos examinadores quanto para a coleta de dados. A necessidade percebida foi aferida utilizando-se o questionário validado *Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS)* (Pahel, Rozier, Slade⁶⁸ 2007) – quadro 2. As opções de resposta foram ordenadas em escala Likert com os escores 0 - nunca; 1 - quase

nunca; 2 – às vezes; 3 - com frequência; 4 - com muita frequência, 9 – não sei/não lembro. Os escores do ECOHIS foram calculados a partir da soma simples dos códigos. As respostas referentes ao código 9 não são consideradas no cálculo dos escores. Respondentes com mais de duas respostas “não sei” na seção criança ou mais que uma na seção família foram excluídos da análise (Pahel, Rozier, Slade⁶⁸ 2007). O índice final varia de 0 (menor impacto) a 52 (impacto máximo). Também foi aplicado um questionário estruturado sobre as características demográficas, socioeconômicas e comportamentais das crianças.

	Dimensão	Questão
Subescala da criança	Sintoma	Sua criança já sentiu dores nos dentes, na boca ou nos maxilares (ossos da boca)? 0) nunca 1) quase nunca 2) as vezes 3) com frequência 4) com muita frequência 9) não sei/não lembro
	Função	Sua criança já teve dificuldade em beber bebidas quentes ou frias devido a problemas com os dentes? 0) nunca 1) quase nunca 2) as vezes 3) com frequência 4) com muita frequência 9) não sei/não lembro
		Sua criança já teve dificuldade para comer certos alimentos devido a problemas com os dentes? 0) nunca 1) quase nunca 2) as vezes 3) com frequência 4) com muita frequência 9) não sei/não lembro
		Sua criança já teve dificuldade de pronunciar qualquer palavra devido a problemas com os dentes? 0) nunca 1) quase nunca 2) as vezes 3) com frequência 4) com muita frequência 9) não sei/não lembro
		Sua criança já deixou de fazer alguma atividade diária (ex.: brincar, pular, correr, ir à creche ou escola etc.) devido a problemas com os dentes? 0) nunca 1) quase nunca 2) as vezes 3) com frequência 4) com muita frequência 9) não sei/não lembro
	Psicológica	Sua criança já teve dificuldade em dormir devido a problemas com os dentes? 0) nunca 1) quase nunca 2) as vezes 3) com frequência 4) com muita frequência 9) não sei/não lembro
		Sua criança já ficou irritada devido a problemas com os dentes? 0) nunca 1) quase nunca 2) as vezes 3) com frequência 4) com muita frequência 9) não sei/não lembro
	Auto-imagem/ Interação social	Sua criança já evitou sorrir ou rir devido a problemas com os dentes? 0) nunca 1) quase nunca 2) as vezes 3) com frequência 4) com muita frequência 9) não sei/não lembro
		Sua criança já evitou falar devido a problemas com os dentes? 0) nunca 1) quase nunca 2) as vezes 3) com frequência 4) com muita frequência 9) não sei/não lembro
Subescala da família	Angústia dos Pais	Você ou outra pessoa da família já ficou aborrecida devido a problemas com os dentes? 0) nunca 1) quase nunca 2) as vezes 3) com frequência 4) com muita frequência 9) não sei/não lembro
		Você ou outra pessoa da família já se sentiu culpada devido a problemas com os dentes de sua criança? 0) nunca 1) quase nunca 2) as vezes 3) com frequência 4) com muita frequência 9) não sei/não lembro
	Função da Família	Você ou outra pessoa da família já faltou ao trabalho devido a problemas com os dentes de sua criança? 0) nunca 1) quase nunca 2) as vezes 3) com frequência 4) com muita frequência 9) não sei/não lembro
		Sua criança já teve problemas com os dentes que causaram impacto financeiro na sua família? 0) nunca 1) quase nunca 2) as vezes 3) com frequência 4) com muita frequência 9) não sei/não lembro

Quadro 2 - Questionário ECOHIS (Early Oral Health Impact Scale) para mensuração da qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças pré-escolares e suas famílias.

4.2.3 Delineamento do estudo

O modelo construído na revisão sistemática foi testado através dos dados secundários. A estatística descritiva utilizada para caracterizar a amostra foi realizada através das frequências ou médias e respectivos desvios-padrão (dp) das variáveis de interesse do estudo. Para verificar a associação entre o desfecho (QVRSB) e variáveis independentes, foi feita a análise bivariada com cálculo de razão de prevalência bruta mediante Regressão de Poisson. Foi utilizado o software Stata 12.0 (Stata Corp. College Station, USA). Todas as variáveis da análise bivariada que apresentaram nível de significância maior que 80% ($p < 0,20$) foram selecionadas para a análise multivariada. As variáveis explicativas foram testadas para multicolinearidade.

A análise multivariada também foi realizada através do teste de Regressão de Poisson. Nessa etapa, as variáveis foram introduzidas no modelo hierárquico conforme sua significância estatística, uma a uma, respeitando os níveis de associação: primeiramente os fatores demográficos e socioeconômicos, seguido do estilo de vida e, por fim, a condição bucal. As variáveis que apresentaram nível de significância maior que 95% ($p \leq 0,05$) foram mantidas no modelo final.

4.3 ETAPA QUALITATIVA

A terceira e última etapa foi um estudo de percepção das mães quanto à QVRSB de seus filhos, através de uma abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa tem como característica o estudo do sujeito em profundidade (Silverman⁷⁴ 2009), a partir da apreensão de sua realidade (Adomo e Castro⁷⁵ 1994). O conhecimento é gerado a partir da ótica dos sujeitos de pesquisa, através de suas vivências e seu ambiente natural. A análise dos dados é feita de maneira indutiva, a partir das particularidades para os temas gerais, por meio de entrevistas, observação ou análise de documentos (Creswell⁷² 2010).

4.3.1 População alvo do estudo

A partir do banco de dados utilizado na etapa quantitativa, foram selecionadas as 46 crianças que apresentaram cárie severa (ceo-d maior ou igual a 6) (AAPD⁷⁶ 2011), as quais foram consideradas elegíveis para a realização da parte qualitativa desse estudo. Contando com o auxílio dos ACS das micro-áreas para a localização das famílias e acesso às residências, 26 crianças foram identificadas e suas mães concordaram em participar. As demais crianças não foram localizadas pelos seguintes motivos: mudança de endereço ou endereço não encontrado, moradores não encontrados no momento da visita, micro-área sem ACS responsável.

4.3.2 Delineamento do estudo

Foram entrevistadas 26 mães de crianças pré-escolares portadoras de cárie severa, visando conhecer como a saúde bucal impacta na vida de seus filhos e da família. Para a coleta de dados foi realizada uma entrevista semiestruturada, baseada em um roteiro (Apêndice A) contemplando as mesmas dimensões do questionário ECOHIS. As questões norteadoras foram pré-testadas em estudo piloto, assegurando que todos os objetivos deste estudo seriam abordados na conversa. As mães entrevistadas tinham liberdade para discorrer sobre o tema em questão sem se prender necessariamente à pergunta do entrevistador (Minayo⁷⁷ 2007). A ordem das perguntas era estabelecida de acordo com o decorrer da entrevista e das respostas da mãe entrevistada (Flick⁷⁸ 2009). As entrevistas ocorreram nos domicílios, sendo os relatos gravados, mediante autorização prévia e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após a entrevista a mãe era orientada quanto à saúde bucal das crianças, sendo oferecido tratamento odontológico nas clínicas da Universidade Estadual de Ponta Grossa, com objetivo de restabelecer a condição bucal e melhorar a qualidade de vida. O tratamento de primeira opção foi o Tratamento Restaurador Atraumático (ART), sempre que houve indicação.

As entrevistas gravadas foram transcritas e as perguntas analisadas qualitativamente por meio da técnica da Análise de Conteúdo Temática (Bardin⁷⁹ 2011).

A análise de conteúdo consiste em um conjunto de técnicas de análise de comunicação que visa obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/ recepção destas mensagens. Tem como objetivo captar e reconstruir significados (processos, comportamentos, atos) (Bardin⁷⁹ 2011). A Análise de Conteúdo Temática por sua vez, consiste em descobrir os núcleos de sentido que favorecem a captação social das depoentes sobre o objeto de estudo, assim como a contextualização psicossocial que circunda esse objeto (Minayo et al.³¹ 2000).

As etapas seguidas foram: pré-análise do material transcrito, leitura flutuante, exploração e categorização.

Com base no ECOHIS, foram definidas previamente duas categorias para a análise dos dados descritas no Quadro 3.

Categoria I. Impacto na vida da criança	1) Dimensão função  A) Dificuldade para comer B) Dificuldade de fazer atividades diárias 2) Dimensão Psicológica — A) Alterações do comportamento 3) Dimensão Social — A) Problemas na comunicação / em se relacionar com os outros
Categoria II. Impacto na vida da família	1) Rotina da casa / Relacionamentos familiares 2) Sentimento dos pais

Quadro 3 - Categorias pré-definidas para a análise de conteúdo temática.

Após a transcrição, as falas foram organizadas de acordo com as categorias pré-definidas (pré-análise). Nessa etapa procedeu-se à leitura flutuante das mesmas para a apreensão do sentido do todo. A exploração do material foi feita através leitura exaustiva das falas a fim de subcategorizá-las. Primeiramente foram extraídas palavras ou expressões que respondiam às questões norteadoras, os chamados Núcleos de Sentido (Minayo⁷⁷ 2007). Esses foram recordados juntamente com os trechos das entrevistas que respondiam a questão. Por fim, as falas foram agrupadas em categorias temáticas.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

Os dados secundários utilizados na etapa quantitativa do estudo foram cedidos pela Profª Drª Márcia Helena Baldani Pinto, coordenadora do projeto de pesquisa “A qualidade da atenção primária à saúde na rede de atenção básica de Ponta Grossa/PR e sua relação com condição bucal, necessidade de tratamento e utilização de serviços odontológicos por crianças”, o qual foi financiado por meio do Edital PPSUS – chamada 08/2009 e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade Estadual de Ponta Grossa, sob parecer número 67/2009 e autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Ponta Grossa (Anexo A). A etapa qualitativa foi aprovada pela COEP da Universidade Estadual de Ponta Grossa, sob parecer número 273.842 (Anexo B).

Os termos de consentimento livre e esclarecido foram entregues e assinados pelas mães antes do início de cada entrevista (Apêndice B).

5 RESULTADOS

5.1 REVISÃO CRÍTICA DA LITERATURA

A Figura 4 apresenta um fluxograma indicando o caminho percorrido até a obtenção dos 13 artigos selecionados, os quais atendiam aos critérios de inclusão definidos para esta revisão crítica.

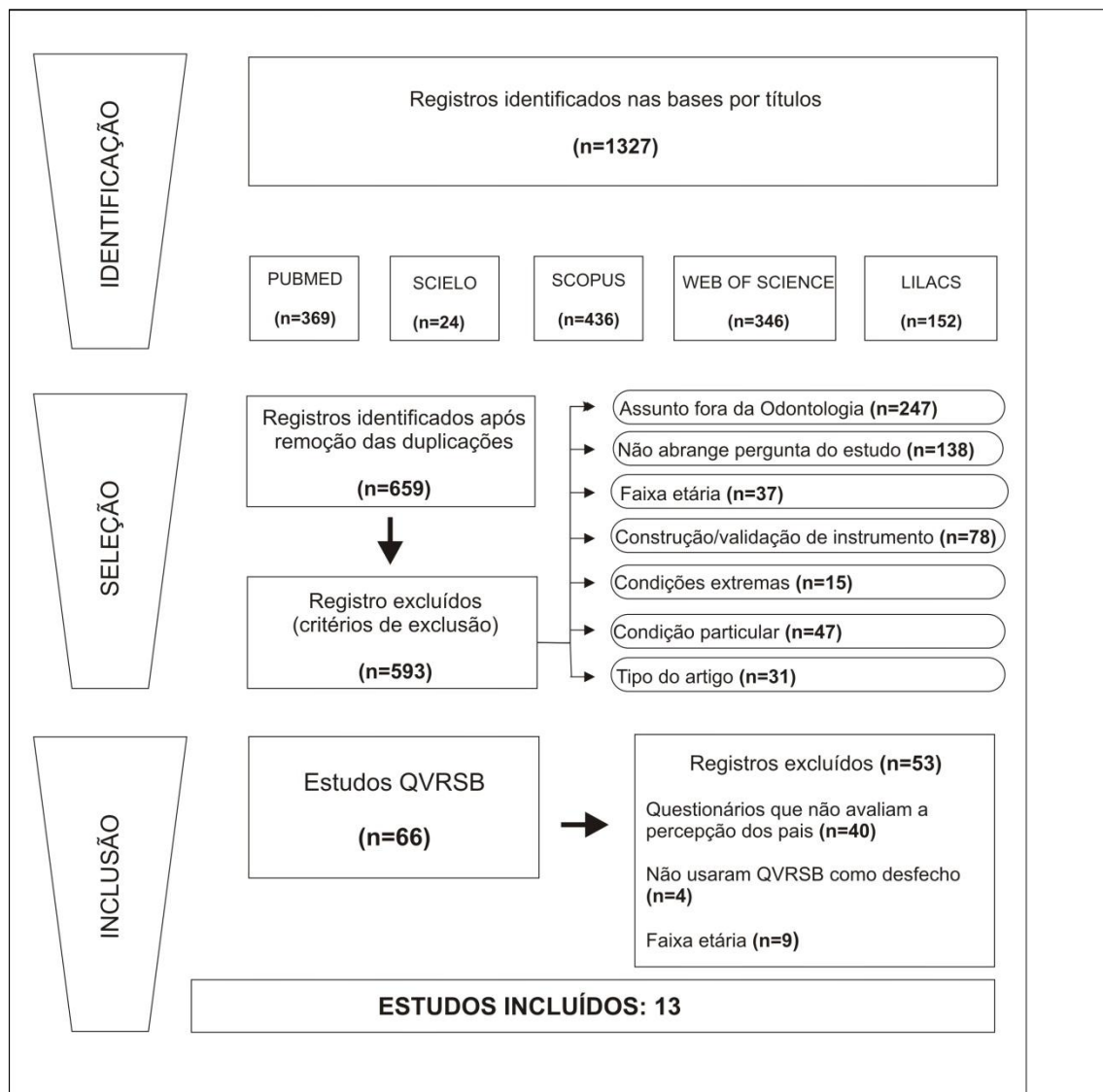


Figura 4 - Fluxograma do passo a passo da busca e seleção de artigos.

Todos os artigos selecionados foram de delineamento transversal. Dos 13 artigos, 12 usaram a cárie dentária como condição clínica analisada, 6 o trauma dental, 5 a má-

oclusão e 1 defeitos do esmalte. A faixa etária das crianças variou de 2 a 7 anos de idade. Quanto ao uso de questionário socioeconômico, 1 artigo não o usou e 2 utilizaram apenas a renda como variável independente.

A QVRSB foi associada à presença da cárie dentária e trauma dental grave. Não foram encontradas associações entre QVRSB e má-oclusão ou defeito do esmalte. O estilo de vida também influenciou no impacto da qualidade de vida, a percepção das mães quanto a QVRSB foi mais negativa quando as mães eram ansiosas frente ao tratamento odontológico, não frequentavam o cirurgião dentista, que classificavam a saúde bucal de seus filhos como ruim e tinham pobres conhecimentos sobre cuidados em saúde. Quanto aos determinantes demográficos, apenas idade foi associada com QVRSB. A idade e escolaridade dos pais, número de filhos, tipo de escola (privada ou pública) e renda foram os determinantes socioeconômicos relacionados com a QVRSB das crianças (Tabela 1).

Tabela 1 - Variáveis significativas relacionadas à qualidade de vida encontradas na revisão crítica.

PERCEPÇÃO DE SAÚDE BUCAL - IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA (ECOHIS TOTAL)				
	Níveis Distais		Nível Intermediário	Nível proximal
AUTOR	Demográfico	Socioeconômico	Estilo de vida	Condição bucal
Abanto et al. ⁹ (2011)	Idade da criança	Renda	-----	Cárie
Aldrigui et al. ¹⁵ (2011)	-----	-----	-----	Trauma grave
Goettems et al. ⁴⁹ (2011)	Idade da criança	Escolaridade da mãe	Uso de serviços pela mãe (ansiedade) Ir ao cirurgião dentista	Cárie
Gradella et al. ⁶ (2011)	-----	-----	-----	Cárie e cárie severa
Kramer et al. ¹² (2013)	Idade da criança	-----	-----	Cárie e trauma
Martins-Junior et al. ⁵⁴ (2012)	Idade da criança	Idade da mãe	-----	Cárie
Wong et al. ⁵¹ (2011)	-----	-----	-----	Cariado e restaurado
Xavier et al. ⁵³ (2012)	-----	Renda e habitação	-----	Cárie
Divaris et al. ⁴⁸ (2012)	-----	-----	Conhecimentos sobre cuidados em saúde bucal.	Cárie
Raymundo Andrade et al. ⁸⁰ . (2012)	-----	-----	Classificação do estado de saúde bucal	Cárie
IMPACTO CRIANÇA				
Scarpelli et al. ⁸ (2012)	-----	Número de filhos, tipo escola, idade dos pais e renda	Classificação do estado de saúde bucal	ceo-d
Wong et al. ⁵¹ (2011)	-----	-----	-----	ceo-d
IMPACTO FAMÍLIA				
Abanto et al. ⁹ (2011)	Idade da criança	Renda	-----	Cárie
Abanto et al. ⁵⁷ (2012)	-----	Renda	-----	Cárie
Scarpelli et al. ⁸ (2013)	-----	Renda e idade dos pais	-----	ceo-d
Wong et al. ⁵¹ (2011)	-----	Renda	-----	Cariados e restaurados

A Figura 5 mostra o modelo hierárquico construído após a revisão de literatura. Fatores demográficos e socioeconômicos foram considerados como distais, seguido do estilo de vida como intermediário e por fim, mais proximal à percepção dos pais da QVRSB de seus filhos, a condição bucal.

