

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

**Rayane Norberto Tavares**

**SENDO DE COERÊNCIA: RELAÇÃO COM A SAÚDE BUCAL DE CRIANÇAS NA  
PRIMEIRA INFÂNCIA ATENDIDAS EM INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR**

Juiz de Fora

2023

**Rayane Norberto Tavares**

**SENSE DE COERÊNCIA: RELAÇÃO COM A SAÚDE BUCAL DE CRIANÇAS NA  
PRIMEIRA INFÂNCIA ATENDIDAS EM INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR**

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

**Orientadora: Profa. Dra. Flávia Almeida Ribeiro Scalioni**

Juiz de Fora

2023

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

Tavares, Rayane Norberto.

Senso de coerência: relação com a saúde bucal de criança na primeira infância atendidas em instituição de ensino superior. / Rayane Norberto Tavares. -- 2023.

47 f.

Orientadora: Flávia Almeida Ribeiro Scalioni

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Odontologia, 2023.

1. Introdução. 2. Objetivos. 3. Metodologia. 4. Resultados. 5. Discussão. 6. Conclusão. Referências. I. Scalioni, Flávia Almeida Ribeiro. orient. II. Título.



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

**RAYANE NORBERTO TAVARES**

**Senso de coerência: Relação com a saúde bucal de crianças na primeira infância atendidas em instituição de ensino superior**

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

Aprovada em 02 de agosto de 2023.

**BANCA EXAMINADORA**

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Flávia Almeida Ribeiro Scalioni Gonzalez

Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Fernanda Campos Machado

Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Camila Faria Carrada

Suprema - JF

*Dedico este trabalho ao meu pai, Roberto Carlos, que sempre me forneceu suporte e motivação para que fosse possível eu chegar até aqui.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu pai, Roberto Carlos, que desde a minha infância, sempre me motivou nos estudos e me proporcionou toda a estrutura e suporte necessário para que eu chegasse até aqui. Além de todo o amor e carinho dado pelo mesmo. E à minha madrasta, Raquel, que junto ao meu pai, sempre me deu suporte e não me deixou desistir.

A minha mãe, Joelma, que assim como meu pai, me deu uma excelente educação para eu me tornar a mulher que sou hoje e por me proporcionar amor e carinho nesses anos que se passaram.

Agradeço a minha irmã, Naiara, que é o meu alicerce e a minha inspiração, por todas as vezes em que cedeu seu tempo para me ouvir e por oferecer a sua mão para me ajudar em todos os momentos. Por todo afeto, amor, carinho. E ainda, por ser minha melhor amiga, sem ela eu não estaria aqui.

À minha prima, Tathiany, por todo carinho, amizade, confidencialidade e por todos os momentos de descontração que tornaram o meu caminho mais fácil.

À minha amiga e eterna dupla da faculdade Larissa Queiroz, e às minhas amigas Gabriela Fernandes, Victória Fonseca, Tamires de Andrade, Bruna Marques, por todos os dias desses 5 anos em que estiveram presente tornando os meus dias mais agradáveis e por me proporcionarem momentos inesquecíveis e que irei levar sempre comigo. Espero que nossa amizade possa continuar em nossas novas jornadas.

À minha orientadora Profa, Dra. Flávia Scalioni, por ter acreditado em mim e me dado a oportunidade de participar deste estudo. Além de toda a paciência e auxílio necessário para que este trabalho fosse realizado com sucesso.

E por fim, agradeço às professoras Camila Faria e Fernanda Campos por suas colaborações para que este estudo chegasse ao final e por terem aceito o convite para participar desse momento mais que importante da minha vida acadêmica como membros da banca.

## RESUMO

O objetivo do estudo foi testar a associação entre qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB) e senso de coerência (SOC), variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais e clínicas em crianças atendidas em Instituição de Ensino Superior. Foram incluídos neste estudo retrospectivo transversal 50 prontuários de crianças, de seis a 54 meses, atendidas em um Projeto de Extensão de Odontologia para Bebês em Instituição de Ensino Superior de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. Os prontuários continham questionários do B-ECOHIS e SOC, validados, abordando QVRSB e senso de coerência que foram respondidos pelos pais e/ou responsáveis das crianças. Informações demográficas (sexo e idade), socioeconômicas (escolaridade do chefe da família e classe econômica [ABEP, 2018]), comportamentais (sucção de dedo, sucção de chupeta, uso de mamadeira noturna, realização de consumo de açúcar e aleitamentomaterno) e dados do exame físico intrabucal (experiência de cárie dentária [índice ceo-d], traumatismo dentário e mordida aberta anterior). A análise estatística incluiu o teste Qui-quadrado, Exato de Fisher e análise de Regressão de Poisson ( $p < 0,05$ ). Pais/responsáveis de crianças sem experiência de cárie dentária apresentaram uma prevalência 3,012 vezes maior de perceberem um baixo impacto da saúde bucal da criança na qualidade de vida da família comparados com pais/responsáveis de crianças com experiência de cárie dentária (RP = 3,012; IC = 1,469- 9,803). O SOC não apresentou resposta significativa com a QVRSB neste estudo. Conclui-se que o fator associado a um impacto negativo na QVRSB da família, segundo a percepção dos pais/responsáveis das crianças na primeira infância avaliadas, foi a experiência de cárie dentária de seus filhos.

**Palavras-chave:** Senso de coerência. Qualidade de Vida Relacionada à Saúde bucal. Pré-escolares. Pais/cuidadores.

## ***ABSTRACT***

The objective of the study was to test the association between quality of life related to oral health (QHRSB) and sense of coherence (SOC), demographic, socioeconomic, behavioral and clinical variables in children attended at a Higher Education Institution. This retrospective cross-sectional study included 50 medical records of children aged between six and 54 months, assisted in a Dentistry Extension Project for Babies at a Higher Education Institution in Juiz de Fora, Minas Gerais, Brazil. The medical records contained validated questionnaires addressing QHRSB and SOC that were answered by the children's parents/caregivers. Demographic information (gender and age), socioeconomic (education of the head of the family and economic class [ABEP, 2018]), behavioral information (finger sucking, pacifier sucking, use of night bottle, consumption of sugar and breastfeeding) and intraoral physical examination data (dental caries experience [dmft index], dental trauma and anterior open bite). Statistical analysis included Chi-square, Fisher's Exact and Poisson Regression analysis ( $p < 0.05$ ). Parents/guardians of children without dental caries experience had a 3.012 times higher prevalence of perceiving a low impact of the child's oral health on the family's quality of life compared to parents/guardians of children with dental caries experience (PR = 3.012; CI = 1.469- 9.803). SOC showed no significant response with QHRSB in this study. It is concluded that the factor associated with a negative impact on the QHRSB of the family, according to the perception of the parents/guardians of the evaluated children in early childhood, was their children's experience of dental caries.

