

Dino Lopes de Almeida

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À
SAÚDE BUCAL DE CRIANÇAS COM BRUXISMO NO
MUNICÍPIO DE PORTO VELHO - RO**

Araçatuba

2016

Dino Lopes de Almeida

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA
À SAÚDE BUCAL DE CRIANÇAS COM BRUXISMO NO
MUNICÍPIO DE PORTO VELHO - RO**

Tese apresentada à Faculdade de Odontologia de Araçatuba da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - UNESP, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Ciência Odontológica, Área de Concentração: Saúde Bucal da Criança.

Orientador: Prof. Tit. Célio Percinoto

Araçatuba

2016

Catálogo-na-Publicação

Diretoria Técnica de Biblioteca e Documentação – FOA / UNESP

Almeida, Dino Lopes de.

A447a Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças com bruxismo no município de Porto Velho – RO / Dino Lopes de Almeida. - Araçatuba, 2016
50 f. ; tab.

Tese (Doutorado) – Universidade Estadual Paulista,
Faculdade de Odontologia de Araçatuba
Orientador: Prof. Célio Percinoto

1. Criança 2. Bruxismo do sono 3. Qualidade de vida
4. Saúde bucal 5. Pais I. Título

Black D27
CDD 617.645

DEDICATÓRIA

A Deus, pela sua imensa graça e fidelidade que me permitiram chegar até aqui e por todas as bênçãos recebidas, sejam dadas toda honra e toda glória.

Aos meus pais, Osvaldo Soares de Almeida e Rozilda Lopes de Oliveira Almeida pelo amor, apoio, orações e por não medirem esforços para realização dos meus sonhos.

Aos meus irmãos, Dafny Lopes de Almeida e Nixon Lopes de Almeida pelo amor, amizade e o apoio.

A minha namorada, Géssika Priscyla de Brito Silva pelo amor, pela amizade, pela paciência, pela compreensão, pela intercessão e pelo apoio.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Prof. Dr. Célio Percinoto, por todos os ensinamentos recebidos, por acreditar no meu trabalho e pela disponibilidade em me orientar, sou eternamente agradecido.

Ao prof. Dr. Juliano Pelim Pessan, pelas sugestões de correção da minha tese, pela generosidade enquanto pessoa e a disponibilidade em ajudar, muito obrigado.

Ao Programa de Pós-graduação em Ciência Odontológica da Faculdade de Odontologia de Araçatuba (FOA-UNESP), pela oportunidade de estudar em uma instituição tão séria e comprometida com a ciência.

A todos os professores do Programa de Pós-graduação em Ciência Odontológica do DINTER pelos ensinamentos recebidos: Prof. Célio Percinoto, Prof. Juliano Pelim Pessan, Prof. Luciano Tavares Angelo Cintra, Prof. Alberto Carlos Botazzo Delbem, Prof. Robson Frederico Cunha, Prof. Eloi Dezan Junior, Prof^a. Débora Barros Barbosa, Prof^a. Mirela Sanae Shinohara, Prof João Eduardo Gomes Filho, Prof^a. Denise Pedrini, Profa. Lucianne Cople Maia de Faria e prof. Heitor Marques Honório.

Ao Prof. Dr. Saul Martins Paiva, da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), pelos conhecimentos compartilhados sobre o assunto qualidade de vida.

Ao Centrou Universitário São Lucas (UNISL) pela oportunidade de crescimento profissional, por meio da Dra. Eliza Aguiar, Dra. Eloá Gazola, Dr Jaime Gazola e Dr Ricardo Pianta, responsáveis pelo intercâmbio do Doutorado Interinstitucional (DINTER).

Aos voluntários dessa pesquisa por acreditarem no meu trabalho e a seus responsáveis, por permitirem a participação dos seus filhos e pela paciência para responder aos questionários.

A minha querida amiga Ana Giselle Aguiar Dias, por me ajudar na elaboração do meu projeto de pesquisa do doutorado, pelo apoio e incentivo.