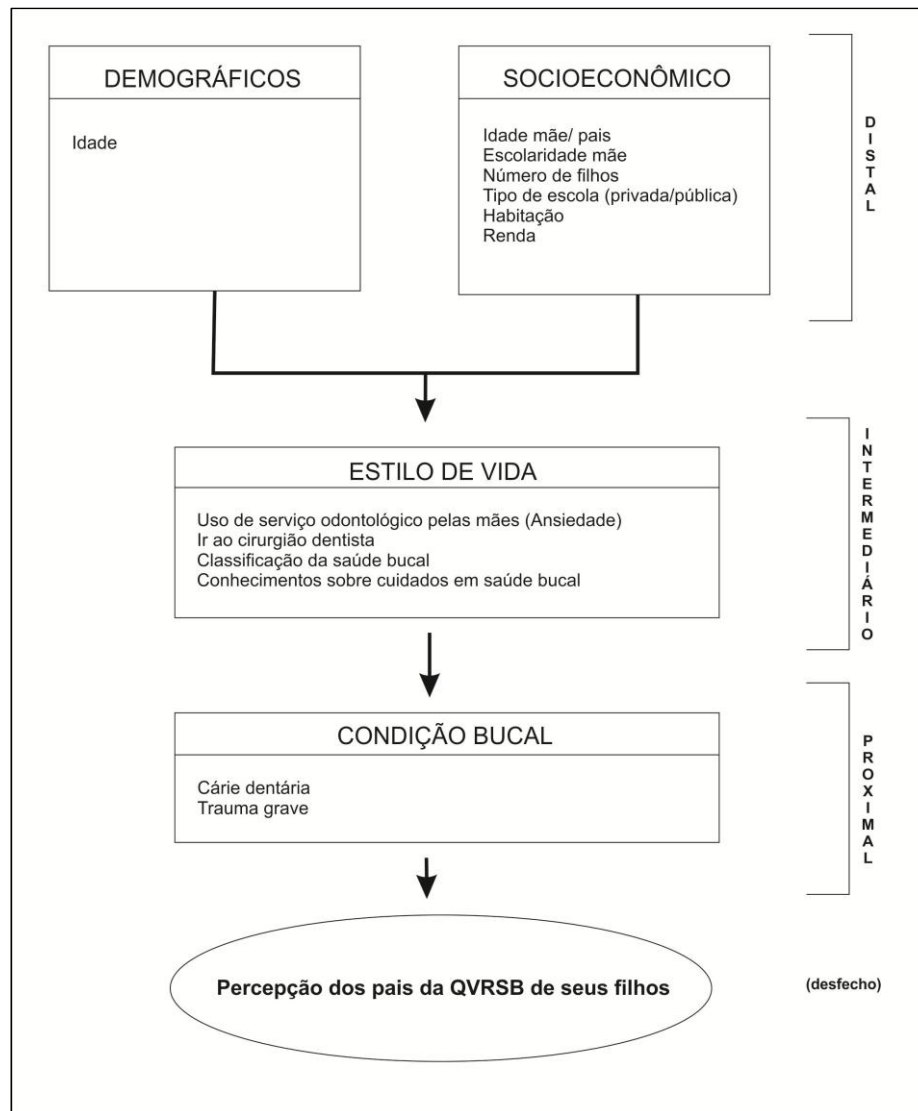


Figura 5 - Modelo hierárquico construído com base na revisão de literatura.

5.2 ETAPA QUANTITATIVA

A amostra final constou de 438 crianças, sendo 51% meninas e 49% meninos, com idade média de 3,9 ($\pm 0,8$) anos. A tabela 2 descreve a amostra segundo características demográficas e socioeconômicas.

Tabela 2 - Distribuição da amostra segundo características demográficas e socioeconômicas.

	N	%
Idade		
3 anos	165	37,7
4 anos	153	34,9
5 anos	120	27,4
Gênero		
Feminino	222	50,7
Masculino	216	49,3
Vive com		
Pai e mãe	319	73,3
Apenas um dos pais ou outro parente/cuidador	116	26,7
Escolaridade da mãe		
Ensino fundamental ou menos	264	61,3
Ensino médio ou mais	167	38,7
Mãe trabalha fora de casa		
Sim	156	37,3
Não	262	62,7
Criança frequenta escola (CEMEI)		
Sim	261	60,6
Não	170	39,4
Aglomeração domiciliar (≥ 3 moradores/dormitório)		
Sim	146	34,8
Não	273	65,2
Categoria social (ABEP)		
B2	41	10,0
C1	141	34,2
C2	164	39,8
D e E	66	16,0
Domicílio		
Próprio	343	78,3
Alugado/em aquisição	53	12,1
Cedido ou em área de invasão	42	9,6
Tipo de residência		
Alvenaria/madeira e alvenaria	294	67,6
Madeira/outras materiais	141	32,4
Água encanada		
Sim	436	99,8
Não	1	0,2
Esgoto		
Rede	358	81,7
Fossa séptica	33	7,5
Céu aberto	47	10,7
Coleta de lixo		
Sim	422	96,8
Não	14	3,2

A população foi caracterizada como de baixa condição socioeconômica. A maior parte da amostra pertencia a famílias de categoria social C (Associação Brasileira de Estudos Populacionais - ABEP), vivia com ambos os pais (famílias nucleares), residia em

domicílios próprios, de alvenaria ou mistos, com acesso a rede de água, esgoto e coleta de lixo. Além disso, 61% das crianças frequentavam os Centros Municipais de Educação Infantil (CEMEI). Foram identificadas desigualdades sociais, uma vez que 16% da amostra pertencem às categorias D e E, 9,6% vive em domicílios cedidos ou situados em áreas invadidas, e 10,7% dos domicílios tem esgoto lançado a céu aberto. A idade média das mães foi de 29,4 anos ($\pm 6,8$), configurando um grupo de adultos jovens. Chamou a atenção a baixa escolaridade materna (61,3% das mães apresentaram ensino fundamental completo ou menos) e o fato de que a maioria delas não contribuem com a renda familiar, pois não trabalham (62,7% das mães declararam-se como 'donas de casa'). A média de habitantes por domicílio foi de 2,6 ($\pm 1,5$), sendo que 34,5% da amostra se encontram em situação de aglomeração domiciliar (considerada quando a proporção moradores/número de cômodos utilizados para dormir foi igual ou superior a 3).

As características da amostra segundo a presença de cárie, hábitos de higiene bucal, auto percepção e impacto da saúde bucal na qualidade de vida estão descritas na tabela 3. Aproximadamente metade das crianças estudadas tinha pelo menos um dente decíduo cariado, perdido ou restaurado, sendo que 11,4% delas apresentaram cárie severa (mais de 6 dentes afetados). Com relação aos hábitos de higiene bucal, 19% das mães informaram que os dentes do filho não eram escovados diariamente, e 63,2% revelaram que escovam duas vezes ao dia ou mais. Verificou-se que 49,8% delas nunca haviam recebido informações sobre cuidados com a saúde bucal dos filhos e 26,3% da amostra apresentou alguma alteração negativa em sua qualidade de vida devido à condição bucal. Para 24,2% das crianças houve relato de dor de dente, sendo que para 22% houve referência à dor ocasional e, para 4,3%, dor frequente. Quanto à necessidade de tratamento odontológico, 57,9% das mães acharam que seu filho necessitava de atendimento profissional. Porém, a maioria das mães classificou a saúde bucal do filho como boa ou muito boa, e 11,3% informaram que levaria o filho ao dentista apenas em caso de dor.

Tabela 3 - Distribuição da amostra segundo presença de cárie, hábitos de higiene bucal, autopercepção e impacto da saúde bucal na qualidade de vida. Crianças de 3 a 5 anos adscritas à Estratégia Saúde da Família, Ponta Grossa – PR, 2011-2012.

	N	%
Cárie (ceo-d $\geq$ 1)		
Presente	225	51,4
Ausente	213	48,6
Cárie severa (ceo-d $\geq$ 6)		
Presente	50	11,4
Ausente	388	88,6
Escova os dentes		
Sim	350	81,0
Não	82	19,0
Frequência		
1 vez ao dia ou menos	158	36,8
2 vezes ao dia ou mais	271	63,2
Classificação da saúde bucal		
Muito boa/boa	271	63,0
Regular	119	27,7
Ruim/muito ruim	40	9,3
Necessita tratamento odontológico		
Sim	243	57,9
Não	177	42,1
Impacto na qualidade de vida		
ECOHIS $\geq$ 1 (impacto)	115	26,3
ECOHIS = 0 (nenhum impacto)	332	73,7
Dor de dente em algum momento da vida		
Sim	106	24,2
Não	332	75,8
Dor de dente frequente		
Sim	19	4,3
Não	419	95,7

O ceo-d médio encontrado na amostra foi 2,06 ($\pm$ 2,92, IC95% 1,79 – 2,34 – tabela 4). O componente cariado correspondeu a quase a totalidade do índice, com valor médio de 1,82 ($\pm$ 2,73; IC95% 1,57 – 2,08), indicando que 88,4% do total de dentes afetados não estavam tratados. O componente ‘perdido por cárie’ representou 3,4% dos dentes, com valor médio de 0,07 ($\pm$ 0,44; IC95% 0,03 – 0,11). A média de dentes restaurados foi de 0,17 ($\pm$ 0,74; IC95% 0,10 – 0,24). O Índice de Cuidados foi de 0,08 (apenas 8% dos dentes afetados por cárie, com cavitações visíveis, estavam restaurados).

Analisando os valores do índice ceo-d no grupo de crianças com cárie severa (ceo-d $\geq$ 6), encontrou-se média de 8,46 ($\pm$ 2,64; IC95% 7,71 – 9,21) dentes cariados, perdidos ou restaurados. Este representa o grupo de polarização de doença, com pequena proporção das crianças (11,4%) apresentando seis ou mais dentes com experiência de

cárie. O componente cariado também representou a maior parte do índice. Neste grupo observa-se maior participação do componente 'extraídos', indicando maior perda precoce de elementos dentários (Tabela 4).

Tabela 4 - Prevalência de cárie na dentição decídua – índice ceo-d total e por componentes. Crianças de 3 a 5 anos adscritas à Estratégia Saúde da Família, Ponta Grossa – PR, 2011-2012.

Índice de cárie	Mínimo	Máximo	média	Dp	% no índice
ceo-d	0,00	19,00	2,06	2,92	100,0
cariados (c)	0,00	19,00	1,82	2,73	88,4
perdidos por cárie (e)	0,00	4,00	0,07	0,44	3,4
restaurados (o)	0,00	9,00	0,17	0,74	8,2
ceo-d (cr. c/ cárie severa)	6,00	19,00	8,46	2,64	100,0
cariados (c)	0,00	19,00	7,58	2,96	89,6
perdidos por cárie (e)	0,00	4,00	0,34	1,00	4,0
restaurados (o)	0,00	9,00	0,54	1,73	6,4

Índice de Cuidados - 0,08

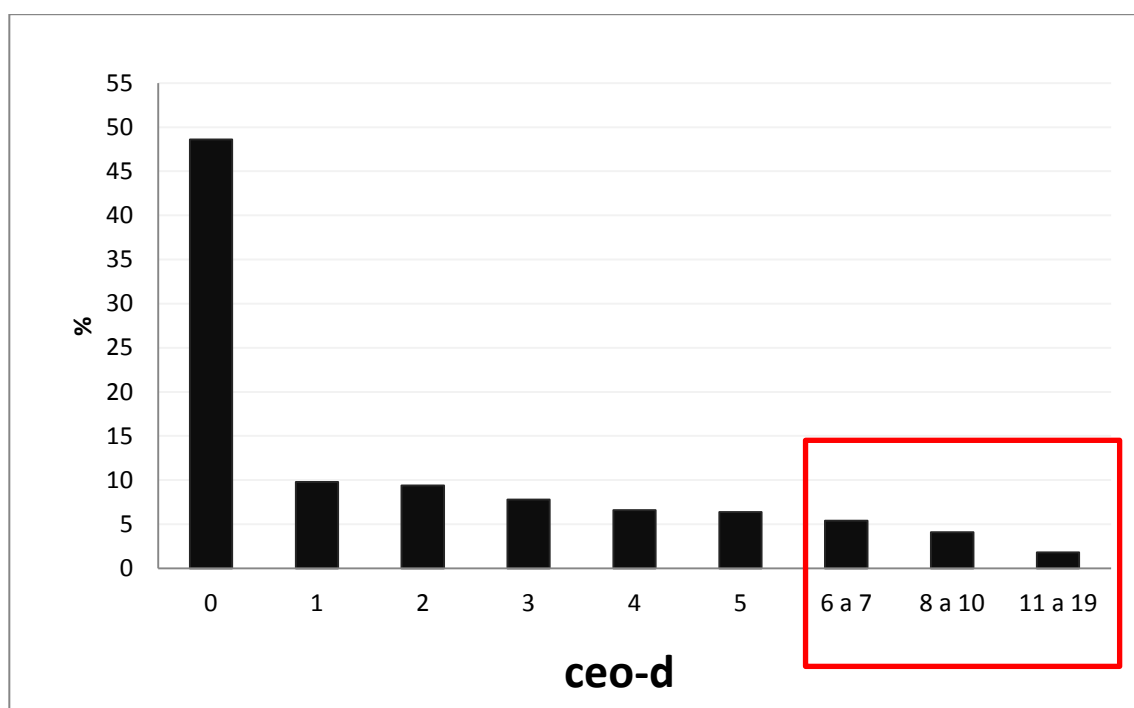


Figura 6 - Distribuição da amostra segundo o total de dentes cariados, perdidos por cárie e restaurados (ceo-d). Crianças de 3 a 5 anos adscritas à Estratégia Saúde da Família, Ponta Grossa – PR, 2011-2012.

Na Figura 6 pode-se observar o grupo de polarização de cárie (quadro vermelho), uma pequena parcela da amostra com a maior parte da doença encontrada.

Na Tabela 5 observa-se que apenas uma pequena parte da amostra possuía vínculo com algum cirurgião dentista ou o visitou no ano anterior, e desses, a maioria era acompanhada pela EqSB. Os principais motivos de consulta foram por rotina, reparos, manutenção. Apesar da baixa procura, 88,7% das pessoas afirmaram que levariam seus filhos ao dentista caso houvesse a necessidade.

Tabela 5 - Distribuição da amostra segundo utilização de serviços odontológicos. Crianças de 3 a 5 anos adscritas à Estratégia Saúde da Família, Ponta Grossa – PR, 2011-2012.

	N	%
Consultas odontológicas da criança		
Já foi ao dentista	184	42,0
Nunca foi ao dentista	254	58,0
Recebeu informações sobre cuidados com os dentes do filho		
Sim	201	49,8
Não	203	50,2
Vínculo com um dentista		
Sim	109	25,1
Dentista da ESF	70	16,0
Outros serviços	39	9,1
Não	325	74,9
Foi ao dentista no ano anterior		
Sim	142	32,6
Dentista da ESF	86	19,8
Outros serviços	51	11,7
Sem informação	5	1,1
Não	293	67,4
Motivo*		
Rotina, reparos, manutenção	73	52,9
Dor	31	22,5
Cavidades nos dentes, cárie	25	18,1
Outros motivos	9	6,5
Levaria o filho ao dentista em caso de necessidade		
Sim	361	88,7
Não/ apenas em caso de dor	46	11,3

*n = 142

A prevalência do impacto da condição bucal na qualidade de vida está descrita nas tabelas 6 e 7. A grande maioria das crianças não apresentou impacto, sendo que os impactos mais prevalentes foram a dor (23,1%), dificuldade em comer certos tipos de alimentos (11,6%), irritação (10,1%) e dificuldade em ingerir certos tipos de bebidas

(9,4%). Para a família as respostas que mais apareceram foram ficar aborrecido (9,7%) e culpado (9,3%) – Tabela 6. A média de impacto foi de 2,1 ($\pm$ 5,2), sendo que apenas o domínio sintoma atingiu o valor máximo possível (Tabela 7).

Tabela 6 - Frequência relativa e absoluta do impacto da cárie dentária na QVRSB por questão do ECOHIS. Crianças de 3 a 5 anos adscritas à Estratégia Saúde da Família, Ponta Grossa – PR, 2011-2012.

		Nunca n (%)	Quase nunca n (%)	Às vezes n (%)	Com frequência n (%)
Sintoma	Já sentiu dor	333 (75,8)	39 (8,9)	48 (11,0)	14 (3,2)
Função	Dificuldade em beber bebidas quentes ou frias	393 (89,5)	11 (2,5)	27 (6,2)	3 (0,7)
	Dificuldade para comer certos alimentos	382 (87,0)	14 (3,2)	29 (6,6)	8 (1,8)
	Dificuldade de pronunciar palavras	419 (95,4)	5 (1,1)	8 (1,8)	3 (0,7)
	Deixou de fazer alguma atividade diária	412 (93,8)	9 (2,0)	15 (3,4)	3 (0,7)
Psicológica	Dificuldade em dormir	411 (93,6)	6 (1,4)	19 (4,3)	3 (0,7)
	Já ficou irritada	395 (90,0)	14 (3,2)	24 (5,5)	6 (1,4)
Social	Já evitou sorrir ou rir	424 (96,6)	3 (0,7)	11 (2,5)	1 (0,2)
	Já evitou falar	426 (97,0)	3 (0,7)	9 (2,0)	1 (0,2)
Pais	Família já ficou aborrecida	395 (90,0)	8 (1,8)	31 (7,0)	4 (0,9)
	Família já se sentiu culpada	395 (90,0)	10 (2,3)	23 (5,2)	8 (1,8)
Família	Família já faltou ao trabalho	420 (95,7)	7 (1,6)	11 (2,5)	1 (0,2)
	Já causaram impacto financeiro	425 (96,8)	4 (0,9)	9 (2,0)	1 (0,2)

Tabela 7 - Prevalência do impacto da condição bucal na qualidade de vida – ECOHIS total e por dimensões. Crianças de 3 a 5 anos adscritas à Estratégia Saúde da Família, Ponta Grossa – PR, 2011-2012.