**Keywords:** Sense of Coherence. Quality of Life. Oral Health. Preschoolers. Parents.



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Pontuação média, desvio padrão e variância para a pontuação total do B- ECOHIS em cada sessão (n=50)	20
Tabela 2 - Frequência e análises de razão de prevalência das variáveis clínicas e socioeconômicas e qualidade de vida relacionada à saúde bucal em crianças de 6-54 meses (n=50).	21

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<i>ABEPE</i>	<i>Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa</i>
<i>B-ECOHIS</i>	<i>Early Childhood Oral Health</i>
<i>CPI</i>	<i>Cárie Precoce da Infância</i>
<i>MG</i>	<i>Minas Gerais</i>
<i>QVRSB</i>	<i>Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal</i>
<i>SIC</i>	<i>Seção de impacto na criança</i>
<i>SIF</i>	<i>Seção de impacto na família</i>
<i>SPSS</i>	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
<i>SOC</i>	<i>Senso de Coerência</i>
<i>SUS</i>	<i>Sistema Único de Saúde</i>
<i>TDI</i>	<i>Lesão Dentária Traumática</i>
<i>UFJF</i>	<i>Universidade Federal de Juiz de Fora</i>

## LISTA DE SÍMBOLOS

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

# **SUMÁRIO**

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>13</b>
<b>2 OBJETIVOS</b>	<b>16</b>
2.1 OBJETIVO GERAL	16
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
<b>3 METODOLOGIA</b>	<b>17</b>
3.1 ASPECTOS ÉTICOS	17
3.2 AMOSTRA	17
3.3 COLETA DE DADOS	17
3.4 ANÁLISE DE DADOS	18
<b>4 RESULTADOS</b>	<b>19</b>
<b>5 DISCUSSÃO</b>	<b>22</b>
<b>6 CONCLUSÃO</b>	<b>26</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>27</b>
<b>ANEXO A – Aprovação do Projeto de Pesquisa</b>	<b>31</b>
<b>ANEXO B – Prontuário Odontológico do Projeto Só-Riso</b>	<b>35</b>
<b>ANEXO C – Questionário da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEPE, 2018)</b>	<b>40</b>
<b>ANEXO D – Versão Brasileira do Early Childhood Oral Health Impact Scale (B-ECOHis)</b>	<b>46</b>
<b>ANEXO E – Senso de Coerência</b>	<b>47</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Problemas de saúde bucal comuns na infância como cárie dentária, doença periodontal, má oclusão e lesões traumáticas dentoalveolares podem afetar aspectos funcionais e sociais, com conseqüente redução da qualidade de vida (ABANTO et al., 2014; FIRMINO et al., 2016; PERES et al., 2019). O impacto negativo destas afecções também é sentido na vida dos pais/responsáveis das crianças acometidas (PAKKHESAL et al., 2021).

As visitas regulares ao dentista são uma das principais formas de garantir uma saúde bucal adequada. Ao receber as crianças desde cedo, o dentista pode orientar práticas de higiene bucal, corrigir hábitos alimentares inadequados e orientar pais/cuidadores sobre saúde (GOETTEMS et al., 2012; PERAZZO et al., 2017). Ainda assim, o uso de serviços odontológicos entre crianças na primeira infância é baixo (13,3–37,0%), apesar da alta prevalência de problemas bucais (ABANTO et al., 2014; GOETTEMS et al., 2012; PERAZZO et al., 2017), especialmente em países em desenvolvimento como o Brasil, onde a assistência odontológica para crianças constitui um desafio para o sistema público de saúde (BRASIL, 2016; GRANVILE-GARCIA et al., 2018, QIU et al., 2013).

O projeto de extensão “Só-Riso – Atenção Materno Infantil” é desenvolvido na Faculdade de Odontologia da UFJF e atende crianças de 0 a 54 meses de idade encaminhadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) do município de Juiz de Fora (Minas Gerais) e região, desde o ano de 1999. Nesta ação extensionista são realizados tratamentos preventivo e curativo de crianças na primeira infância e tem como objetivo a humanização do ensino da Odontologia e do atendimento dos usuários, a promoção de saúde bucal, o tratamento odontológico da comunidade externa assistida, além da capacitação profissional da comunidade interna.

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

acarretando um impacto negativo sobre a vida dessas crianças e de seus familiares (GONÇALVES et al., 2017; JABARIFAR et al., 2010).

Conhecer o impacto das alterações de saúde bucal na qualidade de vida de crianças de baixa idade e de seus familiares possibilita determinar medidas públicas direcionadas à saúde bucal, definir prioridades e usar de forma adequada os recursos disponíveis que visam melhorar as condições de vida do paciente. Além de fornecer informações necessárias para melhorar a qualidade do atendimento e permitir uma avaliação da eficácia dos protocolos de tratamento pela perspectiva e expectativa do paciente e de sua família (CASTRO et al., 2013; FERNANDES et al., 2019; SCARPELLI et al., 2013).

Desse modo, instrumentos para mensurar a QVRSB em crianças têm sido frequentemente utilizados em conjunto com os exames e indicadores clínicos tradicionais (KRAMER et al., 2013; MARTINS-JÚNIOR et al., 2012; TESCH; OLIVEIRA; LEÃO, 2008). Esses instrumentos foram desenvolvidos sob a forma de questionários e são denominados de “indicadores sócio-dentais ou de avaliação da qualidade de vida associada à saúde bucal” (TESCH; OLIVEIRA; LEÃO, 2008). A versão brasileira do questionário denominado *Early Childhood Oral Health Impact Scale* (B-ECOHIS) é o principal instrumento indicado para avaliar a percepção dos pais/cuidadores sobre o impacto das condições de saúde bucal e seu tratamento na qualidade de vida em crianças menores de cinco anos de idade e de seus familiares (ALDRIGUI et al., 2011; BORDONI et al., 2012; GONÇALVES et al., 2017; MARTINS-JÚNIOR et al., 2012).

É sabido que na fase pré-escolar, as crianças dependem dos pais/cuidadores para a prevenção de problemas bucais e o uso de serviços odontológicos. Além disso, os problemas de saúde bucal vêm sendo compreendidos por meio de conceitos de determinantes sociais de saúde, que são fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos (raciais), psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (LAGE, 2016). Dentro desse contexto, a saúde pode ser entendida por meio da Teoria Salutogênica proposta por Antonovsky (1987). Segundo essa teoria, é necessário pensar em saúde para se promover saúde, e não apenas compreender os mecanismos patogênicos e os métodos psicológicos de prevenção de uma doença (BONANATO et al., 2008).