A todos os meus colegas de profissão do Centro Universitário São Lucas – UNISL e da Pós-graduação Ciodonto de Porto Velho/RO que me incentivarem a participar desse programa de pós-graduação.

As minhas coordenadoras do Centro Universitário São Lucas-UNISL, Prof.^a. Iracema Corrêa do Amaral Ribeiro e prof.^a. Flávia Gabriela Rosa pelo apoio e compreensão durante as minhas ausências para o doutorado.

A minha amiga Rosário de Fátima Melo Borges, pelo apoio, pelo incentivo e por todas as orações em meu favor.

Aos meus familiares, amigos e alunos pelo carinho e pela compreensão durante as minhas ausências.

Aos meus colegas da pós-graduação: Ana Giselle, Gustav, Isabel, Jaime, Kátia, Luna, Maria Rosa, Paulo, Rainier e Rui pela parceria, amizade e por toda ajuda.

A minha colega Chaiana Piovesan, por me ajudar na minha análise estatística e pela troca de experiências sobre o assunto de qualidade de vida.

Aos funcionários da Seção de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP, Valéria Queiroz Marcondes Zagatto, Cristiane Regina Lui Mattos e Liliam Sayuri Mada pelo excelente trabalho e atenção prestada.

E a todos aqueles que, direta ou indiretamente, participaram ou influenciaram na realização desse trabalho e que não foram citados.

“Suba o primeiro degrau com fé. Não é necessário que você veja toda a escada. Apenas dê o primeiro passo.”

Marthin Luther King

Almeida DL. Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal de crianças com bruxismo no município de Porto Velho – RO [tese]. Araçatuba: Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista; 2016.

RESUMO

Proposição: Investigar o impacto do bruxismo do sono com a qualidade de vida de crianças de 3 a 5 anos. *Métodos:* Crianças (n = 75) foram divididas em grupos com bruxismo noturno (n = 33) e aqueles sem o distúrbio (n = 42). Os dados sociodemográficos e os hábitos parafuncionais foram coletados por um questionário estruturado, a qualidade de vida por uma Escala de Impacto sobre a Saúde bucal na Primeira Infância (*Early Childhood Oral Health Impact Scale - ECOHIS*), aplicada a pais/cuidadores das crianças. Foram realizadas as análises de Regressão de Poisson univariadas com variância robusta, para entrada no modelo final com nível de significância de até 20%. Para variável no modelo final foi considerado um nível de significância de 5%, com intervalos de confiança 95%. Os valores de p foram calculados pelo teste de Wald. *Resultados:* As variáveis “renda” e “chupar chupeta” revelaram associação com o bruxismo. Os escores totais do ECOHIS não foram variáveis significativas ($p > 0,05$). *Conclusão:* Concluiu-se que a renda familiar e o uso de chupetas foram significativamente associados com o bruxismo noturno em crianças. O bruxismo noturno não revelou impacto na saúde bucal relacionada com a qualidade de vida das crianças.

Palavras-chaves: Criança. Bruxismo do sono. Qualidade de vida. Saúde bucal, Pais.

Almeida DL. Evaluation of oral health related quality of life with sleep bruxism in children from Porto Velho – RO [thesis]. Araçatuba: UNESP – Sao Paulo State University; 2016.

ABSTRACT

Proposition: To investigate the impact of sleep bruxism on the quality of life of children aged 3 to 5 years. *Methods:* Children (n = 75) were divided into groups with nocturnal bruxism (n = 33) and those without the disorder (n = 42). The sociodemographic data and the parafunctional habits were collected by a structured questionnaire, the quality of life by an Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS), applied to parents / caregivers of the children. Univariate Poisson Regression analyzes were performed with robust variance, for input in the final model with a level of significance of up to 20%. For the variable in the final model, a significance level of 5% was considered, with 95% confidence intervals. The p values were calculated by the Wald test. *Results:* The variables "income" and "pacifier sucking" revealed an association with bruxism. Total ECOHIS scores were not significant (p> 0.05). *Conclusion:* It was concluded that family income and pacifier use were significantly associated with nocturnal bruxism in children. The nocturnal bruxism revealed no impact on oral health related to children's quality of life.