ECOHIS (IMPACTO MÁXIMO)	MÍNIMO	MÁXIMO	MÉDIA	DP	MEDIANA	INTERVALO INTERQUARTIL
ECOHIS total (52,0)	0,0	34,0	2,1	5,2	0,0	1,0
ECOHIS domínios						
Sintoma (4,0)	0,0	4,0	0,4	0,9	0,0	0,0
Função (16,0)	0,0	14,0	0,7	1,9	0,0	0,0
Psicológico (8,0)	0,0	6,0	0,3	1,0	0,0	0,0
Social (8,0)	0,0	5,0	0,1	0,5	0,0	0,0
Pais (8,0)	0,0	7,0	0,4	1,2	0,0	0,0
Família (8,0)	0,0	5,0	0,1	0,6	0,0	0,0

Na Tabela 8 pode ser observada a relação entre o impacto da saúde bucal na qualidade de vida, medido pelo índice ECOHIS, e as demais variáveis do modelo teórico. Quanto as variáveis demográficas, foi demonstrado que quanto maior a idade, maior o impacto na qualidade de vida. Em relação às características socioeconômicas, crianças que vivem com ambos os pais e de famílias das categorias sociais de menor renda tiveram maior impacto. A frequência de escovação foi um fator determinante do estilo de vida. A ida ao cirurgião dentista também mostrou associação positiva, pois aquelas que haviam procurado atendimento odontológico foram as que apresentaram maior impacto. Quanto a de presença cárie ou de cárie severa, pode-se observar que as crianças portadoras apresentaram maior impacto na qualidade de vida. As variáveis que apresentaram associação com nível de significância estatística de 20% ou menor ($p \leq 0,20$) foram selecionadas para a etapa multivariada.

Tabela 8 - Análise bivariada para o impacto da condição bucal na qualidade de vida. Crianças de 3 a 5 anos adscritas à Estratégia Saúde da Família, Ponta Grossa – PR, 2011-2012.

	Média (dp)	Mediana (intquart)	RP _{br} (IC95%)	p-valor
DEMOGRÁFICO				
Idade				< 0,001*
3 anos	0,9 (3,2)	0,0 (0,0)	1,0	0,216
4 anos	2,3 (5,2)	0,0 (1,0)	2,7 (2,2 – 3,3)	
5 anos	3,6 (6,7)	0,0 (4,7)	4,2 (3,4 – 5,0)	
Gênero				
Feminino	2,0 (5,1)	0,0 (0,2)	1,0	0,216
Masculino	2,2 (5,2)	0,0 (1,0)	1,0 (0,9 – 1,2)	
SOCIOECONÔMICO				
Vive com				0,001*
Apenas 1 dos pais/cuidador	1,7 (5,0)	0,0 (0,0)	1,0	0,188*
Pai e mãe	2,3 (5,2)	0,0 (1,0)	1,3 (1,1 – 1,5)	
Escolaridade da mãe				
Ensino médio ou mais	2,00 (5,21)	0,0 (1,00)	1,0	0,664
Ensino fund. ou menos	2,19 (5,20)	0,0 (1,00)	1,1 (1,0 – 1,2)	
Mãe trabalha fora				
Não	2,16 (4,89)	0,0 (1,00)	1,0	< 0,001*
Sim	2,10 (5,83)	0,0 (0,00)	1,0 (0,8 – 1,1)	
Categoria social (ABEP)				
B2	0,9 (3,4)	0,0 (0,50)	1,0	0,132*
C1	2,4 (5,2)	0,0 (1,50)	2,6 (1,8 – 3,6)	
C2	2,2 (5,3)	0,0 (1,00)	3,4 (1,7 – 3,3)	
D e E	2,2 (6,2)	0,0 (0,00)	2,3 (1,6 – 3,3)	
Aglomeração domiciliar				
Não	2,2 (5,3)	0,0 (1,0)	1,0	0,003*
Sim	1,9 (5,1)	0,0 (0,0)	0,9 (0,8 – 1,0)	
Domicílio				
Alugado/ /cedido/ invasão	2,5 (5,7)	0,0 (1,0)	1,00	< 0,001*
Próprio	2,0 (5,0)	0,0 (1,0)	0,8 (0,69 – 0,93)	
Tipo de residência				
Mista/Madeira/ outros	2,8 (6,4)	0,0 (0,5)	1,00	< 0,001*
Alvenaria	1,8 (4,5)	0,0 (1,0)	0,6 (0,6 – 0,7)	
ESTILO DE VIDA				
Escova os dentes				0,379
Sim	2,0 (5,3)	0,0 (1,0)	0,9 (0,8 – 1,1)	<0,001*
Não	2,2 (4,6)	0,0 (2,0)	1,0	
Frequência				
1 vez ao dia ou menos	0,9 (3,1)	0,0 (0,0)	1,0	<0,001*
2 vezes ao dia ou mais	2,2 (5,6)	0,0 (0,0)	2,5 (2,0 – 3,0)	
Consultas odontológicas				
Já foi ao dentista	3,1 (6,1)	0,0 (3,7)	2,3 (1,0 – 2,6)	0,268
Nunca foi ao dentista	1,4 (4,2)	0,0 (0,0)	1,0	
Recebeu informações sobre cuidados com os dentes do filho				
Não	2,0 (4,9)	0,0 (1,0)	1,0	<0,001*
Sim	2,2 (5,6)	0,0 (1,0)	1,0 (0,9 – 1,2)	
Foi ao dentista no ano anterior				
Não	1,4 (4,1)	0,0 (0,0)	1,0	<0,001*
Sim	3,5 (6,7)	0,0 (4,0)	2,4 (2,1 – 2,8)	

Tabela 9 – *Continuação*. Análise bivariada para o impacto da condição bucal na qualidade de vida. Crianças de 3 a 5 anos usuárias da Estratégia Saúde da Família, Ponta Grossa – PR, 2011-2012

CONDIÇÃO BUCAL				
Cárie				<0,001*
Sim	3,7 (6,7)	0,0 (5,0)	8,7 (7,0 – 10,8)	
Não	0,4 (1,6)	0,0 (0,0)	1,00	
Cárie Severa				<0,001*
Sim	8,3 (9,4)	6,0 (14,0)	6,3 (5,5 – 7,2)	
Não	1,3 (3,7)	0,0 (0,00)	1,0	

* Variável permanecerá no modelo, para a análise multivariada ($p \leq 0,20$).

A análise multivariada é apresentada na Tabela 9. Foi demonstrado que, quanto maior a idade, maior o impacto na qualidade de vida. Em relação às características socioeconômicas, crianças de famílias de menor renda e piores condições de moradia tiveram maior impacto. A ida ao cirurgião dentista também mostrou associação positiva, pois aquelas que haviam procurado atendimento odontológico foram as que apresentaram maior impacto. Quanto à presença cárie ou de cárie severa, pode-se observar que as crianças portadoras apresentaram maior impacto na qualidade de vida. Os determinantes demográficos, socioeconômicos e estilo de vida foram fortemente associados com a percepção dos pais quanto à qualidade de vida relacionada à saúde bucal de seus filhos, mesmo quando controlados pela presença de cárie (Tabela 8).

Tabela 10 - Análise multivariada hierarquizada dos fatores envolvidos no impacto da qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Crianças de 3 a 5 anos usuárias da Estratégia Saúde da Família, Ponta Grossa – PR, 2011-2012.

				Nível Distal		Nível Intermediário		Nível Proximal	
	Média (dp)	RP _{br} (IC95%)	p-valor	RP _{aj}	P	RP _{aj}	p	RP _{aj}	P
DEMOGRÁFICO									
Idade									
3 anos	0,9 (3,2)	1,0		1,0		1,0		1,0	
4 anos	2,3 (5,2)	2,7 (2,2 – 3,3)	<0,001*	3,0 (2,4 – 3,7)	<0,001*	2,6 (2,1 – 3,3)	<0,001*	2,4 (1,9 – 3,0)	<0,001*
5 anos	3,6 (6,7)	4,2 (3,4 – 5,0)	<0,001*	4,6 (3,8 – 5,7)	<0,001*	3,9 (3,2 – 4,8)	<0,001*	3,1 (2,5 – 3,8)	<0,001*
SOCIOECONÔMICO									
Categorização social (ABEP)									
B2	0,9 (3,4)	1,0		1,0		1,0		1,00	
C1	2,4 (5,2)	2,6 (1,8 – 3,6)	<0,001*	2,6 (1,9 – 3,7)	<0,001*	2,8 (2,0 – 3,9)	<0,001*	1,77 (1,26 – 2,59)	0,001
C2	2,2 (5,3)	3,4 (1,7 – 3,3)	<0,001*	2,0 (1,4 – 2,9)	<0,001*	2,3 (1,6 – 3,2)	<0,001*	1,43 (1,02 – 2,02)	0,039
D e E	2,2 (6,2)	2,3 (1,6 – 3,3)	<0,001*	2,0 (1,4 – 2,9)	<0,001*	2,6 (1,8 – 3,7)	<0,001*	1,44 (0,99 – 2,09)	0,053
Domicílio									
Próprio	2,0 (5,0)	1,0		1,0		1,0		1,0	
Alugado/ aquisição/ cedido/ invasão	2,5 (5,7)	1,2 (1,1 – 1,4)	0,003*	1,41 (1,21 – 1,65)	<0,001*	1,4 (1,2 – 1,6)	<0,001*	1,47 (1,25 – 1,72)	<0,001*
Tipo de residência									
Mista/Madeira/ outros	1,8 (4,5)	1,0		1,0		1,		1,0	
Alvenaria	2,8 (6,4)	1,56 (1,4 – 1,8)	<,001*	1,4 (1,2 – 1,6)	<0,001*	1,4 (1,3 – 1,7)	<0,001*	1,3 (1,2 – 1,5)	<0,001*
ESTILO DE VIDA									
Consultas odontológicas									
Nunca foi ao dentista	1,4 (4,2)	1,0		----	----	1,0		1,0	
Já foi ao dentista	3,1 (6,1)	2,3 (1,0 – 2,6)	<0,001*	----	----	2,0 (1,7 – 2,3)	<0,001*	1,7 (1,5 – 1,9)	<0,001*
CONDIÇÃO BUCAL									
Cárie			<0,001*						
Não	0,4 (1,6)	1,0		----	----	----	----	1,0	
Sim	3,7 (6,7)	8,7 (7,0 – 10,8)		----	----	----	----	6,6 (5,3 – 8,3)	<0,001*

5.3 ETAPA QUALITATIVA

As entrevistas com as 26 mães foram transcritas e o material analisado. As categorias e subcategorias pré-definidas a partir do ECOHIS desdobraram-se nas percepções descritas no Quadro 4.

CATEGORIA 1: AFETA VIDA DA CRIANÇA			
Subcategorias	Dimensão dor	Sem dor	Nunca reclamou de dor
		Com dor	Dor ao se alimentar
			Dor espontânea
			Dor no período da noite
	Dimensão função	Dificuldade para comer	Dor em ingerir certos tipos de alimentos/bebidas
			Alimento entra na cavidade
			Deixa de comer/beber ou ingere pouco
			Substituiu alimentação
		Dificuldade de fazer atividades diárias	Sangramento ao se alimentar
			Deixou de brincar
			Faltou aula
			Foi para a aula mesmo com dor
	Dimensão Psicológica	Alterações do comportamento	Dificuldade em dormir
			Choro
			Irritabilidade
			Tristeza
Dimensão social	Problemas na comunicação/ em se relacionar com os outros	Vergonha dos dentes/em sorrir	
		Mal hálito	
		Se isola	
CATEGORIA 2: AFETA VIDA DOS FAMILIARES			
Subcategorias	Dimensão Família	Rotina da casa/relacionamentos familiares	Brigas
			Problemas no trabalho
			Gastos
			Mudança de hábitos
	Dimensão Pais	Sentimento dos pais	Não se sentem responsáveis
			Culpa
			Descuido
			Dó
			Tristeza
			Ansiedade
			Arrependimento
			Impotência

Quadro 4 - Categorização da percepção das mães.

5.3.1 Categoria 1: Como a condição bucal afeta a vida da criança

As crianças portadoras de cárie severa tiveram suas vidas afetadas nas dimensões função, psicológica e social. Quando as mães foram questionadas diretamente de como a

cárie dentária afeta a vida de seus filhos, elas falaram que afeta pela dor, afeta o psicológico por não conseguir brincar, vergonha em sorrir, não comer, baixo peso, mau hálito e por privar a criança das coisas boas da infância:

Eu acho que na parte da saúde, psicologicamente, principalmente a criança, que nessa idade a criança tá ali já arrancando os dente, não ter aquele sorriso, conviver com o coleguinha e os “coleguinha” já chamando de banguela, dente podre, imagine o psicológico da criança como fica... (Mãe 25 - ceo-d 16: ECOHIS 43)

Ah, tem coisa que ele gosta de comer, algodão doce, essas coisas assim, ele pode deixar de comer por dor de dente, fazer alguma coisa que ele goste por dor de dente. Igual sorvete, deixar de parar de comer por causa da dor de dente. O melhor da infância é comer sorvete, algodão doce, tudo que é de doce é bom né? (Mãe 21 – ceo-d 11: ECOHIS 23)

Das 26 mães entrevistadas, 23 relataram que seu filho apresentou dor de dente, com maior frequência durante a alimentação, seguida de dor espontânea e dor no período noturno.

Na dimensão função houve dificuldade em comer e em fazer atividades diárias. As mães relataram que seus filhos sentiam dor ao comer certos tipos de alimentos, dentre eles os doces, alimentos azedos e duros e alimentos ou bebidas quentes e/ou frias:

é sempre quando ele come doce bastante daí também dá dor de dente. Eu não sei por que quando ele chupa doce assim dá dor de dente nele. Se ele chupar doce demais, bala, já se queixa que tá doendo o dente. (Mãe 18 – ceo-d 8: ECOHIS 9)

ele reclama quando é quente. Ele não come comida quente, morna, tem que ser fria. (Mãe 10 – ceo-d 7: ECOHIS 11)

Ou quando, durante a mastigação, algum alimento entrava na cavidade de cárie:

ele come um pouco daí ele para quando tá doendo. Porque daí “vai no oco” do dente (...).(Mãe 18 – ceo-d 8: ECOHIS 9)

ele reclama quando vai “cume”. Geralmente a hora que come alguma coisa que cai porque “tá” a panelinha que tem no dente (...). (Mãe 1 – ceo-d 7: ECOHIS 16)

Em alguns casos houve a interrupção e/ou a substituição da alimentação:

ele não come, ele tem medo de mastigar (...) algumas coisas ele não come por causa do lado, mastigar.(Mãe 20 – ceo-d 9: ECOHIS 17)

já deixou de tomar o suco por causa da dor sim. Mas comer é com mais frequência. Qualquer coisinha ele não quer mais comer, hoje na hora do almoço ela chorou bastante e não quis mais almoçar. (Mãe 23 – ceo-d 8: ECOHIS 33)

A substituição é feita para viabilizar a alimentação da criança:

as vezes assim, pra mim não deixar ele muito tempo sem comer, as vezes eu pegava um pouquinho de caldinho de feijão, um pouquinho de arroz, amassava bem o arroz e colocava aquele caldinho e deixava mais frio assim, daí ele comia. Ou as vezes eu colocava um pouco do caldinho do feijão na farinha pra ele ter o que comer. (Mãe 26 – ceo-d 8: ECOHIS 35)

Além disso, houve relato de sangramento ao comer:

Até na banana, quando ele morde assim sai aquele sangue. Daí ele não come, fica com nojo. (Mãe 19 – ceo-d 6: ECOHIS 32)

Esses problemas na alimentação das crianças podem ter afetado a saúde geral, as mães se referiram à perda de peso e queda da imunidade:

ela não "pegava" peso porque não se alimentava né (...) era direto vitamina até pra imunidade dela. (Mãe 25 - ceo-d 16: ECOHIS 43)

Quanto às atividades diárias afetadas, foi relatado que as crianças deixaram de brincar por dor de dente e faltaram aula.

O comportamento das crianças ao deixarem de brincar foi, na maioria dos relatos, o fato de ficarem apáticas em casa:

ele senta, ele fica amoadado, senta no sofá e fica ali, passando a mão no dente, procurando esquentar o lugar pra ver se para de doer. (Mãe 21 – ceo-d 11: ECOHIS 23)

...ela não brincava com as outras crianças. Era só dentro de casa e chorava de dor de dente (...) Ela não brincava, ela não se relacionava com as outras criança... (Mãe 25 - ceo-d 16: ECOHIS 43)

Os motivos de falta às aulas foram por dor ou para ir ao dentista:

... já tive que pegar ela na aula mais cedo por causa da dor. Que a professora falou que ela "tava" com muita dor de dente. (Mãe 23 – ceo-d 8: ECOHIS 33)

Só quando ele "tava" tratando mesmo os dentes, que daí não levava ele na escola, que dava anestesia pra mexer e ele não ia. (Mãe 17 – ceo-d 10: ECOHIS 5)

Apesar de haver faltas, algumas mães relataram que levaram seus filhos à escola mesmo com dor:

...ele falou: mãe eu "to" com muita dor de dente pra ir pra escola. Só que não queria perder porque era a festinha que eles fizeram (...) aí no final do dia quando ele chegou, ele já chegou com dor de dente. (Mãe 3 – ceo-d 6: ECOHIS 23)

Na dimensão psicológica, as alterações de comportamento encontradas foram dificuldade em dormir, choro, irritabilidade e tristeza.