O ponto central da teoria salutogênica é o Senso de Coerência (SOC), que é avaliado por meio da interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais (GOMES,

et al., 2018). O SOC reflete as opiniões dos indivíduos sobre a vida e a capacidade de enfrentarem situações estressantes, influencia hábitos que afetam diretamente a saúde e o comportamento adaptativo ao estresse. O objetivo da mensuração do SOC é quantificar a adaptabilidade dos indivíduos ao seu ambiente, ou seja, sua posição no equilíbrio entre saúde e doença, inclusive saúde bucal, podendo assim influenciar na diminuição da gravidade das doenças (BONANATO, et al., 2009; GOMES, et al., 2018; LYRA et al., 2015).

Poucos estudos na literatura avaliam a associação entre o SOC de pais e/ou responsáveis e indicadores clínicos de saúde bucal de crianças na primeira infância. Desta forma, considera-se de extrema importância a avaliação da saúde bucal das crianças atendidas no “Só-Riso – Atenção Materno Infantil” a fim de auxiliar no planejamento das estratégias direcionadas a saúde bucal e na definição de prioridades, permitindo o monitoramento dos protocolos de tratamento baseado na perspectiva do paciente e sua família.

Assim, o objetivo do estudo foi testar a associação entre qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB) e senso de coerência (SOC), variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais e clínicas em crianças de 6 a 54 meses atendidas em clínica odontológica de Instituição de Ensino Superior.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Testar a associação entre qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB) e senso de coerência (SOC), variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais e clínicas em crianças de 6 a 54 meses atendidas em clínica odontológica de Instituição de Ensino Superior.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar o perfil sociodemográfico das crianças e de sua família.
- Determinar hábitos comportamentais relacionados à saúde bucal das crianças.
- Determinar a condição de saúde bucal das crianças por meio de indicadores clínicos de cárie dentária, traumatismo dentário e má oclusão.
- Verificar o impacto da saúde bucal de crianças sobre sua qualidade de vida e de sua família percebida por seus pais e/ou responsáveis por meio da versão brasileira do questionário *Early Childhood Oral Health Impact Scale* (B-ECOHIS).
- Determinar o nível de adaptabilidade frente ao equilíbrio saúde/doença dos cuidadores por meio da versão brasileira do SOC.



### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo retrospectivo transversal foi conduzido no município de Juiz de Fora, Minas Gerais (MG), Brasil. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) (n. 5.552.393) e todos os participantes concordaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A).

#### 3.2 AMOSTRA

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

#### 3.3 COLETA DE DADOS

Um pesquisador analisou os prontuários odontológicos individuais das crianças (ANEXO B) e registrou as seguintes informações: dados pessoais (idade e sexo); anamnese, com dados sobre hábitos deletérios (sucção digital e/ou de chupeta), hábitos alimentares (aleitamento natural/ artificial e consumo de açúcar) e história de traumatismo dentário; análise oclusal; e experiência de cárie dentária avaliada pelo índice ceo-d.

Para a avaliação do nível sócio-econômico e do nível de escolaridade, foi utilizado o Questionário da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEPE, 2018) (ANEXO C), aplicado aos pais ou responsáveis.

Para verificar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB) foi utilizado a versão brasileira do Early Childhood Oral Health Impact Scale (B-ECOHIS) (ANEXO D) preenchido pelos responsáveis, composto por 13 itens distribuídos em uma Seção de impacto na criança (SIC) e uma Seção de impacto na família (SIF). A primeira seção é formada por 4 domínios: sintomas (1 item), função (4 itens),

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

O Questionário Senso de Coerência (SOC) (ANEXO E) tem como objetivo quantificar a adaptabilidade dos indivíduos ao seu ambiente, ou seja, sua posição no equilíbrio entre saúde e doença. Antonovsky (1987) desenvolveu um primeiro questionário do tipo Likert, contendo 29 questões (SOC – 29). Outras versões do instrumento foram propostas, incluindo uma versão mais curta com treze perguntas (SOC-13) apresentadas pelo próprio Antonovsky (1987). As versões originais e curtas provaram ser válidas e consistentes em várias populações (ANTONOVSKY, 1993; PALLANT & LAE, 2002). No Brasil, esse questionário foi validado por Freire et al. (1999) e adaptado transculturalmente por Bonanato et al. (2009). A linguagem da versão adaptada foi alterada em relação ao original e a escala de classificação ordinal de sete pontos foi alterada para uma escala de cinco pontos. Para o estudo proposto, foi utilizado o SOC – 13, contendo 13 questões, adaptado por Bonanato et al. (2009) que foi respondido pelos cuidadores. A soma dos escores dos 13 itens avaliados gera a soma total, variando de 13 a 65 pontos, e quanto maior o escore, maior a adaptabilidade do indivíduo ao estresse.

### 3.4 ANÁLISE DE DADOS

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

Familiar  $\geq 1$ ) na QVRSB.

Os dados coletados foram inseridos e analisados no programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS for Windows, versão 21.0, SPSS Inc., Chicago, IL, USA)*. Os testes qui-quadrado de Pearson, exato de Fisher e de tendência linear foram empregados para avaliar a associação entre a Sessão Impacto na Criança (SIC), Sessão Impacto na Família (SIF) e B-ECOHIS total (variáveis dependentes), com os dados socioeconômicos, demográficos, comportamentais e clínicos (variáveis independentes). Na análise bivariada, as variáveis independentes que apresentaram um nível de significância de  $p < 0,25$  com as variáveis dependentes foram incorporadas no modelo final da regressão de Poisson. Para este modelo final, o nível de significância adotado foi  $p < 0,05$ .

#### **4 RESULTADOS**

Para o seguinte estudo, 50 prontuários foram analisados. Um total de 57 crianças foram atendidas, de 6 a 54 meses, entretanto 7 prontuários foram excluídos por se apresentarem incompletos.

Do total de crianças, 25 (50%) eram do sexo feminino e 25 (50%) do sexo masculino, sendo 42% das crianças ( $n=21$ ) com 35 meses ou menos e 58% de crianças com mais de 35 meses. Em relação aos pais e cuidadores, 34% ( $n=17$ ) dos chefes de família possuem mais de 8 anos de estudo e ainda, 54% ( $n=27$ ) estão inseridos na classe social C, D e E.

Em relação a hábitos nocivos e alimentação, a maioria das crianças (88%  $n=44$ ) nunca fez sucção de dedo, entretanto, a maioria (60%  $n=30$ ) fazia sucção de chupeta. Dezesesseis crianças fizeram o uso de mamadeira durante a noite (32%) e a maioria faz o uso de açúcar (84%  $n=42$ ). Quarenta crianças (80%) realizaram o aleitamento materno.

Foram recolhidos dados clínicos a respeito de traumatismo dentário, mordida aberta anterior e cárie dentária nestas crianças. Em relação a má oclusão e traumatismo dentário, 7 crianças (14%) apresentavam alterações oclusais e 23 crianças (46%) tiveram história de traumatismo. Foi constatado que a maioria, 36 (72%), não apresentavam cárie dentária.

A Tabela 1 mostra a média, desvio padrão e intervalo observados para a pontuação total do B-ECOHIS e para cada sessão.