Keywords: Child, Sleep bruxism, Quality of life, Oral health, Parents.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Análise univariada para associação das variáveis demográficas, socioeconômicas e a prevalência de bruxismo. .. **Erro! Indicador não definido.**

Tabela 2 - Análise univariada para associação de variáveis relacionadas à criança e a prevalência de bruxismo. **Erro! Indicador não definido.**

Tabela 3 - Análise univariada para associação de variáveis demográficas e socioeconômicas em relação aos escores totais do ECOHIS..... 19

SUMÁRIO

| | |
|---------------------------|----|
| Resumo | 8 |
| Abstract | 9 |
| Introdução | 13 |
| Materiais e Métodos | 16 |
| Resultados | 19 |
| Discussão | 22 |
| Referências | 27 |
| Anexos | 31 |

Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças com bruxismo no município de Porto Velho - RO ¹

Dino Lopes de Almeida¹, Célio Percinoto¹

¹ Department of Pediatric Dentistry and Public Health, Araçatuba Dental School, Univ. Estadual Paulista (UNESP), Araçatuba, SP, Brazil.

Short title: Sleep bruxism in children and quality of life.

Keywords: Child, Sleep bruxism, Quality of life, Oral health, Parents.

***Corresponding author:**

Célio Percinoto

São Paulo State University (Unesp), School of Dentistry, Araçatuba,

Department of Pediatric Dentistry and Public health

Rua José Bonifácio, 1193

16015-050 Araçatuba- SP- Brazil

Tel: (+55) 18 3636 3316

Fax: (+55) 18 3636 3332

Email: percinoto@foa.unesp.br

Artigo formatado e acordo com as instruções aos autores do periódico Pediatric Dentistry (Anexo A).

Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças com bruxismo no município de Porto Velho - RO

Proposição: Investigar o impacto do bruxismo do sono com a qualidade de vida de crianças de 3 a 5 anos. *Métodos:* Crianças (n = 75) foram divididas em grupos com bruxismo noturno (n = 33) e aqueles sem o distúrbio (n = 42). Os dados sociodemográficos e os hábitos parafuncionais foram coletados por um questionário estruturado, a qualidade de vida por uma Escala de Impacto sobre a Saúde bucal na Primeira Infância (*Early Childhood Oral Health Impact Scale - ECOHIS*), aplicada a pais/cuidadores das crianças. Foram realizadas as análises de Regressão de Poisson univariadas com variância robusta, para entrada no modelo final com nível de significância de até 20%. Para variável no modelo final foi considerado um nível de significância de 5%, com intervalos de confiança 95%. Os valores de p foram calculados pelo teste de Wald. *Resultados:* As variáveis “renda” e “chupar chupeta” revelaram associação com o bruxismo. Os escores totais do ECOHIS não foram variáveis significativas ($p > 0,05$). *Conclusão:* Concluiu-se que a renda familiar e o uso de chupetas foram significativamente associados com o bruxismo noturno em crianças. O bruxismo noturno não revelou impacto na saúde bucal relacionada com a qualidade de vida das crianças.

PALAVRAS-CHAVES: Criança. Bruxismo do sono. Qualidade de vida. Saúde bucal, Pais.

Introdução

O bruxismo é uma atividade parafuncional da musculatura mastigatória que consiste no hábito de apertar ou ranger os dentes. Possui duas manifestações distintas, denominada de bruxismo do sono quando ocorre durante o período noturno e bruxismo em vigília que acontece quando a pessoa está acordada, e de forma muitas vezes involuntária realiza apertamento com os dentes¹. Sua etiologia ainda não está bem definida², embora muitos estudos têm destacado que essa condição pode estar associada com fatores oclusais, psicológicos e ambientais^{3, 4}.