(...) chora antes de dormir, daí esquece, de certo “mortece” o dente daí ele dorme. (Mãe 18 – ceo-d 8: ECOHIS 9)

assim, de no meio da noite ela acordar chorando né e daí não conseguir dormir, ficar um tempão acordada (...) Quase sempre (...) Fica se batendo bastante. (Mãe 23 – ceo-d 8: ECOHIS 33)

Não dá nem pra olhar pra ele quando ele tá com dor de dente. Ele chorava, ele puxava os cabelos dele assim, ele se mordida, daí ele entrava no quarto, se cobre, ele chega a dormir (...). Na verdade quando ele tinha dor de dente não dava pra você olhar pra ele (...) daí se você mexer com ele chora, xinga (...) fica brabo, “burrento”... (Mãe 26 – ceo-d 8: ECOHIS 35)

ai quando dá dor de dente ele fica bem triste, ai dói. Até eu falo, tem que escovar todo dia o dente pra não ficar doendo. (Mãe 18 – ceo-d 8: ECOHIS 9)

Ah, ele fica caidinho, bem quieto. Ele não gosta nem de conversar (Mãe 19 – ceo-d 6: ECOHIS 32)

Problemas na comunicação e no relacionamento com os outros foram descritos na dimensão social. As crianças tinham vergonha de sorrir devido a problemas estéticos nos dentes e mau hálito. Algumas tentavam esconder os dentes e até extraíam pela estética:

ela ficava com vergonha até “pa” sorrir, até “pa” brincar... Pra sorrir ela meio que virava a boquinha ou dava risada fechada, com sorriso fechado (...) daí os coleguinha começavam a caçoar dela na escolinha...começavam a chamar de banguela de dente podre... (Mãe 25 - ceo-d 16: ECOHIS 43)

ele falava: porque quando eu vou falar com minha tia...vou falar com a professora, a professora faz cara feia e sai de perto de mim... Porque mãe? Eu “to” fedendo? “To” fedido? (Mãe 26 – ceo-d 8: ECOHIS 35)

Só a mania que ela pegou de morder o lábio, de ficar escondendo. Ela fica escondendo assim (gesto) dependendo do lugar que ela fala, ela morde. Mas não precisa, ela já vai tirar esse... (Mãe 23 – ceo-d 8: ECOHIS 33)

ele começou a ficar com vergonha, até mesmo de ir pra escola (...) tirou os dentes pra ele não ficar com vergonha (...) Porque os coleguinhos todos tem dente bom, aí ele falou: mãe eu não posso nem dar risada! (Mãe 3 – ceo-d 6: ECOHIS 23)

Houve ainda a percepção de que as crianças se isolavam dos familiares e das outras crianças:

...ele não fala, fica quieto num cantinho, ai você tem que ir perguntar o que tá acontecendo, até ele falar da dor de dente. (Mãe 3 – ceo-d 6: ECOHIS 23)

....a professora acha ela muito distante das outras criança, por causa dos “problema” dela (...) Ela não se relacionava com as outras “criança” (Mãe 25 - ceo-d 16: ECOHIS 43)

5.3.2 Categoria 2: Como a condição bucal da criança afeta a vida da família

A presença de uma criança portadora de cárie dentária severa também alterou a vida dos pais bem como a rotina da família e os relacionamentos familiares, na percepção das mães entrevistadas. Observou-se que o fato de ter uma criança com cárie causou brigas entre familiares, problemas no trabalho de familiares, gastos inesperados e mudança de hábitos de higiene. As causas das brigas foram por conta da irritabilidade da criança durante um quadro de dor, brigas por não querer escovar os dentes e desentendimento entre os pais.

tem que brigar e tem que surrar pra ele escovar os dentes (...) tem que pegar ele na marra, daí ele escova. (Mãe 19 – ceo-d 6: ECOHIS 32)

A convivência com os pais afeta bastante, bastante, bastante (...) na época ele não tinha aquele incentivo também de me ajudar, tem que fazer isso, escovar. Até quando eu ia escovar da minha maneira e pegava ela de jeito eu machucava ela. Daí que “nois” brigava. Por causa disso aí. Até isso afeta. A convivência do casal. Às vezes a mãe quer fazer de um jeito, o pai quer fazer de outro... (Mãe 25 - ceo-d 16: ECOHIS 43)

Os problemas no trabalho foram pela necessidade de faltar ao trabalho resultando até em perda de emprego:

Eu tive que sair do meu trabalho pra cuidar dele quando ele começou com esses problema (...) de dor de dente. Ligava lá que ele “tava” chorando que ele “tava” com dor de dente. Ficava cinco dias com a boca inchada e dava febre, daí tinha que ficar faltando serviço. (Mãe 26 – ceo-d 8: ECOHIS 35)

Quando as mães foram questionadas quanto ao sentimento que elas tinham quando pensavam nos problemas dos dentes de seus filhos, os sentimentos referidos foram de arrependimento, culpa, sentimento de descuido, ansiedade, pena, tristeza, desespero e impotência.

nossa menina do céu! “Óia” como “nois se arrependemo”, que eu acho que eu e meu esposo a gente devia te lutado um pouquinho mais pra ela não ter chegado nessa situação que chegou (...). Então eu acho que se arrependimento matasse nós dois essas hora já “tava”... (Mãe 25 - ceo-d 16: ECOHIS 43)

A culpa sentida referida era devido a não ter cuidado adequadamente da saúde bucal dos filhos:

o dia que ela “tava” com inchaço muito grande em cima do dentinho assim e aquilo “tava” grande, vazando e ela “tava” com muita dor sabe. Foi a hora que coloquei a mão na consciência e pensei que era por culpa minha por não ter cuidado. (Mãe 23 – ceo-d 8: ECOHIS 33). Até hoje eu penso, penso mesmo. “Tô” dormindo a

noite e me acordo. E meu Deus, se eu pudesse voltar no tempo eu voltava, porque era bem branquinho os “dente” dela. (Mãe 25 - ceo-d 16: ECOHIS 43)

Algumas mães transferiam a culpa para o uso de medicamentos e a genética:

Mas um tanto pode ser do organismo, porque essa daí nem bem nasceu os dentes dela, já começou a nascer. Os 4 dentes da frente dela já começou a nascer, já começou a cariar, começou a estragar...A menininha que eu cuidava da idade dela ficou uns 5 meses comigo. Nunca vi a menininha escovar os “dente”....uns dentes lindo. (Mãe 11 – ceo-d 14: ECOHIS 10)

(...) quando ela era pequena ela tinha muito “poblema” de peito carregado, que ela tomou muito antibiótico e foi os primeiro dente dela que estragaram (...). (Mãe 22 – ceo-d 10: ECOHIS 8)

As mães que declararam sentirem-se ansiosas e compararam o sofrimento do filho com sua experiência de dor por problemas nos dentes:

a gente fica nervoso, de dor de dente é ruim. Que a gente quando dá dor de dente tem vontade de arranca tudo os “dente”. Eu também tenho dor de dente, só que o meu o oco assim no fundo...Ainda mais quando vai comida no oco do dente, daí dói (...). A gente fica nervosa de ver que os filho da gente não tá “bão”. (Mãe 18 – ceo-d 8: ECOHIS 9)

O sentimento de pena foi pela aparência dos dentes, pelos filhos passarem vergonha, pela dor e por dó de ter que ir ao dentista:

Ah, fiquei com dozinho, perde os dentinho bonito né, fica com “os dentinho” preto e banguelinha. (Mãe 2 – ceo-d 8: ECOHIS 0)

A gente fica com dó né? Que nem tem hora que a gente dá, demora demais pra passar a dor né. A gente fica assim sem saber o que fazer. (Mãe 23 – ceo-d 8: ECOHIS 33)

a gente fica com dó também né, de deixar judiar né. Eu “memo” já fui “no” dentista e sei que às vezes dói, daí ela não deixa mexer, ainda mais se eu tiver perto, daí começa a fazer manha, e eu acabo ficando com dó e não levo. (Mãe 8 – ceo-d 9: ECOHIS 0)

As mães se sentiam impotentes frente aos problemas bucais dos filhos por não possuírem condições financeiras para procurar atendimento:

... Mas como é que vai fazer, não tem como tratar, a gente não tem dinheiro. (Mãe 12 - ceo-d 7: ECOHIS 7)

6 DISCUSSÃO

Com a mudança de paradigmas quanto aos determinantes do processo saúde-doença as ações de saúde passaram a ter como objetivo a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos (Seild e Zannon³⁹ 2004). Para isso, é importante conhecer os fatores envolvidos no processo e como eles se relacionam. Ao ampliar a compreensão sobre como as doenças afetam os indivíduos e as populações, torna-se possível proporcionar políticas públicas que ofereçam as melhores opções de promoção, prevenção e tratamento e que busquem minimizar as desigualdades em saúde (Gift et al.¹⁹ 1997, Sischo e Broder²² 2011).

No campo da saúde bucal, tem-se estudado como as doenças e alterações afetam a qualidade de vida dos indivíduos, vários deles voltados às crianças de baixa idade (Gradella et al.⁶ 2011, Wong et al.⁵⁶ 2011, Scarpelli et al.⁸ 2013). Isso se deve ao fato de que a cárie dentária ainda acomete muito essa faixa etária, causando impacto na forma de dor, dificuldade em se alimentar, dificuldade em dormir e fazer atividades diárias, como brincar ou ir para escola, além de alterações no comportamento da criança podendo afetar sua saúde geral (Tesch et al.⁵ 2008, Gradella et al.⁶ 2011, Scarpelli et al.⁸ 2013).

No final do século XX observou-se uma tendência de redução na prevalência de cárie dentária, principalmente com a ampliação do acesso ao flúor, por meio das águas de abastecimento público e dentifrícios fluoretados (Narvai et al.⁸¹ 2006). Essa diminuição trouxe mudanças no panorama mundial da distribuição da cárie e a doença ficou concentrada em uma pequena parcela da população, o chamado grupo de polarização, sendo geralmente um grupo mais desfavorecido do ponto de vista socioeconômico (Macek et al.⁸² 2004).

Essa condição pôde ser observada neste estudo, tanto na etapa quantitativa quanto na qualitativa. Foram identificadas desigualdades na distribuição da cárie dentária assim como desigualdades sociais. Aproximadamente 11% das crianças apresentaram um ceo-d médio de 8,46, sendo que o valor do índice na amostra foi de 2,07. Quanto às condições socioeconômicas, as crianças adscritas às Unidades de Saúde da Família foram consideradas de categoria social baixa, sendo que uma pequena parcela pertencia às categorias sociais D e E. Outros estudos também identificaram esse grupo de polarização, como o de Xavier⁵⁸ (2012), que encontrou desigualdades na distribuição de

cárie, sendo concentrada em pessoas que viviam em piores condições socioeconômicas, expostas aos fatores de risco que interferem na qualidade de vida. Wong et al.⁵⁶ (2011) teve 5,2% de sua amostra com cárie severa, parcela mais desfavorecida socioeconomicamente.

Durante as entrevistas da etapa qualitativa, pôde-se confirmar essa situação através da observação, pois a maioria das famílias das crianças com cárie severa tinham condições precárias de vida, como grande quantidade de moradores por domicílio, presença de sujeira, muitos animais de estimação, moradias em ruas não asfaltadas e em áreas de risco e algumas casas sem acesso à água encanada.

Para se estudar o complexo relacionamento dos fatores envolvidos no processo saúde-doença bucal, e também na percepção da qualidade de vida, é importante o uso de modelos teórico-explicativos que orientem as análises estatísticas e interpretação dos resultados em análises multivariadas (Holst et al.⁸³ 2001). Estes modelos descrevem a hierarquia de relação entre os fatores de risco, explicando os caminhos biológicos e sociais da doença, bem como seu envolvimento direto ou indireto (Victora et al.¹⁸ 1997). Por isso, para este estudo optou-se por construir, como primeira etapa, um modelo explicativo dos fatores envolvidos na QVRSB de crianças pré-escolares a partir de uma revisão crítica da literatura, a fim de basear as análises dos dados em determinantes previamente identificados e hierarquizá-los.

A partir dos resultados da análise multivariada pode-se concluir que os determinantes socioeconômicos e de estilo de vida estão fortemente relacionados, pois permaneceram estatisticamente associados com o desfecho, mesmo com a introdução de fatores mais diretamente correlacionados, como a cárie dentária. Isso também foi detectado nos estudos de Abanto et al.⁹ (2011) e Abanto et al.⁶⁰ (2012), em que famílias de maior renda tinham melhor QVRSB, independentemente dos problemas bucais. Os fatores que ficaram relacionados com a percepção dos pais quanto à QVRSB de seus filhos, após a análise multivariada, no nível demográfico e socioeconômico foram: a idade da criança, categoria social e habitação (própria ou não e tipo de material).

O aumento do impacto da condição bucal na QVRSB com o avançar da idade da criança também foi encontrado por Abanto et al.⁹ (2011), Goettems et al.¹⁰ (2012), Martins-Junior et al.⁵⁹ (2012), Kramer et al.¹² (2013). Esse aumento pode ser explicado pelo incremento da doença (Foster Page e Thomson¹³ 2012), ou seja, o aparecimento de

novas lesões cáries com o decorrer do tempo. Isso desencadeia no indivíduo maior possibilidade de quadros de dor, dificuldade de alimentação, dentre outras ocorrências, afetando negativamente a vida do indivíduo (Abanto et al.⁶⁰ 2012).

A renda está associada à pior QVRSB pela capacidade de acesso a bens, serviços e recursos que promovem a saúde (Locker¹⁶ 2007). A estimação da renda familiar neste estudo foi realizada a partir do indicador utilizado pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), adotado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística⁸⁴, que estima o poder de compra das famílias por meio de um sistema de pontos, usando os indicadores escolaridade do chefe da família e posse de bens domésticos, classificando-as em categorias econômicas (ABEP⁸⁵ 2003). No presente estudo houve relação entre categoria social mais baixa e maior impacto negativo na QVRSB. Xavier et al.⁵⁸ (2012) verificou que 66,38% das famílias de crianças pré-escolares examinadas em seu estudo foram classificadas na classe média baixa, e, a baixa condição socioeconômica mostrou maior influência das condições bucais na qualidade de vida. Abanto et al.⁶⁰ (2012) e Scarpelli et al.⁸ (2013) avaliaram a renda pela quantidade de salários mínimos, e uma maior renda familiar teve um impacto positivo na qualidade de vida.

A habitação é o principal local de promoção de saúde e está entre os fatores que promovem bem estar e qualidade de vida (Cohen⁸⁶ 2004). De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS⁸⁷ 2014), as carências na habitação e falta de saneamento são questões diretamente relacionadas aos níveis de pobreza e a exposição aos fatores de risco é dependente das características da moradia, como material usado na construção, localização geográfica e contexto social. Nesse estudo, a qualidade de vida foi afetada negativamente quando a moradia não era própria e de acordo com o material. Xavier et al.⁵⁸ 2012 também relacionou menor QVRSB em famílias com condições de habitação precárias.

A educação da mãe é um indicador socioeconômico frequentemente utilizado como preditor de saúde da criança, pois está diretamente associada à perspectiva de emprego, status social e morbidade na vida adulta (Tsakos et al.⁴⁵ 2009). Sendo assim, a baixa escolaridade é considerada fator de risco para má qualidade de vida (Goettems et al.⁴⁹ 2011, Wong et al.⁵⁶ 2011, Divaris et al.⁴⁸ 2012). Porém, a escolaridade das mães não esteve associada ao impacto da saúde bucal na qualidade de vida das crianças nesse estudo. Xavier et al.⁵⁸ (2012) também não encontrou relação com QVRSB, mas sim uma

relação inversa e significativa entre as condições de ceo-d e o nível de escolaridade, ou seja, uma baixa escolaridade tem relação significativa com uma maior experiência de cárie.

No nível intermediário, chamado neste estudo de estilo de vida, o fato de a criança ter ido ao cirurgião dentista em algum momento da vida ficou relacionado à pior QVRSB, isso pode ser devido à procura por atendimento ser maior quando há a presença de quadros de dor. A frequência das crianças que já haviam ido ao dentista na população estudada foi alta, quando comparado com a literatura. No Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Amostras em Domicílios (PNAD) que coleta informações anuais sobre características demográficas e socioeconômicas da população, em 2008 apenas 10,3% das crianças de 0 a 6 anos já haviam utilizado serviços odontológicos (Peres et al.⁸⁸ 2012). Kramer et al.⁸⁹ (2008) estudou a utilização de serviços odontológicos no município de Canela (Rio Grande do Sul/Brasil) e encontrou que apenas 13,3% das crianças menores de 5 anos já tinham visitado o dentista e que a frequência aumentava com a idade. Goettems et al.⁴⁹ (2011) mostrou que somente 20,7% dos pré-escolares estudados da cidade de Pelotas (Brasil) já tinham utilizado serviços odontológicos. E Ardenghi et al.⁹⁰ (2012) encontrou relação entre o uso de serviços odontológicos e indicadores socioeconômicos (Santa Maria, Brasil), com uma frequência de pré-escolares que já haviam ido ao dentista de 24,2%. A ida precoce ao dentista permite à criança a prevenção da cárie, evitando os problemas que a doença pode causar nas suas vidas (Edelstein⁵⁰ 2002). A procura por atenção odontológica, no caso de crianças de baixa idade, é motivada diretamente pela percepção materna (Goettems et al.¹⁰ 2012).