**Tabela 1.** Pontuação média, desvios padrão e variância para a pontuação total do B-ECOHIS em cada sessão (n=50)

B-ECOHIS	Média ( $\pm$ DP)	Intervalo Observado
Sessão impacto na criança (SIC)	2,64 (3,490)	0-14
Sessão impacto na família (SIF)	1,68 (2,723)	0-10
Total B-ECOHIS	4,14 (5,284)	0-20

DP: desvio-padrão

Os resultados da associação entre as variáveis independentes e a percepção dos pais/cuidadores sobre a qualidade de vida relacionada à saúde bucal das crianças são apresentados na Tabela 2. Pais/cuidadores de crianças sem experiência de cárie dentária apresentaram uma prevalência 3,012 vezes maior de perceberem um baixo impacto da saúde bucal da criança na qualidade de vida da família comparados com pais/cuidadores de crianças com experiência de cárie dentária (RP = 3,012; IC = 1,469- 9,803). Não houve diferença estatisticamente significativa na associação entre as variáveis independentes e a sessão Impacto na Criança (SIC) e o total do B-ECOHIS ( $p > 0,05$ ).

**Tabela 2.** Frequência e análises de razão de prevalência das variáveis clínicas e socioeconômicas e qualidade de vida relacionada à saúde bucal em crianças de 6-54 meses (n=50).

Variáveis	B-ECOHIS Seção Criança n(%)		Valor de p	RP (95%IC)	B-ECOHIS Seção Família n(%)		Valor de p	RP (95%IC)	B-ECOHIS TOTAL n(%)		Valor de p	RP (95%IC)
	=0	≥1			=0	≥1			=0	≥1		
<b>Sexo</b>												
Feminino	10	15	0,999		16	9	0,256		9	16	0,999	
Masculino	11	14			11	14			10	15		
<b>Idade</b>												
≤35 meses	8	13	0,773		7	14	0,021	1	6	15	0,376	
>35 meses	13	16			20	9		1,360 (0,535-3,460)	13	16		
<b>Escolaridade do chefe da família</b>												
Até 8 anos de estudo	15	18	0,557		16	17	0,372		13	20	0,999	
Mais de 8 anos de estudo	6	11			11	6			6	11		
<b>Classe econômica</b>												
A	2	3	0,913		3	2	0,209	1,557 (0,277-8,762)	2	3	0,693	
B	8	10			12	6		1,142 (0,345-3,772)	8	10		
C-D-E	11	16			12	15		1	9	18		
<b>Senso de coerência</b>												
Baixo	10	14	0,999		15	9	0,272		9	15	0,999	
Alto	11	15			12	14			10	16		
<b>Já fez sucção de dedo</b>												
Sim	4	2	0,223	1	5	1	0,199	4,545 (0,195-13,150)	5	1	0,024	1
Não	17	27		1,336 (0,196-9,090)	22	22			14	30		1,298 (0,284-5,917)
<b>Já fez sucção de chupeta</b>												
Sim	13	17	0,999		17	13	0,774		12	18	0,774	
Não	8	12			10	10			7	13		
<b>Utilizou mamadeira noturna</b>												
Sim												
Não	3	13	0,032	1,631 (0,767-3,470)	9	7	0,373		13	3	0,068	1,630 (0,764-3,477)
	18	16		1	14	20			18	16		1
<b>Consome açúcar</b>												
Sim	17	25	0,706		21	21	0,261		15	27	0,459	
Não	4	4			6	2			4	4		
<b>Realizou aleitamento materno</b>												
Sim												
Não	15	25	0,286		22	18	0,999		15	25	0,999	
	6	4			5	5			4	6		
<b>Traumatismo dentário</b>												
Sim	9	14	0,778		12	11	0,999		8	15	0,773	
Não	12	15			15	12			11	16		
<b>Mordida aberta anterior</b>												
Sim	2	5	0,604		2	5	0,225	1,105 (0,385-13,172)	1	6	0,229	1,014 (0,369-2,788)
Não	15	12			25	18		1	18	25		1
<b>Experiência de cárie</b>												
Sim	11	3	0,110	1	1	13	<0,001	1	19	17	<0,001	1
Não	18	18		1,481 (0,683-3,194)	26	10		3,012 (1,469-9,803)*	0	14		1,477 (0,665-3,278)

Frequência e análises de razão de prevalência das variáveis clínicas e socioeconômicas e qualidade de vida relacionada à saúde bucal em crianças de 6-54 meses (n=50).

## 5 DISCUSSÃO

Neste estudo, são apresentadas evidências que abordam a relação entre a qualidade de vida relacionada à saúde bucal e diversos fatores demográficos, socioeconômicos e comportamentais em crianças com idades entre 6 e 54 meses. Essas crianças são atendidas dentro do Projeto Só-Riso – Atenção Materno Infantil, uma iniciativa da Faculdade de Odontologia da UFJF, localizada em Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

Como já apresentado nos resultados, dentre as 50 crianças deste estudo, 32% das crianças faziam uso de mamadeira a noite, porém 72% não possuem cárie dentária. Em um estudo que avaliou 477 crianças em idade pré-escolar, foi encontrado que crianças que fazem uso de mamadeira a noite e uso de chupeta, possuem uma maior chance de desenvolver cárie precoce da infância (CPI) (GOPAL et al., 2016). No distrito Wardha, na Índia foi realizado um estudo com 330 crianças com idades entre 2 a 5 anos, que constatou que há uma prevalência maior de CPI em crianças que fazem uso de mamadeira do que crianças que são amamentadas com leite materno (GAIDHANE et al., 2013). Portanto, os dados encontrados nesse estudo se mostram em compatibilidade com outras pesquisas já realizadas anteriormente, já que a maior parte das crianças realizam alimentação materna e a maioria não possui cárie dentária.

Em relação aos traumatismos dentários e má oclusão, 46% das crianças tiveram histórico de traumatismo e 14% possuem alguma alteração oclusal. Em um estudo transversal realizado na Universidade Federal de São Paulo, com 260 crianças entre 2 a 5 anos de idade, 87 possuíam algum tipo de lesão dentária traumática (TDI), sendo que 21 crianças possuíam TDI complicada. Além disso, 19 crianças apresentavam um overjet incisal maior ou igual a 3 mm e 44 crianças possuíam mordida aberta anterior. (ALDRIGUI et al., 2011).

Com relação aos dados sociodemográficos, 66% dos chefes de família das crianças incluídas nesse projeto possuem até 8 anos de estudo, além disso, 54% estão inseridos nas classes sociais C, D e E. Foram encontrados na literatura dois estudos que avaliaram dados semelhantes. Houve um estudo no Brasil com 1215 crianças de 1 a 4 anos de idade, de ambos os sexos, no qual os pais possuem em

sua maioria, mais que 8 anos de estudos, dado este que difere do atual estudo. Entretanto, a maioria recebe até dois salários mínimos ou menos, semelhante aos resultados apresentados (ABANTO., et al 2015). Em um segundo estudo com 769 crianças entre 5 anos, a maioria dos pais recebem menos que um salário mínimo e estudaram por mais de 8 anos (GRANVILLE-GARCIA et al., 2018).

Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB) é de extrema importância quando se trata de crianças pequenas, pois problemas de saúde bucal podem limitar suas atividades diárias normais, isso pode afetar não apenas a criança, mas também sua família e ter influências no seu desenvolvimento e crescimento. Integrar medidas de qualidade de vida em programas de atenção à saúde permite o planejamento de estratégias para promover a saúde bucal de crianças pequenas, além de estabelecer prioridades de atendimento. Isso também possibilita avaliar a eficácia de protocolos de tratamento e prevenção com base na perspectiva dos pacientes e/ou seus responsáveis. Dessa forma, é fundamental considerar a QVRSB uma importante ferramenta para aprimorar a saúde bucal infantil (FERNANDES et al., 2017; KRAMER et al., 2013).

A cárie dentária precoce, em sua gravidade, impacta negativamente a qualidade de vida da criança (ABANTO et al., 2011; FIRMINO et al., 2016; NAIDU; NUNN; DONNELLY-SWIFT., 2016). No presente estudo, o único resultado que gerou uma piora na qualidade de vida foi a cárie dentária, assim como em estudos anteriores semelhantes. Scarpelli et al., (2013) promoveu um estudo sobre a saúde bucal de pré-escolares no Brasil e constatou que o único critério que interfere na qualidade de vida, negativamente, é a cárie dentária. Entretanto, em termos socioeconômicos, foi averiguado que uma renda mensal menor da família também promoveu uma piora a QVRSB. Além disso, foi observado em outro estudo que, a cárie dentária provoca uma dificuldade dessas crianças consumirem bebidas quentes e frias, havendo assim, uma piora na QVRSB (NAIDU; NUNN; DONNELLY-SWIFT., 2016), somando a isso, a dor de dente e a dificuldade em consumir alguns alimentos também são fatores negativos que a cárie pode gerar (KRAMER et al., 2013). Desse modo, verifica-se que os resultados deste estudo são significativos e estão de acordo com a literatura.

O impacto de outras variáveis como o traumatismo dentário, má oclusão e a situação socioeconômica da família na QVRSB não foi identificada no presente estudo. Tais resultados diferem de muitos estudos anteriores quem abordam as mesmas variáveis. Segundo Firmino et al. (2016) o traumatismo dentário está

relacionado a piora da QVRSB, mas não a má oclusão. Fatos estes que estão de acordo com o estudo de Abanto et al. (2015) que também constatou a relação do traumatismo dentário como impacto negativo à QVRSB, e o não impacto pela má oclusão. Já em outro estudo semelhante, além do impacto do TDI, a má oclusão também promoveu um impacto negativo à QVRSB (KRAMER et al., 2013). Dito isto, o TDI pode gerar um impacto negativo no psicológico da criança, além de afetar a autoimagem, interação social e função familiar (ALDRIGUI et al., 2011). Apesar do atual estudo não mostrar relação entre a renda familiar do paciente e a sua qualidade de vida, houveram muitos estudos que mostraram o contrário. Na pesquisa de Scarpelli et al. (2013) foi averiguado que, famílias com baixa renda e pais mais jovens proporcionam um impacto desfavorável na qualidade de vida, o que também foi achado em outro estudo em que é citado que famílias com maior renda relatam melhor QVRSB em crianças de 5 anos (ABANTO et al., 2014). Essa diferença de resultados pode estar relacionada com o tamanho da amostra abordada pelo presente estudo que é muito inferior às pesquisas de referência.

Estudar sobre o senso de coerência (SOC) na primeira infância tem um grande valor, pois pesquisas indicam que a motivação dos indivíduos a praticar a manutenção da saúde bucal é diretamente influenciada pelas condições de vida da população em que a mesma está inserida. Por conseguinte, estudando o SOC, colocando-o em prática, e ainda, trabalhando em conjunto com o setor público, é possível melhorar de forma efetiva a saúde bucal de uma comunidade (BONANATO et al., 2008). Entretanto, existem poucos estudos que abordam este tema, desse modo a pouco conhecimento a respeito da relação entre fatores psicossociais de mães e indicadores de saúde bucal das crianças entre 5 anos de idade. Essas informações podem ter consideráveis implicações para a promoção da saúde bucal e sistêmica da criança (BONANATO et al., 2009).

De acordo com Bonanato et al. (2009), mães que apresentam um SOC reduzido, podem influenciar diretamente no acometimento da cárie dentária, exposição de polpa dentária e obturações em seus filhos, indicando que o SOC é um fator psicossocial importante na qualidade de vida na saúde bucal. Este mesmo resultado é notado em um outro estudo que diz que pela percepção dos pais, o que mais afeta a qualidade de vida da criança, é primeiramente a dor de dente e em seguida o baixo SOC (GRANVILLE-GARCIA et al., 2018). Com tudo, o atual estudo demonstra resultados diferentes, na qual o SOC não apresentou nenhum resultado



significante com a QVRSB. Bonanato et al. (2008) achou resultados similares, o mesmo chegou à conclusão de que para o seguinte estudo, a habilidade em se adaptar a uma situação de estresse pela mãe, não influencia no acometimento de cárie dentária por seus filhos de 8 meses a 5 anos de idade.

Existem algumas limitações neste estudo. Em primeiro lugar, a amostra considerada foi composta apenas por crianças que receberam atendimento na Faculdade de Odontologia da UFJF, excluindo aquelas que não utilizaram serviços públicos de saúde bucal. Portanto, é necessário fazer inferências desses resultados para crianças com características semelhantes às incluídas na amostra. Outra limitação é o fato de que a pesquisa foi realizada de forma transversal e retrospectiva, o que dificulta o estabelecimento de relações temporais. No entanto, esse estudo desempenha um papel importante ao identificar indicadores de risco que podem ser considerados em avaliações longitudinais futuras.

Dessa forma, o estudo sobre a qualidade de vida relacionada a saúde bucal e a sua relação, com o senso de coerência, cárie dentária entre outras variáveis, é de suma importância, para que se possa adquirir mais informações acerca do tema para conseguir criar medidas públicas e melhorar o acesso a informações e desse modo, atingir as crianças menos favorecidas e com menor acesso à centros de saúde e conseqüentemente melhorar a sua qualidade de vida e saúde bucal.