Divaris⁴⁸ (2011) estudou a relação entre conhecimentos sobre saúde bucal e qualidade de vida e encontrou que menor nível de instrução sobre saúde bucal está associado a pior QVRSB, podendo ser a causa de práticas deletérias, como a alimentação noturna e consumo de doces. No presente estudo, apesar de 51% das crianças apresentarem cárie, 63% das mães classificaram a saúde bucal de seus filhos como boa e muito boa e apenas 9% como ruim ou muito ruim, sendo assim, uma baixa percepção. Na etapa qualitativa pôde-se observar que apesar de hábitos deletérios instituídos, os pais sabiam as causas dos problemas bucais dos filhos, e as relacionaram com a alimentação noturna, com consumo de doces e ao fato das crianças não escovarem os dentes.

Estudos demonstraram que a cárie dentária afeta a qualidade de vida de pré-escolares nos domínios sintoma, função, psicológico e social (Gradella et al.⁶ 2011, Gaur e Nayak⁷ 2011, Scarpelli et al.⁸ 2013, Wong et al.⁵⁶ 2011, Krisdapong et al.⁵⁷ 2012, Xavier et al.⁵⁸ 2012).

No presente estudo a média de impacto na QVRSB foi de 2,1, utilizando o ECOHIS, valor semelhante ao encontrado por Divaris et al.⁴⁸ (2011) e Goettems et al.¹⁰ (2012) de 2,0 (1,2 para a criança e 0,8 para a família) e de 3,3. Porém foi mais baixo do que os resultados encontrados por Abanto et al.⁹ (2011) e Raymundo de Andrade⁸⁰ (2011), valores de 9,1 e 10,5 respectivamente. Isso pode ser explicado pelas amostras desses dois últimos estudos serem compostas por crianças que buscaram atendimento odontológico. Como o motivo de busca por atendimento geralmente é por dor ou problemas detectados pelos pais (estágios avançados de progressão da cárie, em muitos casos), há maior probabilidade de impacto percebido. Esses valores altos foram condizentes com a prevalência de cárie que os autores dos dois estudos encontraram, de 7,29 e 4,77, valor semelhante ao encontrado no grupo de cárie severa (aproximadamente 10% do total) desse trabalho. Esses resultados nos mostram que o impacto na QVRSB aumenta com a severidade de cárie (Abanto et al.⁶⁰ 2012), podendo chegar a 170% mais impacto quando comparado aos livres de cárie (Kramer et al.¹² 2013).

Embora tenham ocorrido mudanças nas metodologias das pesquisas com crianças nos dias atuais, com o desenvolvimento de uma gama de métodos para a avaliação da qualidade de vida de crianças através de sua própria percepção, mesmo de pouca idade (Marshman e Hall⁹¹ 2008), esta abordagem apresenta-se com alta complexidade, pois requer competências específicas dos investigadores, como a capacidade e sensibilidade de extrair informações corretas da criança ou aptidão em avaliar sua idade de desenvolvimento global (Docherty e Sandelowski⁹² 1999). Por isso, o uso de métodos que avaliam a qualidade de vida de pré-escolares de acordo com a percepção dos pais são válidos, apesar de incompletos, principalmente por eles serem os responsáveis pela busca de tratamento odontológico e cuidados em saúde nessa faixa etária (Barbosa e Gavião²⁴ 2008).

Pahel et al.⁶⁸ (2007), em estudo utilizando o ECOHIS, encontrou maior influência da saúde bucal na qualidade de vida de crianças pré-escolares nos domínios sintoma, seguido de limitações funcionais e bem-estar emocional. Dor nos dentes, dificuldade para

comer certos alimentos, dificuldade em ingerir bebidas frias e quentes e irritabilidade foram as alterações mais relatadas pelos pais, assim como nos estudos de Martins-Júnior et al.⁵⁹ (2012), Abanto et al.⁹ (2011), Wong et al.⁵⁶ (2011), Leal et al.⁹³ (2012). Nas entrevistas da etapa qualitativa deste estudo, a maioria dos relatos de dor foi relativa ao momento da alimentação: quando o alimento entrava na cavidade de cárie, ou ao comer certos tipos de alimentos, como alimentos duros e doces ou bebidas frias ou quentes, como mamadeira, sucos e sorvete. Além da irritabilidade, as mães de crianças com cárie severa também citaram outras alterações de comportamento, como choro e tristeza e isolamento do convívio com os familiares e com outras crianças.

O domínio sintoma foi o componente mais expressivo do ECOHIS neste estudo, assim como no estudo de Wong et al.⁵⁶ (2011), em que 39,4% do valor do impacto era por dor. Gradella et al.⁶ (2011) também encontrou esses resultados, sendo que a dor durante a alimentação foi a mais citada nas entrevistas qualitativas. Pôde-se observar que as outras dimensões foram relacionadas com dor na maioria das vezes, exceto o domínio social. Houve a interrupção e a substituição da alimentação devido à dor. A interrupção das atividades como brincar e ir para a escola (quando não era por consulta ao dentista), ocorria durante os quadros de dor. Isso também foi referido para psicológicas (também relacionada com o impacto social).

Na dimensão social do ECOHIS, na etapa quantitativa o impacto da cárie não foi alto (2,7), condizendo com os resultados de Abanto et al.⁹ (2011). Porém, durante as entrevistas, os relatos das mães foram importantes, elas relataram que seus filhos evitavam sorrir ou escondiam os dentes por problemas estéticos e mal hálito, acarretando até problemas de relacionamento na escola e impacto psicológico. Esse impacto resultou em faltas na escola, isolamento da criança, além de extrações dos dentes com a estética prejudicada.

Outra condição observada pelas mães foi o impacto causado pela cárie severa na saúde geral da criança, como a perda de peso e diminuição da imunidade, devido à criança não se alimentar adequadamente em períodos de dor espontânea ou provocada. Gaur e Nayak⁷ (2011) confirma essa relação, pois em seu estudo encontrou que cárie não tratada pode afetar peso, resultando em um déficit de crescimento. Clark et al. (2006) sugerem que a cárie severa na infância pode ser um fator de risco de anemia por

deficiência de ferro, e esta pode causar efeitos permanentes no crescimento e desenvolvimento da criança.

Mesmo demonstrando os vários problemas que a cárie dentária pode acarretar para seus filhos, algumas mães não consideraram esse impacto importante na qualidade de vida de seus filhos. Isso foi justificado pela pouca idade da criança e pela crença de que elas não terem a percepção nesta idade. No estudo de Raymundo de Andrade et al.⁸⁰ (2011), 82% das mães se preocupava mas não dava a devida importância às alterações bucais e 71% não acreditava que a cárie dentária afetava o bem estar das crianças. Isso poderia ser explicado devido à grande maioria das crianças do estudo não terem passado pela experiência de sintomatologia dolorosa e porque muitas apresentaram ausência de cárie. No estudo de Carvalho et al.⁵⁵ (2012) a não preocupação das mães foi relacionada ao fato da cárie dentária ser considerada comum e inevitável na vida da criança. No presente estudo a percepção das mães foi diretamente relacionada com as experiências negativas vividas pela criança.

Além de afetar a vida da criança, o presente estudo demonstrou que a presença de cárie severa está relacionada ao impacto na qualidade de vida dos pais e familiares. Outros estudos também indicaram essa associação, em que uma maior experiência de cárie aumentou o impacto sobre a família (Martins-Junior et al.¹¹ 2012, Leal et al.⁹³ 2012, Abanto et al.⁹ 2011, Wong et al.⁵⁶ 2011).

Wong et al.⁵⁶ (2011) associaram que o impacto sobre a família se manifesta na forma de noites sem dormir, dias de trabalho perdido devido à necessidade de cuidar da criança e/ou levá-la ao dentista e ao dinheiro gasto no atendimento. No caso dos pais, o impacto seria pelo fato de sentirem-se culpados e chateados. A cárie dentária também foi responsável por perdas de dia no trabalho e gastos no estudo de Carvalho et al.⁵⁵ (2012). O mesmo foi encontrado no presente estudo e, além desses, outros fatores afetaram a rotina da família, como brigas entre familiares e mudança de hábitos de higiene.

As hipóteses levantadas para o sentimento de culpa dos pais seriam a possibilidade de temerem ser responsabilizados pelos problemas que a cárie acarreta à vida da criança e pelo sentimento das crianças terem menos oportunidades na vida (Abanto et al.⁶⁰ 2012). Raymundo Andrade et al.⁸⁰ (2011) demonstrou que os pais se sentiam culpados por não terem buscado tratamento antes. No presente estudo, o sentimento de culpa foi por não ter cuidado adequadamente da saúde bucal de seus

filhos, resultando em experiências negativas na vida das crianças. Outros sentimentos foram descritos, como a ansiedade das mães por elas compararem o sofrimento dos filhos às experiências de dor por causa de problemas dentários que elas mesmas vivenciaram. Sentimento de pena pela aparência dos dentes, pela dor e até pelo filho ter que se submeter ao tratamento odontológico. Esse último é relacionado à ansiedade das mães frente ao tratamento odontológico (Goettems et al.⁴⁹ 2010).

Neste estudo optou-se pela triangulação de métodos a fim de melhor compreender como a cárie dentária impacta na qualidade de vida de pré-escolares e suas famílias, sob a ótica dos pais. Frohlich et al.⁹⁴ (2001) demonstra que a fusão de pesquisa qualitativa e quantitativa pode ser eficaz para entender o processo saúde-doença em epidemiologia bucal. No presente estudo, a associação de métodos ampliou a compreensão sobre as dimensões envolvidas no impacto na qualidade de vida relacionada à saúde bucal. O índice ECOHIS permitiu evidenciar a presença de impacto da cárie sobre a qualidade de vida das crianças, porém não foi suficiente para esclarecer como este impacto acontece, principalmente em crianças com cárie severa. Essa compreensão foi possível a partir da análise qualitativa dos relatos das mães.

Foi identificada forte relação entre a percepção de impacto da condição bucal na qualidade de vida das crianças e os diversos fatores testados a partir do modelo explicativo, e não apenas os indicadores clínicos. Esse achado mostra a importância de se avaliar as condições socioeconômicas e culturais em conjunto com as clínicas ao estudar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida, mesmo em pré-escolares. Além disso, o conhecimento dos fatores que predispõem à menor ou maior percepção de impacto pelos pais mostra-se útil ao proporcionar o planejamento de ações de educação em saúde e acesso à atenção odontológica, enfatizando a importância de uma dentição saudável para a saúde geral e qualidade de vida das crianças.

Algumas limitações metodológicas devem ser destacadas, entre elas está o fato do estudo ter delineamento transversal, dificultando o conhecimento da relação temporal entre as variáveis analisadas e o desfecho. Reduzindo a capacidade de se estabelecer relações de causa e efeito. São necessários estudos com métodos estatísticos mais complexos, que considerem os determinantes contextuais da população.

7 CONCLUSÃO

1. Os determinantes do impacto da condição bucal na qualidade de vida das crianças pré-escolares e suas famílias podem ser organizados de maneira hierárquica, sendo os fatores demográficos e socioeconômicos os mais distais, seguidos do estilo de vida e por fim a condição bucal.
2. Na etapa quantitativa encontrou-se elevada prevalência de cárie dentária na população alvo e desigualdades socioeconômicas, observando-se assim, a presença de um grupo de polarização na amostra.
3. O impacto da cárie dentária na qualidade de vida relacionada à saúde bucal medido pelo índice ECOHIS foi baixo, sendo que dor, dificuldades na alimentação e irritabilidade foram mais frequentemente citados.
4. Observou-se forte relação entre a QVRSB e os fatores demográficos, socioeconômicos, de estilo de vida e a experiência de cárie dentária.
5. Na etapa qualitativa, os relatos das mães indicaram que os impactos significativos da cárie dentária na vida das crianças estão relacionados muito mais à experiência de dor do que à presença das lesões.
6. Nota-se a necessidade de melhorias no planejamento e ações das Unidades Saúde da Família da cidade de Ponta Grossa-PR, para que os princípios preconizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) sejam de fato colocados em prática, visando a melhoria da qualidade de vida da população adscrita à Estratégia Saúde da Família.

REFERÊNCIAS*

1. Richards D. Oral Diseases affect some 3.9 Billion people. *Evid Based Dent.* 2013;14(2):35-35.
2. American Academy of Pediatric Dentistry. Definition of early childhood caries (ECC). Reference Manual 2005–2006. 2005 [acesso em 23 junho de 2013]. Disponível em: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde. 2011.
4. Douglass JM, Douglass AB, Silk HJ. A practical guide to infant oral health. *Am Fam Physician.* 2004;70(11):2113-20.
5. Tesch FC, Oliveira BHd, Leão A. Equivalência semântica da versão em português do instrumento Early Childhood Oral Health Impact Scale. *Cad. Saúde Pública.* 2008;24:1897-909.
6. Gradella CM, Bernabé E, Bönecker M, Oliveira LB. Caries prevalence and severity, and quality of life in Brazilian 2-to 4-year-old children. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2011;39(6):498-504.
7. Gaur S, Nayak R. Underweight in low socioeconomic status preschool children with severe early childhood caries. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2011;29(4):305-9.
8. Scarpelli AC, Paiva SM, Viegas CM, Carvalho AC, Ferreira FM, Pordeus IA. Oral health-related quality of life among Brazilian preschool children. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2013;41(4):336-44.
9. Abanto J, Carvalho TS, Mendes FM, Wanderley MT, Bonecker M, Raggio DP. Impact of oral diseases and disorders on oral health-related quality of life of preschool children. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2011;39(2):105-14.
10. Goettems ML, Ardenghi TM, Demarco FF, Romano AR, Torriani DD. Children's use of dental services: influence of maternal dental anxiety, attendance pattern, and perception of children's quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2012;40(5):451-58.
11. Martins-Junior PA, Vieira-Andrade RG, Correa-Faria P, Oliveira-Ferreira F, Marques LS, Ramos-Jorge ML. Impact of early childhood caries on the oral health-related quality of life of preschool children and their parents. *Caries Res.* 2012;47(3):211-18.

* De acordo com as normas do programa de Mestrado em Odontologia da UEPG, baseada no modelo Vancouver. Abreviaturas dos periódicos em conformidade com o Medline.

12. Kramer PF, Feldens CA, Helena Ferreira S, Bervian J, Rodrigues PH, Peres MA. Exploring the impact of oral diseases and disorders on quality of life of preschool children. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2013;41(4):327-35.
13. Foster Page LA, Thomson WM. Caries prevalence, severity, and 3-year increment, and their impact upon New Zealand adolescents' oral-health-related quality of life. *J Public Health Dent.* 2012;72(4):287-94.
14. Piovesan C, Antunes JLF, Guedes RS, Ardenghi TM. Impact of socioeconomic and clinical factors on child oral health-related quality of life (COHRQoL). *Qual Life Res.* 2010;19(9):1359-66.
15. Aldrigui JM, Abanto J, Carvalho TS, Mendes FM, Wanderley MT, Bonecker M, et al. Impact of traumatic dental injuries and malocclusions on quality of life of young children. *Health Qual Life Outcomes.* 2011;9(78):1-7.
16. Locker D. Disparities in oral health-related quality of life in a population of Canadian children. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2007;35(5):348-56.
17. Chen M-S, Hunter P. Oral health and quality of life in New Zealand: a social perspective. *Soc Sci Med.* 1996;43(8):1213-22.
18. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MT. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol.* 1997;26(1):224-7.
19. Gift HC, Atchison KA, Dayton CM. Conceptualizing oral health and oral health-related quality of life. *Soc Sci Med.* 1997;44(5):601-08.
20. Meeberg GA. Quality of life: a concept analysis. *J Adv Nurs.* 1993;18(1):32-8.
21. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med.* 1995;41(10):1403-09.
22. Sischo L, Broder H. Oral Health-related Quality of Life What, Why, How, and Future Implications. *J Dent Res.* 2011;90(11):1264-70.
23. Rebok G, Riley A, Forrest C, Starfield B, Green B, Robertson J, et al. Elementary school-aged children's reports of their health: a cognitive interviewing study. *Qual Life Res.* 2001;10(1):59-70.
24. Barbosa TS, Gavião MBD. Oral health-related quality of life in children: Part III. Is there agreement between parents in rating their children's oral health-related quality of life? A systematic review. *Int J Dent Hyg.* 2008;6(2):108-13.
25. Talekar BS, Rozier RG, Slade GD, Ennett ST. Parental perceptions of their preschool-aged children's oral health. *J Am Dent Assoc.* 2005;136(3):364-72.
26. Groenvold M, Klee MC, Sprangers MAG, Aaronson NK. Validation of the EORTC QLQ-C30 quality of life questionnaire through combined qualitative and quantitative assessment of patient-observer agreement. *J Clin Epidemiol.* 1997;50(4):441-50.

27. Newton JT, Bower EJ. The social determinants of oral health: new approaches to conceptualizing and researching complex causal networks. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2005;33(1):25-34.
28. Campbell AC. The sense of well-being in America: Recent patterns and trends. New York: McGraw-Hill; 1981.
29. Kluthcovsky ACGC, Takayanagui AMM. Qualidade de Vida-Aspectos Conceituais. *Rev Salus.* 2010;1(1).
30. Haas BK. Clarification and integration of similar quality of life concepts. *J Nurs Scholarsh.* 1999;31(3):215-20.
31. Minayo MCdS, Hartz ZMdA, Buss PM. Quality of life and health: a necessary debate. *Cien Saude Colet.* 2000;5(1):7-18.
32. Almeida MAB, Gutierrez GL, Marques R. Qualidade de vida: Definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades– EACH/USP; 2012.
33. Bramlett MD, Soobader MJ, Fisher-Owens SA, Weintraub JA, Gansky SA, Platt LJ, et al. Assessing a multilevel model of young children's oral health with national survey data. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2010;38(4):287-98.
34. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute of Future Studies; 1991.
35. Albuquerque CMdS, Oliveira CPFd. Saúde e doença: significações e perspectivas em mudança. *Millenium [periódico na Internet]*. 2002 [acesso em 20 de junho de 2013]; 25(1):[15]. Disponível em: <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/635>.
36. World Health Organization. Carta de Ottawa. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde; 1986.
37. Pinheiro R, Ferla A, Silva Júnior AGd. Integrality in the population's health care programs. *Cien Saude Colet.* 2007;12:343-49.
38. Teixeira C. O SUS e a Vigilância da Saúde. PROFORMAR. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.
39. Seidl EMF, Zannon CMLdC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos; Quality of life and health: conceptual and methodological issues. *Cad Saúde Pública.* 2004;20(2):580-88.
40. Giachello AL. Health outcomes research on Hispanics/Latinos. *J Med Syst.* 1996;20(5):235-54.
41. Slade GD. Measuring oral health and quality of life. Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology; 1997.