## 6 CONCLUSÃO

Foi possível concluir que:

- Metade das crianças era do sexo feminino e a maioria com idade superior a 35 meses de vida. Além disso, a maior parte dos chefes de família possui menos de 8 anos de estudo e está inserida nas classes sociais C, D e E.
- A maioria das crianças nunca realizou sucção de dedo, porém realizou sucção de chupeta. Menos da metade dos participantes fez uso de mamadeira durante a noite e grande parte faz o uso de açúcar e realizou aleitamento materno.
- Poucas crianças apresentaram alterações oclusais e quase metade teve história de traumatismo. A maioria não apresentou cárie dentária.
- A QVRSB não foi associada às características demográficas, socioeconômicas, comportamentais e características associadas ao nível de adaptabilidade frente o equilíbrio saúde/doença dos cuidadores por meio da versão brasileira do SOC.
- O único fator associado a um impacto negativo na QVRSB da família, segundo a percepção dos pais/responsáveis das crianças na primeira infância avaliadas, foi a experiência de cárie dentária de seus filhos.

## REFERÊNCIAS

ABANTO, J. et al. Impact of dental caries and trauma on quality of life among 5- to 6-year-old children: perceptions of parents and children. **Community Dent Oral Epidemiol**, Copenhagen, v. 42, n. 5, p. 385-394, Oct 2014.

ABANTO, J. et al. Impact of oral diseases and disorders on oral health-related quality of life of preschool children. **Community Dent Oral Epidemiol**, Copenhagen, v. 39, n. 2, p. 105-114, Apr. 2011.

ABANTO, J. et al. Impact of traumatic dental injuries and malocclusions on quality of life of preschool children: a population-based study. **Int J Paediatr Dent**, Oxford, v. 25, n. 1, p. 18-28, Jan. 2015.

ALDRIGUI, J. M. et al. Impact of traumatic dental injuries and malocclusions on quality of life of young children. **Health Qual Life Outcomes**, London, v. 9, n. 1, p. 78-84, Sept. 2011.

ANTONOVSKY, A. Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass, 1987.

ANTONOVSKY, A. The structure and properties of the sense of coherence scale. **Social Science and Medicine**, v. 36, n. 6, p. 725-733. Mar. 1993.

ARROW, P; KLOBAS, E. Child oral health-related quality of life and early childhood caries: a non-inferiority randomized control trial. **Aust Dent J**, Sydney, v. 61, n. 2, p. 227-235, June 2016.

Associação Brasileira de Empresa de Pesquisas (ABEP). Critério Brasil 2015 e atualização da distribuição de classes para 2018. <http://www.abep.org/criterio-brasil>. Accessed June. 2019.

BONANATO, K. *et al.* Senso de coerência e experiência de cárie dentária em pré-escolares de Belo Horizonte. **Rev. odonto ciênc**, v. 23, n.3, p. 251-255, 2008.

BONANATO, K. et al. Trans-cultural adaptation and psychometric properties of the 'Sense of Coherence Scale' in mothers of preschool children. **Revista Interamericana de Psicología**, Belo Horizonte, v. 43, n. 1, p. 144-153. 2009.

BONANATO, K. et al. Relationship between mothers' sense of coherence and oral health status of preschool children. **Caries Research**, Basel, v. 43, n. 2, p. 103-109, Mar. 2009.

BORDONI, N. et al. Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). Translation and validation in Spanish language. **Acta Odontol Latinoam**, v.25, n.3, p.270-8, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. SB Brasil 2010, Pesquisa Nacional de Saude Bucal: Resultados Principais; [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa\\_nacional\\_saude\\_bucal.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf) [updated July 08, 2016].

FERNANDES, I. B. et al. Perceived impact of dental pain on the quality of life of children aged 1-3 years and their families. **Eur Arch Paediatr Dent**, Leeds, v. 20, n. 6, p. 557-563, Mar. 2019.

FERNANDES, I. B. et al. Severity of dental caries and quality of life for toddlers and their families. **Pediatr Dent**, Chicago, v. 39, n. 2, p. 118-123, Mar. 2017b.

FIRMINO, R. T. et al. Impact of oral health problems on the quality of life of preschool children: a case-control study. **Int J Paediatr Dent**, Oxford, v. 26, n. 4, p. 242-249, July. 2016.

GAIDHANE, A. M. et al. Prevalence and determinant of early childhood caries among the children attending the Anganwadis of Wardha district, India. **Indian J Dent Res**, v.24, n.2, p.199-205, Mar-Apr 2013.

GOETTEMS, M. L. et al. 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**, Copenhagen, v. 40, n. 5, p. 451-458, Oct. 2012.

GOMES, M. C. *et al.* Influence of sense of coherence on oral health-related quality of life: a systematic review. **Quality of Life Research**, v. 27, n. 8, p. 1973-1983, 2018.

GOPAL, *et al.* Prevalence and predictors of early childhood caries in 3-to-6-year-old South Indian children – a cross-sectional descriptive study. **Oral health prev. dent.**, New Malden, v. 14, n. 3, June, 2016.

GRANVILLE-GARCIA, A. F. *et al.* Impact of Caries Severity/Activity and Psychological Aspects of Caregivers on Oral Health-Related Quality of Life among 5-Year-Old Children. **Caries Research**, p. 570-579, 2018.

KRAMER, P. F. *et al.* Exploring the impact of oral diseases and disorders on quality of life of preschool children. **Community Dent Oral Epidemiol**, Copenhagen, v. 41, n. 4, p. 327-335, Aug. 2013.

LAGE, C. F. *et al.* Association between dental caries experience and sense of coherence among adolescents and mothers. **Int J Paediatr Dent**, Oxford, v. 27, n. 5, p. 412-9, Sept. 2016.

LYRA, M. C. A. *et al.* Association between Sense of Coherence and dental caries experience in adolescents. **Brazilian Research in Pediatric Dentistry and Integrated Clinic**, Pernambuco, v. 15, n. 1, p. 235-241, Aug. 2015.

MARTINS-JÚNIOR, P. A. *et al.* Validations of the Brazilian version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). **Cad Saude Publica**, v.28, n.2, p. 367-74, Feb 2012.

NAIDU, R; NUNN, J.; DONNELLY-SWIFT, E. Oral health-related quality of life and early childhood caries among preschool children in Trinidad. **BMC Oral Health**, London, v. 16, n. 1, p. 128-136, Dec. 2016.

PAKKHESAL, M. *et al.* Impact of dental caries on oral health related quality of life among preschool children: perceptions of parents. **BMC Oral Health**, v. 21, n. 1, p.

1-8, 2021.

PERAZZO, M. F. *et al.* Oral health-related quality of life and sense of coherence regarding the use of dental services by preschool children. **Int J Paediatr Dent**, Oxford, v. 27, n. 5, p. 334-343, Sept. 2017.

PERES, M. A. *et al.* Oral diseases: a global public health challenge. **The Lancet**, v. 394, n. 10194, p. 249-260, 2019.

QIU, R. M. *et al.* Relationship between children's oral health-related behaviors and their caregiver's sense of coherence. **BMC public health**, v. 13, n. 1, p. 1-7, 2013.

SCARPELLI, A. C. *et al.* Oral health-related quality of life among Brazilian preschool children. **Community Dent Oral Epidemiol**, Copenhagen, v. 41, n. 4, p. 336-344, Aug. 2013.

TESCH, F. C.; OLIVEIRA, B. H.; LEÃO, A. Semantic equivalence of the Brazilian version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale. **Cad Saude Publica**, v.24, n.8, p.1897-909, 2008.

VOLLU, A. L. *et al.* Evaluation of Oral Health-Related Quality of Life to Assess Dental Treatment in Preschool Children with Early Childhood Caries: A Preliminary Study. **J Clin Pediatr Dent**, v.42, n.1, p.37-44, Sep 2022.

## ANEXO A – Aprovação do Projeto de Pesquisa



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Senso de coerência: relação com a saúde bucal de crianças na primeira infância atendidas em Instituição de Ensino Superior

**Pesquisador:** Flávia Almeida Ribeiro Scalioni

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 59245022.1.0000.5147

**Instituição Proponente:** FACULDADE DE ODONTOLOGIA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.552.393

#### Apresentação do Projeto:

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

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

#### Objetivo da Pesquisa:

"Objetivo Primário: Avaliar a saúde bucal de crianças com menos de 47 meses de idade por meio de indicadores clínicos e a adaptabilidade dos seus cuidadores frente ao equilíbrio saúde/doença por meio do questionário do Senso de Coerência (SOC)."

"Objetivo Secundário: • Determinar a condição de saúde bucal das crianças por meio de indicadores clínicos de cárie dentária, alterações em tecidos moles, anomalias de desenvolvimento e má oclusão. • Determinar o perfil sociodemográfico das crianças e de sua família. • Identificar entre as condições bucais e as características sociodemográficas avaliadas aquelas associadas ao nível de adaptabilidade frente o equilíbrio saúde/doença dos cuidadores por meio da versão brasileira do SOC".

**Endereço:** JOSE LOURENCO KELMER S/N

**Bairro:** SAO PEDRO

**CEP:** 36.036-900

**UF:** MG

**Município:** JUIZ DE FORA

**Telefone:** (32)2102-3788

**E-mail:** cep.propp@ufjf.br



Continuação do Parecer: 5.552.393

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

"Como se trata de um estudo com prontuários já preenchidos e arquivados, o estudo envolve um risco mínimo. Os riscos estariam associados à identificação dos participantes. No entanto, a equipe da pesquisa garante o sigilo sobre a identificação e as informações referentes às crianças e seus responsáveis, uma vez que serão atribuídos códigos numéricos aos prontuários e aos questionários selecionados. Benefícios: Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre a relação do senso de coerência com a saúde bucal de crianças na primeira infância e poderá auxiliar na avaliação da necessidade da implantação de programas de intervenção e acompanhamento odontológico das crianças atendidas na FO-UFJF, propiciando um aprimoramento da atenção oferecida a elas e sua família".

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional N° 001/2013 CNS.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a, b, d, e, f, g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CEPs. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

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





Continuação do Parecer: 5.552.393

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional N° 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: junho de 2023.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

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

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1958815.pdf	29/07/2022 10:56:42		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Forms.pdf	29/07/2022 10:52:29	Flávia Almeida Ribeiro Scalloni	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_So_riso_sensodecoerencia.docx	29/07/2022 10:52:15	Flávia Almeida Ribeiro Scalloni	Aceito
Declaração de concordância	declaracao_so_riso.pdf	21/07/2022 15:40:31	Flávia Almeida Ribeiro Scalloni	Aceito
Outros	Prontuario_so_riso.pdf	21/07/2022 15:39:34	Flávia Almeida Ribeiro Scalloni	Aceito
Outros	senso_de_coerencia.docx	21/07/2022 15:38:56	Flávia Almeida Ribeiro Scalloni	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoassinada.pdf	01/06/2022 14:18:07	Flávia Almeida Ribeiro Scalloni	Aceito
Outros	abep.docx	01/06/2022 14:17:31	Flávia Almeida Ribeiro Scalloni	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	concordanciaeinfraestrutura.pdf	01/06/2022 14:16:58	Flávia Almeida Ribeiro Scalloni	Aceito

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N

Bairro: SAO PEDRO

CEP: 36.036-900

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)2102-3788

E-mail: cep.propp@ufjf.br



Continuação do Parecer: 5.552.393

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

JUIZ DE FORA, 29 de Julho de 2022

---

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

**Endereço:** JOSE LOURENCO KELMER S/N  
**Bairro:** SAO PEDRO  
**UF:** MG      **Município:** JUIZ DE FORA  
**Telefone:** (32)2102-3788

**CEP:** 36.036-900

**E-mail:** cep.propp@ufjf.br

## ANEXO B – Prontuário Odontológico do Projeto Só-Riso



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



### PRONTUÁRIO ODONTOLÓGICO

#### DADOS PESSOAIS

##### 1. IDENTIFICAÇÃO

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

##### 2. ANAMNESE

###### 2.1 HISTÓRICO MÉDICO

###### A. PRÉ-NATAL:

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

###### B. NATAL:

Parto:  Normal  Cesariana  Fórceps Prematuro?  Sim  Não Quantas semanas? \_\_\_\_\_

Peso ao nascer: \_\_\_\_\_ Intubação ao nascimento?  Sim  Não

Outras complicações: \_\_\_\_\_

Anomalias congênitas: \_\_\_\_\_

###### C. PÓS -NATAL:

Algum problema de saúde?  Sim  Não

Qual? \_\_\_\_\_

Está em tratamento médico?  Sim  Não Por que? \_\_\_\_\_

Faz uso de algum medicamento?  Sim  Não Qual(is)? \_\_\_\_\_

Já esteve hospitalizado?  Sim  Não Quando? \_\_\_\_\_

Por que? \_\_\_\_\_ Por quanto tempo? \_\_\_\_\_

Medicamentos já utilizados: \_\_\_\_\_

Alergia a medicamento ou produto?  Sim  Não Qual(is)? \_\_\_\_\_

Alguma doença inflamatória frequente?  Sim  Não Qual(is)? \_\_\_\_\_

(otite, amigdalite, rinite)

Antecedentes familiares: \_\_\_\_\_

Outras observações importantes: \_\_\_\_\_

**2.2 HISTÓRICO ODONTOLÓGICO**

Queixa Principal: \_\_\_\_\_

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

Quando/Idade? \_\_\_\_\_ Onde? \_\_\_\_\_ Como? \_\_\_\_\_

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

Quando iniciou a higienização bucal? Sem dente \_\_\_\_\_ meses Com dente \_\_\_\_\_ meses