42. Locker D, Clarke M, Payne B. Self-perceived Oral Health Status, Psychological Well-being, and Life Satisfaction in an Older Adult Population. *J Dent Res*. 2000;79(4):970-75.
43. Petersen PE. World Health Organization global policy for improvement of oral health - World Health Assembly 2007. *IDJ*. 2008;58(3):115-21.
44. Chavers LS, Gilbert GH, Shelton BJ. Racial and Socioeconomic Disparities in Oral Disadvantage, a Measure of Oral Health-related Quality of Life: 24-month Incidence. *J Public Health Dent*. 2002;62(3):140-47.
45. Tsakos G, Sheiham A, Iliffe S, Kharicha K, Harari D, Swift CG, et al. The impact of educational level on oral health-related quality of life in older people in London. *Eur J Oral Sci*. 2009;117(3):286-92
46. Savolainen J, Suominen-Taipale A-L, Hausen H, Harju P, Uutela A, Martelin T, et al. Sense of coherence as a determinant of the oral health-related quality of life: a national study in Finnish adults. *Eur J Oral Sci*. 2005;113(2):121-27.
47. Sanders AE, Spencer AJ. Childhood circumstances, psychosocial factors and the social impact of adult oral health. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2005;33(5):370-77.
48. Divaris K, Lee JY, Baker AD, Vann WF. Caregivers' oral health literacy and their young children's oral health-related quality-of-life. *Acta odontol Scand*. 2011;70(5):390-97.
49. Goettems ML, Ardenghi TM, Romano AR, Demarco FF, Torriani DD. Influence of maternal dental anxiety on oral health-related quality of life of preschool children. *Qual Life Res*. 2011;20(6):951-9.
50. Edelstein BL. Disparities in oral health and access to care: findings of national surveys. *Ambul Pediatrics*. 2002;2(2):141-47.
51. Åstrøm AN, Haugejorden O, Skaret E, Trovik TA, Klock KS. Oral Impacts on Daily Performance in Norwegian adults: the influence of age, number of missing teeth, and socio-demographic factors. *Eur J Oral Sci*. 2006;114(2):115-21.
52. Baldani MH, Mendes YBE, de Campos Lawder JA, de Lara API, da Silva Rodrigues MMA, Antunes JLF. Inequalities in dental services utilization among Brazilian low-income children: the role of individual determinants. *J Public Health Dent*. 2011;71(1):46-53.
53. Needleman I, McGrath C, Floyd P, Biddle A. Impact of oral health on the life quality of periodontal patients. *J Clin Periodontol*. 2004;31(6):454-57.
54. Allen PF. Assessment of oral health related quality of life. *Health Qual Life Outcomes*. 2003;1(1):40.
55. Carvalho TS, Abanto J, Mendes FM, Raggio DP, Bonecker M. Association between parental guilt and oral health problems in preschool children. *Braz Oral Res*. 2012;26(6):557-63.

56. Wong HM, McGrath CP, King NM, Lo EC. Oral health-related quality of life in Hong Kong preschool children. *Caries Res.* 2011;45(4):370-6.
57. Krisdapong S, Somkotra T, Kueakulpipat W. Disparities in Early Childhood Caries and Its Impact on Oral Health-Related Quality of Life of Preschool Children. *Asia Pac J Public Health.* 2012;16:16.
58. Xavier A, de Carvalho FS, Bastos RS, Caldana ML, Bastos JRM. Dental caries-related quality of life and socioeconomic status of preschool: Children, Bauru, SP. *Braz J Oral Sci.* 2012;11(4):463-68.
59. Martins-Junior PA, Oliveira M, Marques LS, Ramos-Jorge ML. Untreated dental caries: impact on quality of life of children of low socioeconomic status. *Pediatr Dent.* 2012;34(3):49-52.
60. Abanto J, Paiva SM, Raggio DP, Celiberti P, Aldrigui JM, Bönecker M. The impact of dental caries and trauma in children on family quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2012;40(4):323-31.
61. Limbers CA. At what age can children reliably and validly self-report their health-related quality of life? An investigation using the PedsQL (tm) 4.0 Generic Core Scales Database [periódico na Internet]. 2013 [acesso em 30 de junho de 2013]. Disponível em: <http://repositories.tdl.org/tdl-ir/handle/1969.1/ETD-TAMU-1190>.
62. Porritt JM, Rodd HD, Baker SR. Parental quality-of-life impacts following children's dento-alveolar trauma. *Dent Traumatol.* 2013;29(2):92-8.
63. Bastos JR, Saliba NA, Unfer B. Considerações a respeito de saúde bucal e classes sociais; Considerations about oral health and social classes. *Rev Paul Odontol.* 1996;18(4):38-42.
64. Nikias M. Oral disease and quality of life: *Am J Public Health.* 1985;75(1):11-2.; 1985.
65. Guyatt GH. A taxonomy of health status instruments. *J Rheumatol.* 1995;22(6):1188-90.
66. Riordain RN, McCreary C. The use of quality of life measures in oral medicine: a review of the literature. *Oral Diseases.* 2010;16(5):419-30.
67. Jokovic A, Locker D, Guyatt G. How well do parents know their children? implications for proxy reporting of child health-related quality of life. *Qual Life Res.* 2004;13(7):1297-307.
68. Pahel BT, Rozier RG, Slade GD. Parental perceptions of children's oral health: the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). *Health Qual Life Outcomes.* 2007;5:6.
69. Scarpelli AC, Oliveira BH, Tesch FC, Leão AT, Pordeus IA, Paiva SM. Psychometric properties of the Brazilian version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale (B-ECOHIS). *BMC Oral Health.* 2011;11(1):19.

70. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: Literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol*. 1993;46(12):1417-32.
71. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa Qualitative and quantitative methods in health: definitions, differences and research subjects. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(3):507-14.
72. Creswell J. Projeto de pesquisa: método quantitativo, qualitativo e misto. Porto Alegre: Artmed; 2010.
73. Goldenberg P, Marsiglia RMG, Gomes MHdA. O clássico e o novo-tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro:Editora Fiocruz; 2003.
74. Silverman D. Interpretação de dados qualitativos: métodos para análise de entrevistas, textos e interações. Porto Alegre: Grupo A; 2009.
75. Adomo RdCF, Castro ALd. O exercício da sensibilidade: pesquisa qualitativa e a saúde como qualidade. *Saúde Soc*. 1994;3:172-85.
76. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on Early Childhood Caries (ECC): Classifications, Consequences, and Preventive Strategies. *Oral Health Policies*. 2011;35(6):50-2.
77. Minayo MCdS. O desafio do conhecimento. 10ª ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2007.
78. Flick U. Pesquisa qualitativa e quantitativa. Introdução à Pesquisa Qualitativa 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
79. Bardin L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
80. Raymundo de Andrade LH, Buczynski AK, Castro GF, Ribeiro de Souza IP. Impacto de la salud oral en la calidad de vida de los niños pre-escolares: percepción de los responsables. *Acta Odontol Venez*. 2011;49(4).
81. Narvai PC, Frazão P, Roncalli AG, Antunes JLF, Camargos P, Ribeiro Y. Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social. *Rev Panam Salud Publica*. 2006;19(6):385-93.
82. Macek MD, Heller KE, Selwitz RH, Manz MC. Is 75 Percent of Dental Caries Really Found in 25 Percent of the Population? *J Public Health Dent*. 2004;64(1):20-5.
83. Holst D, Schuller AA, Aleksejuniené J, Eriksen HM. Caries in populations – a theoretical, causal approach. *Eur J Oral Sci*. 2001;109(3):143-48.
84. Dedecca CS, Rosandiski EN. Sentos e dissensos: as inovações metodológicas do censo demográfico 2000. *Revista da ABET*. 2003;3(2).
85. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de classificação econômica Brasil. Abep. São Paulo; 2003.

86. Cohen SC. Healthy habitation for the health promotion [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2004.
87. Organização Panamericana da Saúde / Organização Mundial da Saúde. Habitação Saudável [acesso em 02 de janeiro de 2014]. Disponível em:<http://www.paho.org>.
88. Peres KG, Peres MA, Boing AF, Bertoldi AD, Bastos JL, Barros AJD. Redução das desigualdades sociais na utilização de serviços odontológicos no Brasil entre 1998 e 2008. *Revista de Saúde Pública*. 2012;46:250-58.
89. Kramer PF, Ardenghi TM, Ferreira S, de Almeida Fischer L, Cardoso L, Feldens CA. Use of dental services by preschool children in Canela, Rio Grande do Sul State, Brazil. *Cad saúde Pública*. 2008;24(1):150-56.
90. Ardenghi TM, Vargas-Ferreira F, Piovesan C, Mendes FM. Age of first dental visit and predictors for oral healthcare utilization in preschool children. *Oral Health Prev Dent*. 2012;10(1):17-27.
91. Marshman ZOE, Hall MJ. Oral health research with children. *Int J Paediatr Dent*. 2008;18(4):235-42.
92. Docherty S, Sandelowski M. Focus on qualitative methods: Interviewing children. *Res Nurs Health*. 1999;22(2):177-85.
93. Leal SC, Bronkhorst EM, Fan M, Frencken JE. Untreated cavitated dentine lesions: impact on children's quality of life. *Caries Res*. 2012;46(2):102-6.
94. Frohlich KL, Corin E, Potvin L. A theoretical proposal for the relationship between context and disease. *Sociol Health & Illn*. 2001;23(6):776-97.

**APÊNDICE A –
ROTEIRO ENTREVISTA (ETAPA QUALITATIVA)**

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Identificação da mãe

Nome:

Idade:

Escolaridade:

Emprego:

Endereço:

Telefone:

Identificação da Criança

Nome da Criança:

Idade:

Gênero:

Frequenta escola, creche, berçário?

Meio Familiar

Quem vive aqui?

Como é a convivência de vocês?

Relação mãe-filho

Qual a ordem de nascimento do (a)_____?

Quem passa mais tempo do dia com o(a)_____?

Que horário vocês mais convivem?

Impacto na qualidade de vida da criança

O(a)_____alguma vez já reclamou de dor de dente por causa da cárie que ele possui nos dentes? Você pode me contar como foi essa situação?

Quando você descobriu que o(a)_____tinha cárie?

Você já percebeu alguma mudança de atitude ou de comportamento no dia a dia do _____depois que ele teve cárie?

Na alimentação? (tipo de comida ou bebida?)

- Como aconteceu?
- Ele(a) deixou de comer ou beber? Por quanto tempo?
- Foi feito algo a respeito? O que?
- Que tipo de alimento?

Alguma atividade diária? (brincar, correr, pular, ir para aula)
Me conte sobre isso. Por quanto tempo ele parou? Como foi?

E atrapalhou o sono dele(a)?
Quantas noites isso se repetiu?
O que foi feito?

E ele(a) já teve problemas em se relacionar com os outros?
Ficou irritado(a), evitou falar ou sorrir?

Impacto na família e pais

Mudou alguma coisa no dia a dia da família de vocês, das pessoas que convivem com o(a)_____depois que ele teve cárie?

Quanto à faltas no trabalho? Gastar muito com tratamento que prejudicou o orçamento da casa?

Qual o sentimento que você tem quando pensa nos problemas que a cárie trouxe para o(a)_____?

Importância da Saúde Bucal

Como você acha que a cárie afeta a vida do (a)_____

Para você, qual a importância da saúde da boca na vida do (a)_____

OBSERVACIONAL

Ambiente

Organização dos itens no espaço (cômodo da entrevista)

Relação Familiar

Relação da mãe com a criança e moradores da casa

Relação Entrevistador – Entrevistado

Postura da mãe durante a entrevista

Receptividade da mãe em relação as perguntas e entrevista

**APÊNDICE B –
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Você está sendo convidada a participar da pesquisa intitulada “**Determinantes do impacto da condição de saúde bucal na qualidade de vida de crianças de 3 a 5 anos e suas famílias**”, conduzida pela mestrandia Juliana Schaia Rocha e orientada pela Prof. Márcia Helena Baldani Pinto, integrantes do Programa de Pós-Graduação da Universidade Estadual de Ponta Grossa de Mestrado em Odontologia, cuja área de concentração é Clínica Integrada.

Ao participar deste estudo você estará contribuindo para o aprofundamento do conhecimento das percepções obtidas pelas mães das crianças portadoras de cárie severa quanto ao impacto da condição bucal na qualidade de vida dos menores.

Para isso, você deverá apenas responder algumas perguntas. Destaque-se, desde logo, que suas respostas serão gravadas e mantidas em sigilo, sendo utilizadas apenas e tão somente para os fins almejados na presente pesquisa. Não haverá a divulgação do nome e/ou qualquer dado pessoal que sugira a identificação dos participantes, ficando o pesquisador abaixo nominado como responsável legal pelo cumprimento da obrigação ora firmada.

Informo que sua participação é voluntária. Assim, você poderá se recusar a participar ou ainda retirar o seu consentimento a qualquer momento, o que não acarretará em nenhum prejuízo a sua pessoa.

Ao assinar o presente Termo você declara, para todos os fins de direito, ciência do objetivo e da metodologia que será adotada para o presente estudo, manifestando seu livre consentimento em participar.

Os pesquisadores estão à disposição para esclarecer qualquer dúvida, diretamente ou pelo telefone de contato do pesquisador.

DECLARO, após os devidos esclarecimentos a respeito da pesquisa ora denominada “Determinantes do impacto da condição de saúde bucal na qualidade de vida de crianças de 3 a 5 anos e suas famílias”, que **concordo** em participar do estudo e **permito** a livre utilização dos dados que fornecerei, com as ressalvas e cautelas já estipuladas.

Ponta Grossa, ____ de _____ de _____

Pesquisador Participante

ATENÇÃO: A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em caso de dúvida quanto aos seus direitos, entre em contato com a Comissão de Ética em Pesquisa da UEPG.

Endereço – Av. Carlos Cavalcanti, n.4748, Bloco M, Sala 12, CEP- 84030-900 – Ponta Grossa – PR. Fone: (42) 3220-3108. e-mail: seccoep@uepg.br.

Contato pesquisador: **Juliana Schaia Rocha**

Endereço: Rua Paranavaí, 351. Ponta Grossa-PR/BR

Telefone: (42)8404-0693

E-mail: julianaschaia@hotmail.com

**APENDICE C –
TABELAS DA CATEGORIZAÇÃO DA ANÁLISE DE CONTEÚDO**

Presença de dor			
Com dor	Dor no período da noite		ID
		As vezes ele se acorda e chora a noite, quando tá doendo. Dai eu tenho que levantar dar alguma coisa	19
		(...) sempre a noite que ataca	6
		Ela falou assim pra mim que tava com dor, antes de dormir, e eu dei um remedinho e ela deitou e dormiu. E quando nós fomos dormir ela já tava sem dor	5
		Só umas duas noites que ela chorou de dor no de trás, aí eu levei ela na saúde, na clínica do bebê(...) E de noite, acho qie ela mamava né?	4
	Dor espontânea		
		JU: Ele já teve dor de dente? MÃE: Já... Não é tudo dia que acontece isso, de cada mês, "as veiz". JU: Ele tem crise que dura quanto tempo? MÃE: Bastantinho JU: Dias? MÃE: É, não, fica meia hora "nois ponhamo" remédio dipirona. Põe remédio e dali a poco já passa, mais é por causa de doce, docero que Deus o livre	12
		Já ficou com o rosto inchado esses tempo... Chorar de dor né. E aí já inchou (...) Que inchou sim, mas a dor é sempre, vira e mexe ele diz que tem "aguiada"	20
		No decorrer do dia. A noite bastante	23
		Diretinho assim, que nem agora que eles mexeram que eles deram uma tapadinha deu uma diminuida, Mas já começou de volta(...) Anteontem ela tava com dor que ela tava com dor de cabeça. Hoje ela levantou que tava com dor no dente e com dor de cabeça	24
		...dai ele tava com muita dor, daí logo veio os dentistas ali eu levei lá...	26
		assim, ele não se queixa (...) Um pouquinho assim, a vez que eu levei ele, que ele falou que tava doendo...	7
		As vezes fica um tempão sem reclamar né, dai quando fica dias, quando sai esse trequinho...esses dias ficou quase 1 semana reclamando de dor(...) Acho que inflama a raiz do dente	11
		ele falou que doía por dentro do oco dele, sabe...	18
	Dor ao se alimentar		
		Pra mamar de noite, ele mama de noite né, pra mamar ele ficava chorando a noite inteira, ai não mamava...Porque dai ele queria mamar e não conseguia né, por causa do dente, decerto doia, dai ele ficava reinando a noite. JU: Quem ficava acordada com ele? MÃE: eu, dali a pouco ele queria mamar ia ponhar a mamadeira na boca num dava, dai machucava os dentes e ele começava a reinar de novo. Mas agora ele tá melhor.	9
		Dai chorava, porque doia com coisa gelada e com coisa quente ai ia um doce ali...	25