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

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

Juiz de Fora: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do acadêmico

\_\_\_\_\_  
Assinatura do professor

### EXAME FÍSICO

#### ANÁLISE FACIAL

**Assimetria:**  Aceitável  Importante

**Tipo facial:**  Dolico  Meso  Braqui

**Selamento labial:**  Passivo  Ativo  Ausente

**Perfil total:**  Reto  Convexo  Côncavo

#### ANÁLISE FUNCIONAL

**Respiração:**  Predominantemente nasal  Predominantemente bucal

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

#### ANÁLISE DOS TECIDOS MOLES

**Lábio:**  Normal  Alterado

**Freio lingual:**  Normal  Alterado

**Palato:**  Normal  Alterado

**Periodonto:**  Normal  Alterado

**Língua:**  Normal  Alterada

**Freio labial:**  Normal  Alterado

**Amígdalas:**  Normal  Ausente  Hipertrofiada

#### ANÁLISE OCLUSAL

**Decídua:**

**Arco:**  Tipo I  Tipo II  Misto  NA

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

**Plano terminal molares:**  Plano  Degrau mesial  Degrau distal  NA

**Relação de caninos:**  Normal  Méso-oclusão  Disto-oclusão  NA

**Overjet:**  Normal  Topo a topo  Negativo  Acentuado  NA

**Overbite:**  Normal  Topo a topo  Negativo  Acentuado  NA

**Mordida aberta:** Anterior:  Sim \_\_\_\_ mm  Não Posterior:  Direita  Esquerda  NA

**Mordida profunda:**  Sim \_\_\_\_ mm  Não  NA

**Mordida cruzada:** Anterior:  Sim  Não  Dentária  Funcional  Esquelética  NA

Posterior:  Direita  Esquerda  Dentária  Funcional  Esquelética  NA

#### OBSERVAÇÕES

---



---



---



---



---



---

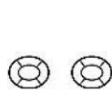
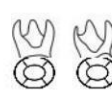
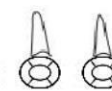

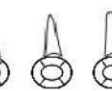
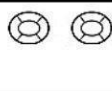
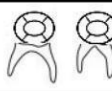
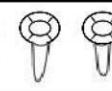
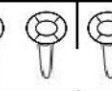
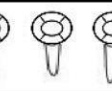


---



---

**ODONTOGRAMA**

17	16	.....5	.....4	.....3	.....2	.....1	.....1	.....2	.....3	.....4	.....5	26	27		
															
															
47	46	.....5	.....4	.....3	.....2	.....1	.....1	.....2	.....3	.....4	.....5	36	37		

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

**PLANO DE TRATAMENTO**

---

---

---

---

---

---

---

---





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



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

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

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

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

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

Luis Pilli (Coordenador) - LARC Pesquisa de Marketing

Bianca Ambrósio - Kantar

Bruna Suzzara – IBOPE Inteligência

Luciano Pontes – Kantar IBOPE Media

Marcelo Alves - Nielsen

Margareth Reis – GFK

Paula Yamakawa – IBOPE Inteligência

Renata Nunes - Data Folha

Sandra Mazzo - IPSOS

Sidney Fernandes - Kantar IBOPE Media

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



## **SISTEMA DE PONTOS**

### **Variáveis**

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

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

Escolaridade da pessoa de referência	
Analfabeto / Fundamental I incompleto	0
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	1
Fundamental II completo / Médio incompleto	2
Médio completo / Superior incompleto	4
Superior completo	7

Serviços públicos		
	Não	Sím
Água encanada	0	4
Rua pavimentada	0	2

### **Distribuição das classes**

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

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

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

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

#### Cortes do Critério Brasil

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

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

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

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

## **PROCEDIMENTO NA COLETA DOS ITENS**

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

Para aparelhos domésticos em geral:

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

### **Banheiro**

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

### **Empregados Domésticos**

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

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

### **Automóvel**

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

### **Microcomputador**

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

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

### **Lava-Louça**

Considere a máquina com função de lavar as louças.

### **Geladeira e Freezer**

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

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

### **Lava-Roupa**

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

### **DVD**

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

### **Micro-ondas**

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

### **Motocicleta**

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

### **Secadora de roupas**

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

**Modelo de Questionário sugerido para aplicação**

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

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

**Vamos começar? No domicílio tem \_\_\_\_\_ (LEIA CADA ITEM)**

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

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

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

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

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

### **OBSERVAÇÕES IMPORTANTES**

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

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

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

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

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



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

Questionário B-ECOHS:

Nome do Responsável: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Nome da Criança: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Problemas com dentes, boca ou maxilares (ossos da boca) e seus tratamentos podem afetar o bem-estar e a vida diária das crianças e suas famílias. Para cada uma das seguintes questões perguntadas pelo entrevistador, por favor, indique a resposta que melhor descreve as experiências da sua criança ou a sua própria. Considere toda vida da sua criança, desde o nascimento até agora, quando responder cada pergunta**

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

## ANEXO E – Senso de Coerência

### UFJF – Faculdade de Odontologia - Projeto Só-Riso – Atenção Materno Infantil

Nome: \_\_\_\_\_  
 Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
 Nome do responsável: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_  
 Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### QUESTIONÁRIO – Senso de Coerência

As perguntas a seguir são muito importantes, pois falam de você, suas **ideias e sentimentos**, o que é muito importante neste estudo. Peço que respondam com carinho e atenção, marcando apenas uma resposta para cada pergunta. Marque com um X a opção que melhor expresse a sua maneira de pensar e sentir em relação ao que está sendo falado. Não existem respostas certas ou erradas para nenhuma delas.

	Um enorme sofrimento e aborrecimento	Um sofrimento e aborrecimento	Nem aborrecimento nem satisfação	Um prazer e satisfação	Um enorme prazer e satisfação	
1. Aquilo que você faz diariamente é:						
	Sem nenhum objetivo	Com poucos objetivos	Com alguns objetivos	Com muitos objetivos	Repleta de objetivos	
2. Até hoje a sua vida tem sido:						
		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
3. Você tem interesse pelo que se passa ao seu redor?						
4. Você acha que você é tratado com injustiça?						
5. Você tem ideias e sentimentos confusos?						
6. Você acha que as coisas que você faz na sua vida têm pouco sentido?						
7. Já lhe aconteceu ter ficado desapontado com pessoas em quem você confiava?						
8. Você tem sentimentos que gostaria de não ter?						
9. Você tem dúvida se pode controlar seus sentimentos?						
10. Já lhe aconteceu de ficar surpreendido com o comportamento de pessoas que você achava que conhecia bem?						
11. Em algumas situações, as pessoas sentem-se fracassadas. Você já se sentiu fracassada?						
12. Você sente que está numa situação pouco comum, e sem saber o que fazer?						
		Totalmente errada	Errada	Nem correta e nem errada	Correta	Totalmente correta
13. As vezes acontecem coisas na vida da gente que depois achamos que não demos a devida importância. Quando alguma coisa acontece na sua vida, você acaba achando que deu a importância:						