Com dor (continuação)		ele reclama quando vai "cume". Geralmente a hora que come alguma coisa que cai porque tá a panelinha que tem no dente	1
		É, ele não consegue com direito (...)Só coisa gelada, isso ai ele reclama	3
		(...) falava "ai mãe, mastiga dói". Tava doendo o dente da frente, dai ela mastigava e doia	5
		é que entrou coisa no dente dele e ele reclamou, mas eu tirei, dai ele começou a chorar de dor(...)	10
		a ele se queixava, ia comer alguma coisa ou tomar alguma coisa gelada e falava que doia(...)As coisas doces	16
		ele come mas reclama: ai mãe dói. Ele mastigava e se queixava	17
		Ele não come, ele tem medo de mastigar	20
		ele reclama quando come muito doce, ele diz que começa a doer, dai ele reclama (...) Mas com bastante doce, como na páscoa, dia das crianças.	15
		Sempre quando ele come um doce, algo que tenha muito açúcar, assim, gelado, ele sempre chora de dor de dente.	21
		Só quando ela come doce, doce "memo", bolacha doce, acho que ela mastiga demais ali, dai acho que dói, ela se queixa(..)	22
		Já deixou de tomar o suco por causa da dor de dente si. Mas comer é com mais frequência. Qualquer coisinha ela não quer mais comer...	23
		esses dias ele foi tomar suco bem gelado, mas chorou (...) Ela reclama de dor eu falo que não precisa morder em cima, morde do outro lado...	11
		ele falou que doía por dentro do oco dele, sabe(...) Ele come um pouco e para, porque dai vai no oco do dente	18
Sem dor	Nunca reclamou de dor		
		JU: Ele nunca reclamou? MÃE: Não	2
		Não, nunca reclama	8
		Ainda não, só que os dente é desparelho	14

DIMENSÃO FUNÇÃO			
Dificuldade para comer	Alimento entra na cavidade		
		ele reclama quando vai "cume". Geralmente a hora que come alguma coisa que cai porque tá a panelinha que tem no dente(...) JU: Limpa o dente e continua com a refeição? MÃE: Não, as vezes ele come assim e quando dói ele para. E depois acho que passa a dorzinha daí é normal.	1
		Esses dias ele tava reclamando, falava: ai mãe, mastiga dói. Tava doendo o da frente, daí ela mastigava e doía [1](...) JU: Quando ela tinha dor geralmente era que horário? MÃE: Era sempre na hora que ela ia comer [2]...	5
		ele come um pouco daí ele para quando tá doendo. Porque daí vai no oco do dente(...)	18
		(...) as vezes quando tem carne, ele chega do CMEI daí ele fala que tem coisa no dente e que tá incomodando...	26
		Ele reclama só quando entra alguma coisa no dente de	10
		, ou quando ela come alguma coisa que para ali ela já reclama assim	24
		...ela vai comer alguma coisa ela não quer mais porque está doendo (...) tem horas que ela fala que quando morde dói	23
		ela reclama de dor eu falo que não precisa morder em cima, morde do outro lado	11
	Dor em comer certos alimentos/ ingerir bebidas		
		Ele consegue em mastigar maçã(...) Dor no morder. Até na banana, quando ele morde assim sai aquele sangue. Dai ele não come, fica com nojo	19
		...as vezes quando ele comia alguma coisa azeda daí ele reclamava que doía	26
		...doía com coisa gelada e com coisa quente ia um doce ali. Porque na época não era de doce, ela não gostava eraa só salgado, mas de uns tempo pra cá começou doce, doce, doce	25
		Que nem esses dias ela pegou sorvete lá, chupou, passou, acho que deu o prazo de uns 5 ou 10 minutinhos e ela já começou a chorar de dor. Daí é assim(...)	24
		é sempre quando ele come doce bastante daí também dá dor de dente. Eu não sei porque quando ele chupa doce assim dá dor de dente neme. Se ele chupar doce demais, bala, já se queixa que tá doendo o dente.	18
		doce, ele tem medo de doce. Quando ele comeu doce que doeu o dente	20
		Só quando ela come muito doce, doce memo, bolacha doce, acho que ela mastiga demais ali, dai acho que dói, ela se queixa	22
		Ele reclama quando é quente. Ele não come comida quente, morna, tem que ser fria	10
		Principalmente os alimento quente. Comida quente, carne	1

Dificuldade para comer (continuação)		Ele ainda mama...não pode ser quente nem fria, tem que ser temperatura ambiente. Daí ele não reclama	10
		Quando ele põe muito liquido quente ele reclama, que doi	20
		Só quando dá dor memo (...)Dai ele não toma, ele só quer beber água morna	18
		ou gelado demais...	20
		Só quando ele come doce ou gelado	21
		E gelado também	16
		É com gelado que dói (...)Nescau, suco...	23
		Ah, quando dói, quando ataca, eses dias ela foi tomar suco gelado, mas chorou	11
		Deixa de se alimentar ou ingerir bebidas/ Come pouco	
		(...) Ele começava a comer, de repente começava a incomodar ele ele abaandonava	26
		JU: Que tipo de comida? MÃE: Ah, mais doce assim, As coisas doces	16
		ele não come daí nem mamadeira	12
		Ele como um pouco daí ele para quando tá doendo	18
		Ele não comia, doía e ele ia direto escovar os dentes	16
		não come, dai ele não come	19
		ele não come, ele tem medo de mastigar(...)algumas coisas ele não come, por causa do lado, mastigar.	20
		já deixou de tomar o suco por causa da dor sim. Mas comer é com mais frequencia. Qualquer coisinha ele não quer mais comer, hoje na hora do almoço ela chorou bastante e não quis mais almoçar	23
		No caso ela começa a comer, já da aquela dor e ela já larga o prato	24
		Não matava a fome por ela não poder mastigar o alimento(...) Era só colo direto, daí ela não comia...	25

Dificuldade para comer (continuação)	Substituiu alimentação		
		as vezes assim, pra mim não deixar ele muito tempo sem comer, as vezes eu pegava um pouquinho de caldinho de feijão, um pouquinho de arroz, amassava bem o arroz e colocava aquele caldinho e deixava mais frio assim, daí ele comia. Ou as vezes eu colocava um pouco do caldinho do feijão na farinha pra ele ter o que comer	26
		que nem assim o arroz, feijão, carne, essas coisas, só mais sopinha daí fazia pra ele e ele comia bem	9
		ele come um pouco daí ele para quando tá doendo. Porque daí vai no oco do dente(...) Ah, ele gosta de muito de macarrão daí não vai muito no dente dele, ele bebe mais a sopinha do macarrão. Mas se comer feijão e tiver doendo o dente dele daí vai no oco do dente	18
		alguma coisa mais bebida, mais sopinha(...) tem dias um pouco mais frio ela come ela reclama. Esses dias minha mãe vez arroz essas coisas. Ela falou que não queria comer que doia. Ela queria comer daí minha mãe deu salada pra ela que era mole. Comida mais dura já reclama	24
		(...) daí a comida dela assim, por ela não conseguir mastigar, porque ficou uns toquinho só ali, tinha que ser no liquidificador, tudo moidinho, a carne tinha que ser rasgada bem cozida...	25
		Ele comia assim, sopinha, macarrão, mas bem pouco (...) que nem assim o arroz, feijão, carne, essas coisas, só mais sopinha daí fazia pra ele e ele comia bem	9
	Sangramento ao morder		
		Até na banana, quando ele morde assim sai aquele sangue. Dai ele não come, fica com nojo	19
		Só que daí ela já começou a sentir quando ia morder as coisas e daí sanbrava, sangrava direto os dente dela quando ia escovar assim...	
	Come pouco		
		ele come bem pouquinho	19
		Dai ela come pouco. Tá vendo, ela tá magrinha	24
	Perda de Peso		
		Dai ela come pouco. Tá vendo, ela tá magrinha	24
		ela não pegava peso porque não se alimentava né(...) era direto vitamina até pra imunidade dela	25
		porque quase agora no final do ano que ele conseguiu alcançar 22 quilo que ele tá agora, antes ele pesava 16, 17 quilos...	26

	Não ingere		
		Ele só tomava água e bem pouquinho JU: Ele reclamava que doia? MÃE: Uhum, acho que por causa de ser geladinha. JU: O que ele falava? MÃE: Ele é loco de manhoso, ai fica fazendo manha. Pra mamar a noite, ele mama de noite né, pra mamar ele ficava chorando a noite inteira, ai não mamava	9
		Nesse periodo ela não comia...	25
Deixou de fazer atividades diárias	Deixou de brincar		
	(ficou no sofá)	Já, de ficar deitado. Esse final de semana mesmo que dor de dente né, ele chegou da escola e deitou no sofá e dormiu, já tava com dor de dente	3
	(ficou no sofá)	Brincar, quando parava de doer um pouco ele brincava... Ele ficava empilhadinho no sofá	9
		ele não brinca, ele não corre. É ruim olhar porque a gente tá acostumado com ele correndo pra lá e pra cá	10
		Ah, tem dias que ele chega da escola, deita aqui e fica. Eu pergunto: não vai brincar Maicon? E ele diz: eu não. Deita ai quando você olha já tá dormindo (...) Ele diz que dói o dente, e que dói o ouvido	19
		Ficava vendo TV	20
		Ele senta, ele fica amoadado, senta no sofá e fica ali, passando a mão no dente, procurando esquentar o lugar pra ver se para de doer	21
		Quando passa a dor ele começa a brincar de vorta	18
		ele não comia, ela não brincava com as outras crianças. Era só dentro de casa e chorava de dor de dente(...) Ela não brincava, ela não se relacionava com as outras criança...	25
		Quando não dói nada é bem sapeca, mas quando dói o dente...	11
	Ficava no colo	Era só colo, colo...daí se espremia	25
	Foi para escola com dor		
		...ele falou: mãe eu to com muita dor de dente pra ir pra escola. Só que não queria perder porque era a festinha que eles fizeram(...) aí no final do dia quando ele chegou, ele já chegou com dor de dente	3
	Faltou aula		
		Faltou 1 vez já. Eu levei ele no dentista...foi a vez que ele dormiu o dia inteiro	10
		Ele já faltou umas 2 vezes. Só que quando eu tava levando ele lá (UEPG) o dentista dava um atestado e eu trazia na escola	19
		Só quando ele tava tratando mesmo os dentes, que daí não levava ele na escola, que dava anestesia pra mexer e ele não ia	17
	Faltou aula (dor)		
		Quando ele tava com a boca inchada né (3 dias)	19
		Uma vez só que a gente tava indo pra escola e ele reclamou de dor de dente e eu não levei ele pra escola. Não deixei ele ficar na escola	21
		de ir pra escola já. E já tive que pegar ela na aula mais cedo por causa da dor. Que a professora falou que ela tava com muita dor de dente	23
		já, foi semana passada ela faltou aula, foi a tarde. Demo remédio, é que lá na escola eles falaram assim, que quando tiver com dor pra não mandar	24

DIMENSÃO PSICOLÓGICA			
Dificuldade em dormir	Acordou chorando		
		As vezes ele se acorda e chora a noite, quando tá doendo. Daí eu tenho que levantar dar alguma coisa	19
		Assim, de no meio da noite ela acordar chorando né e daí não conseguir dormir, ficar um tempão acordada(...) Quase sempre(...) Fica se batendo bastante	23
		Foi só esse dia que ela começou as 8 e ficou até as 10 gritando. E ela acordou de madrugada chorando de dor dente(...) Teve uma semana que foi tipo meio direitão assim. Daí ela acordou de madrugada, daí passou. Daí de manhã cedo ela já levantou já direto com dor.	24
		...ela foi dormir já reclamando que tava doendo um pouquinho. Dai eu não dei remédio, porque eu evito dar, ai ela acordou era 6 horas reclamando...	11
		...quando ele acorda ele reclama: mãe, dói...	17
	Dorme só quando dor passa		
		(...) Até passar. Até o remédio dar uma acalmada(...) Depois da dor consegue	6
		Só se tiver doendo o dente, daí ele não dorme, daí ele chora(...)chora antes de dormir, daí esquece, de certo morce o dente daí ele dorme	18
	Chorou a noite toda		
		(...) pra mamar ele ficava chorando a noite inteira, ai não mamava(...) Porque ele queria mamar e não conseguia né, por causa do dente decerto doia, daí ele ficava reinando a noite	9
Alterações de comportamento	Choro		
		Chora que dói...	1
		Ela fica chata, e bem chorona. Ai qualquer coisa que você fala ela: ai não tá vendo que eu to com dor de dente?	5
		Fica chorão...	6
		Fica chorando, chora sem parar. Dai só quer colo, fica fazendo manha	9
		(...) ele chora bastante	12
		As vezes ele chora. Quando dói ele chora(...) ele chora e fala que dói(...) ele chora quando dói bastante ele chora	18
		Chorar de dor né, e aí já inchou	20
		Incomodava, ela sempre chora sabe, sempre chorou de dor de dente(...)ela chora, chora bastante	23
		Ela chora, chora bastante. Fica gritando mesmo, chorando	24
		deu problema, ele chorou, incomodou, fez inchaço várias vezes(...) Ele chorava, ele gritava, ele dormia de tanto chorar	26

Alterações de comportamento (continuação)		ele começa a chorar....senta no canto e começa a chorar....Dei começa a reclamar e começa a chorar	10
	Irritabilidade		
		Ah, ele fica irritado(...) Irritado. Fica bravo. De certo dói. Ele não sabe o que fazer e se irrita	1
		Ele ficou uma criança muito nervosa	3
		ela chegava e contava: ai que raiva, ficaram falando do meu dente hoje mãe	4
		Tiram sarro, daí ele fica brabo	20
		Comendo doce de amendoim...ele jogou o doce lá longe: Ah mãe tá doendo meu dente, essa bosta!.... Tadinho	21
		Que nem ela chora né. Não deixa chegar perto que nem o dia que ela tava chorando de tarde que a mais nova tava lá, eu fui agradar e ela mandou sair de perto. Mas deve ser da dor que ela tava.	23
		e era muito nervosa tudo daí esse tempo foi triste(...) ficava com aquele apavoramento sabe: Mãe eu não quero ficar aqui, tem barulho, tem gente(...) a gente acha que pegou um pouco de trauma(...) Era nervosa, era agitada	25
		Não dá nem pra olhar pra ele quando ele tá com dor de dente. Ele chorava, ele puxava os cabelos dele assim, ele se mordida, daí ele entrava no quarto, se cobre, ele chega a dormir(...) Na verdade quando ele tinha dor de dente não dava pra você olhar pra ele. Ele fala que tá com alguma dor...daí se você mexer com ele ele chora, chinga(...) fica brabo, burrito...	26
		Criança quando tá com dor fica irritado...Fica braba, chorona.	11
		ele começa a reclamar, daí tipo ele não tem paciência, ele é meio despatenciadinho	10
	Tristeza		
		Fica bem quieto	18
		Ah, ele fica caidinho, bem quieto. Ele não gosta nem de conversar	19
		ai quando dá dor de dente ele fica bem triste, ai dói. Até eu falo, tem que escovar todo dia o dente pra não ficar doendo.	18

DIMENSÃO SOCIAL			
Problemas na comunicação / em se relacionar com os outros	Vergonha de sorrir		
		Mas ele sempre foi risonho, depois que ele começou a ficar assim (...)ele começou a ficar com vergonha, até mesmo de ir pra escola(...) tirou os dentes pra ele não ficar com vergonha (...) Porque os coleguinhas todos tem dente bom, aí ele falou: mãe eu não posso nem dar risada!	3
		Quando o dente tava bem feio ele nem queria sair as vezes de casa	26
		Quando ela tava na escola, ela arrancou mais por causa dos amigos dela(...) Eles falaram que ela tinha dente podre, que tinha bafinho (..) ela chegava e contava, ui que raiva, ficaram falando do meu dente hoje mãe	4
		na escola depois que ela começou a vir aqui mudou bastante. Ela era uma criança que ela ia dar risada já ponhava a mãozinha na boca e pra comer umas coisas assim ela ficava com vergonha até pa sorrir, até pa brincar... Pra sorrir ela meio que virava a boquinha ou dava risada fechada, com sorriso fechado, agora não...daí os coleguinha começavam a caçoar dla na escolinha...começavam a chamar de banguela de dente podre...	25
		que os grande tem os dente tudo bão (outros filhos) né. Eles começam a flar dele, tiram sarro(...) Tiram sarro, dai ele fica brabo	20
		Só a mania que ela pegou de morder o lábio, de ficar escondendo.Ela fica escondendo assim (gesto) dependendo do lugar que ela fala, ela morde. Mas não precisa, ela já vai tirar esse...	23
		(...) era bem grandão sabe, ela tentava esconder, mas não dava sabe, porque ela era bem pequenininha... Dai ela arrancou	4
	Mau hálito		
		Ele falava, ele falava porque quando eu vou falar com minha tia...vou falar com a professora, a professora faz cara feia e sai de perto de mim. Judiação. Porque mãe? Eu to fedendo? To fedido?	26
		Eles falaram que ela tinha dente podre, que tinha bafinho...	4
	Se isola		
		...ele não fala, fica quieto num cantinho, ai voocê tem que ir perguntar o que tá acontecendo, até ele falar da dor de dente.	3
		Ele não gosta nem de conversar. As vezes ele sai daqui e ele vai lá pro quarto	19
		a professora acha ela muito distante das outras criança, por causa dos "poblema" dela(...) Ela não se relacionava com as outras "criança"	25
		Quando o dente tava bem feio ele nem queria sair as vezes de casa	26

DIMENSÃO FAMÍLIA			
Rotina da casa/ relacionamentos familiares	Brigas com familiares		
		Só porque ele é muito brabo, ele é birrento, ele se joga e briga. E desconta nos outros	1
		Eles começam a falar dele, tiram sarro(...) daí ele fica brabo(..) Eu ficava braba né, eles ficam tirando sarro, falando...	20
	Briga entre pais		
		A convivência com os pais afeta bastante, bastante, bastante. Se o pai e a mãe tem uma convivência boa a criança também vai ter...Como eu tenho com ele graças a Deus...Mas só que na época ele não tinha aquele incentivo também de me ajudar, tem que fazer isso, escovar. Até quando eu ia escovar da minha maneira e pegava ela de jeito eu machucava ela. Dai que nois brigava. Por causa disso ai. Ate isso afeta. A convivência do casal. As vezes a mãe quer fazer de um jeito, o pai quer fazer de outro...	25
	Briga para escovar		
		Eu brigo bastante com ela. O pai dela briga, fala: Bárbara já escovou esses dentes? Dai ela vai reclamando...	5
		tem que brogar e tem que surrar pra ele escovar os dentes (...) tem que pegar ele na marra, daí ele escova	19
	Precisou faltar trabalho		
		eu tava nos dias de ganhar minha menininha eu tava com ele lá na universidade, nos dias de ganhar já. Aí minha irmã teve que sair do serviço lá pra ficar com ele porque comigo ele não parava de chorar, até foi ela que entrou com ele(...) Ela precisou sair adiantado pra me socorrer	3
		Eu já, , de uns 3 ou 4 vez da mãe ligar no meu serviço que ela tava com dor de dente eu ter que larga lá do mercadão municipal, que tinah uma confecção isabel, e vir a pé na Marina, ai levava direto no dentista	25
	Perda d emprego (faltas)		
		Eu tive que sair do meu trabalho pra cuidar dele quando ele começou com esses problema né, problema de saúde, problema de dor de dente. Ligava lá que ele tava chorando que ele tava com dor de dente...ficava cinco dias cim a boca inchada e dava febre, dai tinha que ficar faltando serviço. Faz 3 anos que não trabalho, trabalho as vezes de diarista	26
		Já perdi um trabalho por causa de faltar(...) é porque eram os 2, e a minha patroa acabou não acreditando muito sabe. De eu ir tentar levar eles no dentista e não conseguir marcar dentista pra eles e acabar ficnado junto com eles	23
	Gastos que não podia		

Rotina da casa/ relacionamentos familiares (côntinuação)		Esses dias tive que levar ele no dentista do calçadão pelo mesmo problema. Paguei cemzão á, tirei de onde não podia, e no fim não resolveu nada porque a dor ficou a mesma coisa	19
	Mudança de hábitos		
		Ah, melhorou a escovação do outro, porque com a menina eu nunca tive problema...O outro começou a ficar mais relaxado, mas depois que viu o batimento, começou a escovar.	3
		Meus pais via o sofrimento dela, até quando posa lá, eles mesmo incentivam: é fia tem que escovar dos dentes, você viu isso, viu aquilo... Então eles proprio incentivam também...Porque era assim, antes quando ela tinha aqueles dente podre eles não falavam nada pra mim daí agora, acho que tem que acontecer isso pra eles aprenderem. Poruqe era assim, eu tratava de um jeito como Sérgio ela, doce nois evitava, mas quando ela ia na casa da mãe eles sortavam, faziam as vontade dela, então agora dessa maneira deles agi mudou bastante	25
		eu ficava mais com cuidado nele, eu, o pai, a vó que ficava muito com cuidado pra dar comida, pra ficar com ele por causa de dor.	26
Sentimento dos pais	Culpa		
		Ah, eu acho que é um pouco de culpa né. Por causa que a gente que descuida(...) as vezes a gente não tá muito presente você vai deixando. Que nem eles ficam geralmente durante o dia a gente vai trabalhar eles não ficam muit comigo. E de noite, na hora de dormir, eles tão assistindo e já dormem aí a gente já põe na cama né.	1
		é ruim né, culpa	3
		Quando dava dor nos dente dela dai minha mãe falava viu, agora você tem que aguentar	4
		Eu me sinto culpada de eu não ter cobrado mais dela. Mas na verdade é né? Porque a gente tem que ficar ali ó. E achei que nós tomamo essa atitude tarde demais, porque agora que começamos a cobrar dela bastante	5
		Um pouquinho de remorso, por causa de não ter cuidado antes. Porque os meus, Deus o livre, já ficou né, agora o dele também ficou. O que tá com os dentinhos mais assim é ele das crianças	6
		culpa né, de não ter insistido né, de não ter insistido mais pra ele cuidar mais dos dentes dele. Na verdade isso vem da gente, se insistir, se não cuidar, talvez era pra ele nem ter cárie. Me senti culpada, deixar de comer tanto doce.	21
		o dia que ela tava com inchaço muito grande em cima do dentinho assim e aquilo tava grande, vazando e ela tava com muita dor sabe. Foi a hora que coloquei a mão na consciência e pensei que era por culpa minha por não ter cuidado	23
		A gente sente que é culpa da gente, porque se a gente ensinasse não comer muito doce, não deixar assim, ela não tava do jeito que tá	24

Sentimento dos pais (continuação)		Até hoje eu penso, penso mesmo. To dormindo a noite e me acordo. E meu Deus, se eu pudesse voltar no tempo eu voltava, porque era bem branquinho os dente dela, Eu era, nossa....acho que isso é uma lição pra gente	25
		Me sentia tão culpada assim, porque sei lá...Uma criança com 5 anos se priva de comer um monte de coisa pela doença, pelo dente, eu fiquei revoltada	26
		Bom, eu tive assim sentimento de culpa. Bom eu achei, o médico disse que são porque quando ela era pequena ela tinha muito problema de peito carregado, que ela tomou muito antibiotico e foi os primeiro dente dela que estragaram. Mas eu acho que não, porque ela era bem pequeninha e uma vez ela pegou a minha escova e tava escovando o dente dela e eu tenho cárie, eu achei que fosse de mim, que no caso passasse pra ela	22
	Culpa de medicamentos/ genética		
		A médica falou que era muito remédio. Ela tomou muito antibiótico	20
		(...)o médico disse que não porque quando ela era pequena ela tinha muito problema de peito carregado, que ela tomou muito antibiotico e foi os primeiro dente dela que estragaram(...)	22
		ele tomou muito remédio pra anemia, aí estragou os dentes dele	16
		Mas um tanto pode ser do organismo, porque essa daí nem bem nasceu os dentes dela, já começou a nascer. Os 4 dentes da frente dela já começou a nascer, já começou a cariar, começou a estragar...A menininha que eu cuidava da idade dela ficou uns 5 meses comigo. Nunca vi a menininha escovar os dente....uns dentes lindo	11
		...O pai dele tem os dente encavalado. Então eu acho que se não tratar vão nascer. Geralmente puxa. Eles puxaram o pai até no embigo. O embigo do pai deles é rendido. O andrei até tem problema no embigo(...) Tipo, depois de grande ele já puxou isso do pai, imagina do resto	10
	Sente que falhou		
		Ah, mal né. Porque pelo menos eu, que fico mais tempo, eu falhei em cuidar dele direito. Porque com os outros não aconteceu, só com ele. Por mais que eu levei ele no dentista tudo, foi arrancado, mas ele continua, aí não sei se é porque eu to sem tempo pra ele	3
		Acho que eu não cuidei, mas também comia muito doce, por ser menina eu acho que eu fazia tudo os gosto dela. Dai ela comia na minha mãe, comia em casa. Dai também ela mamava e chupava no bico	4
	Nervoso (compara com experiência de dor)		
		é uma coisa que a gente sente dor junto né? Que a gente fica nervosa e quer que passe né?	23

Sentimento dos pais (continuação)		Ah, é ruim né, a gente fica nervoso. A gente sente ruim de ficar sem dormir e sem comer, imagine a criança né	9
		a gente fica nervoso, de dor de dente é ruim. Que a gente quando dá dor de dente tem vontade de arranca tudo os dente. Eu também tenho dor de dente, só que o meu oco assi no fundo...Ainda mais quando vai comida no oco do dente, dai dói (...) A gente fica nervosa de ver que os filho da gente não tá bão	18
	Pena		
		Ah, fiquei com dozinho, perde os dentinho bonito né, fica com os dentinho preto e banguelinha	2
		O sentimento que dá é dó, com o dentinho preto, quando ele vai na escola ele fala que os outros ficam olhando. Ai eu falo: não, acontece, fazer oque?	17
		eu fico com dó né, por causa da dor de dente	12
		Ah, a gente fica meio esquisita né? Porque é chato né? Eu levei ela no dentista daí só uma vez, só que daí eles são desses que não deixam mexer, dai a gente fica com dó também né, de deixar judiar né. Eu memo já fui no dentista e sei que as vezes doi, dai ela não deixa mexer, ainda mais se eu tiver perto, dai começa a fazer manha, e eu acabo ficando com dó e não levo	8
		Ah, eu não sei, eu me desespero quando vejo essas coisas assim, de ele não querer saber de escovar os dentes. Tá com uma cárie bem aqui na frente, eu falo: Maicon oha teus dentes Maicon. E ele fala : ah, deixe, é meu. Eu falo: Maicon, você tem que tratar esses dentes e escovar esses dentes. dá dó né, eu falo que mais tarde quem vai passar vergonha é você	19
		Ficava com dó dele, eu também não gostava que tirassem sarro	20
		gente fica com dó né? Que nem tem hora que a gente dá, demora demais pra passar a dor né. A gente fica assim sem saber o que fazer. Que nem a gente vai leva dá o remédio...não sabe o que faz	23
		Ah assim, muito dó. De ficar se queixando de dor de dente, a gente fica preocupado	16
		Não, Só quando tá chorando muito, fica com dó né	
	Sentimento de descuido		
		Acho que eu não cuidei, mas também comia muito doce, por ser menina eu acho que eu fazia tudo os gosto dela. Dai ela comia na minha mãe, comia em casa. Dai também ela mamava e chupava no bico	4
		de eu não ter pego no pé de cuidar mais dos dentes, porque a gente fala, fala, mas acaba não indo junto escovar, eles escovam da maneira deles que nem sempre é o correto né	7
		é ruim né, porque dá a impressão que a gente não cuida, mas eu faço o possível pra ele escovar os dentes, ele tem fio dental, na escola a diretora dosse que enxaguam a boca com fluor. E eu não me preocupei em levar no dentista.	15

Sentimento dos pais (continuação)		...foi descuido nosso também, na parte de escovação, era aquele medo de não querer ponhar a mão porque os dente tavam daquele jeito, mas se nós tivesse, também colaborado na época não ia chegar naquele ponto. Que daí a gente relaxa memo que daí a gente trabaia, daí ai escove o dente de quereque jeito da criança ali. Voce quer chegar, dormir e descansar. Então nesse pont nós sabemo que óis fumo errado bastante.	25
	Tristeza		
		Ah, eu fiquei triste sabia? Porque eu falei puta merda, cê veja eu perdi os dentes cedo, aí eu falei pra ela: Você quer crescer mais tarde ficar igual a mãe filha?(...)	5
		Sempre quando tá com dor de dente. Fico triste com isso, já passei por isso. Então imagino a dor que ela tava snetindo. Porque dor de dente não é facil, é insuportável, imagina nele, tadinho...	21
	Desespero		
		Ah, eu não sei, eu me desespero quando vejo essas coisas assim, de ele não querer saber de escovar os dentes.	19
	Arrependimento		
		nossa menina do céu! Óia como nois se arrependemo, que eu acho que eu e meu esposo a gente divia te lutado um pouquinho mais pra ela não ter chegado nessa situação que chegou(...) Então eu acho que se arrependimento matasse nós dois essas hora já tava...	25
	Impotência		
		A gente pensa em cuidar né. Se tipo tiver, se puder levar em algum lugar que não precise pagar pra ele tratar a gente leva. Mas se tiver que pagar a gente paga, não dá pra deixar com dor(...) Dai eu pego tento fazer alguma coisa pra ajudar ele, mas nem eu sei	10
		... Mas como é que vai fazer, não tem como tratar, a gente não tem dinheiro	12
		A gente fica triste porque a gente não pode ajudar. Ela leva no dentista as vezes ele deixa, as vezes ele não quer nem sentar (VÓ)	16
		Acho que não tem como fazer alguma coisa, porque escovar ele escova	17

**ANEXO A –
TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS**



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
SETOR DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
Departamento de Odontologia

Ponta Grossa, 08 de outubro de 2012.

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Autorizo a mestranda Juliana Schaia Rocha, do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Estadual de Ponta Grossa, a utilizar, sob minha orientação, o banco de dados oriundo da pesquisa intitulada **“A qualidade da Atenção Primária à Saúde (APS) na rede de atenção básica de Ponta Grossa/ PR e sua relação com condição bucal, necessidade de tratamento e utilização de serviços odontológicos por crianças” (COEP nº 67/2009)**, da qual foi pesquisadora bolsista por intermédio do PIBIC/UEPG no ano de 2011.

A handwritten signature in blue ink, reading 'Márcia H. Baldani Pinto', is written over a horizontal line.

Profª Drª Márcia Helena Baldani Pinto
Coordenadora do projeto

**ANEXO B –
PARECER CONSUBSTANCIADO COMITÊ DE ÉTICA**



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA - UEPG

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Determinantes do impacto da condição de saúde bucal na qualidade de vida de crianças de 3 a 5 anos e suas famílias

Pesquisador: Márcia Helena Baldani Pinto

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 09102812.7.0000.0105

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Ponta Grossa

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 131.821

Data da Relatoria: 25/10/2012

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto destinado à elaboração de dissertação da aluna Juliana Shaia, estruturado em três etapas.

Etapa 1: revisão sistemática, cujo objetivo é encontrar os fatores que impactam na qualidade de vida, relacionados à condição bucal, de crianças e suas famílias. Com o resultado desta revisão sistemática será construído um modelo hierárquico relacionando-se os fatores que impactam na saúde bucal e influenciam a qualidade de vida de crianças pré-escolares (3 a 5 anos) em 3 níveis: distal, intermediário e proximal.

Etapa 2: testar o modelo construído, por meio de um estudo quantitativo. Nesta etapa serão utilizados dados secundários que fazem parte de um estudo transversal que avaliou a qualidade da atenção primária à saúde no município de Ponta Grossa e sua relação com a condição bucal, necessidade de tratamento e acesso a serviços odontológicos por crianças de 3 a 5 anos (COEP n.67/2009), cujo banco de dados será cedido pela coordenadora do projeto que é a própria orientadora da aluna.

Etapa 3: estudo de percepção das mães quanto a OHRQoL, através de uma análise qualitativa. Serão entrevistadas as mães de 40 crianças portadoras de cárie severa (ceo-d maior ou igual a 6) e com alto impacto na qualidade de vida, identificadas no estudo anterior. O roteiro contemplará o mesmo conteúdo do questionário ECOHIS, porém as questões serão mais exploradas, visando

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA - UEPG



conhecer como a saúde bucal impacta na vida de seus filhos.

Objetivo da Pesquisa:

Observar se o impacto da condição na qualidade de vida de pré-escolares e suas famílias é definido por determinantes biológicos e psicossociais.

Objetivo Primário:

Analisar os determinantes de impacto da saúde bucal na qualidade de vida de pré-escolares de baixa renda e suas famílias

Objetivo Secundário:

- a) Construir, por meio de revisão sistemática da literatura, um modelo hierárquico explicativo dos fatores que impactam na qualidade de vida relacionada à saúde bucal (OHRQoL) de crianças e famílias;
- b) Identificar a prevalência de cárie, condições socioeconômicas e estilo de vida de pré-escolares com idades entre 3 e 5 anos, usuários das Unidades Saúde da Família de Ponta Grossa;
- c) Conhecer a prevalência do impacto da condição bucal na qualidade de vida dessas crianças e suas famílias; Analisar os fatores relacionados ao impacto da condição bucal na qualidade de vida das crianças e famílias, segundo o modelo hierárquico;
- d) Conhecer as percepções das mães de crianças portadoras de cárie severa quanto ao impacto da condição bucal na qualidade de vida.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Não há riscos para os sujeitos da pesquisa ou para os pesquisadores. Os pesquisadores serão acompanhados, durante a coleta de dados, por Agentes Comunitários de Saúde. A identidade dos sujeitos da pesquisa será mantida em sigilo;

Benefícios:

- As crianças participantes da pesquisa receberão tratamento odontológico através da UEPG.
- Espera-se contribuir com dados que auxiliem na avaliação e planejamento das intervenções na rede de atenção básica do município, em busca da implementação de políticas de saúde que realmente cumpram com os princípios da universalidade e equidade no SUS, e melhorar a qualidade de vida da criança participante, reestabelecendo sua saúde bucal por meio de atendimento odontológico.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo relevante para a população em geral por investigar a existência de uma correlação entre os fatores socioeconômicos/comportamentais e condição bucal e seu impacto na qualidade de vida. O conhecimento dessa relação ajuda a conhecer melhor o complexo processo saúde-doença, e como pode afetar a qualidade de vida do indivíduo e de sua família. A compreensão da interação desses fatores nos mostra a necessidade de

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
PONTA GROSSA - UEPG



abordagens mais amplas para a promoção de saúde. Além disso, o orçamento e o cronograma de execução está de acordo com a metodologia exposta no projeto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- AUTORIZAÇÃO DE ACESSO AOS DADOS DE PROJETO ANTERIOR: assinado pela coordenadora Márcia Helena Baldani;
- PARECER DO PROJETO ACIMA CITADO COEP 2009: apresentado;
- TCLE - Modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: de acordo com as normativas do COEP, escrito em linguagem simples e direta;
- ROTEIRO DE ENTREVISTA: adequado;
- FOLHA DE ROSTO: preenchido e assinado adequadamente.

Recomendações:

O n amostral foi determinado com base em cálculo estatístico? Com $n=50$ é possível extrapolar os resultados de dados impactantes sobre a qualidade de vida de usuários do PSF da cidade?

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Caso a recomendação acima seja descartada, não há pendências;

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

PONTA GROSSA, 26 de Outubro de 2012

Assinador por:
ULISSES
COELHO
(Coordenador)