De forma geral, algumas alterações bucais como a cárie, os traumas dentários, as alterações na estrutura do esmalte^{5, 6} e a sobressaliência maxilar podem ter impacto negativo na qualidade de vida das crianças e seus pais⁷. As anormalidades na saúde bucal das crianças causam efeitos físicos e psicológicos e influenciam no crescimento, no lazer, na fonação, na mastigação, no ato de saborear a comida e de se socializar. Desta forma, a qualidade de vida compreende uma representação multidimensional e subjetiva da sensação de bem-estar envolvendo diversas esferas interligadas de questões físicas, familiares e ambientais^{8, 9, 10} que estão intimamente relacionadas com as relações humanas que permeiam a sociedade moderna.

Recentemente, tanto os profissionais quanto os pacientes têm argumentado sobre a necessidade de incluir indicadores subjetivos junto aos indicadores clínicos das doenças. Esses resultados visam medir os indicadores da qualidade de vida em vários domínios relacionando com as questões funcionais, físicas, emocionais e sociais. Eles têm sido desenvolvidos e testados em diferentes populações, a fim de se estruturar de maneira mais concreta a relação entre medidas subjetivas e objetivas da saúde, colaborando para uma estimativa mais clara da necessidade da população^{7, 11-13}.

Uma revisão sistemática recente encontrou associação significativa entre o bruxismo do sono e os fatores psicossociais em crianças a partir dos 6 anos de idade e em adolescentes, embora tal associação não tenha sido observada em menores de 5 anos de idade¹⁴, isso se deve ao fato de poucos estudos realizados nessa faixa etária.

Assim, como o bruxismo em crianças é um assunto atual e importante o objetivo do presente estudo foi avaliar o impacto do bruxismo sono relacionado com a qualidade de vida de crianças entre 3 a 5 anos atendidas na clínica odontológica do Centro Universitário São Lucas - UNISL, na cidade de Porto Velho, RO, Brasil.

Materiais e métodos

A pesquisa foi previamente aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP (processo número: 44073414.1.0000.5420) (Anexo B).

Foram recrutados como voluntários setenta e cinco crianças de 3 a 5 anos de ambos os sexos que procuravam atendimento de Odontopediatria do Centro Universitário São Lucas, no município de Porto Velho – RO, e que aceitaram participar da pesquisa e cujos pais ou responsáveis consentiram em sua participação. Na seleção dos participantes, não houve predileção por uma idade, sexo ou grupo étnico específico. Os objetivos do estudo foram minuciosamente explicados aos responsáveis a partir da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo C) respeitando a resolução atual do CEP 466/12.

Todos os pais / responsáveis foram entrevistados por um dentista pediátrico utilizando um único questionário estruturado com perguntas qualitativas (sim ou não) e quantitativas (sempre, às vezes, quase nunca) referentes ao comportamento e presença de hábitos parafuncionais (onicofagia, uso de mamadeiras, sucção digital e uso de chupeta)⁷.

O diagnóstico de bruxismo do sono foi realizado utilizando a classificação da American Academy of Sleep Medicine (AASM): os pais relataram episódios de ranger de dentes durante a noite, ausência de problemas médico, distúrbios mentais (epilepsia relacionada com o sono, movimento agitado durante o sono) e ausência de outros distúrbios relacionados ao sono (Síndrome de apnéia obstrutiva do sono).

Os pais / responsáveis foram entrevistados e convidados a preencher um formulário contendo informações sociodemográficas: idade, etnia, escolaridade dos pais, renda familiar (categorizado com base no salário mínimo no Brasil - um salário mínimo correspondendo a R\$ 880,00 à época do estudo), traços que remetem ansiedade, hábitos parafuncionais (Anexo D).

O impacto das condições bucais na autopercepção da qualidade de vida das crianças foi mensurado pela escala de Impacto sobre a Saúde bucal

na Primeira Infância (*Early Childhood Oral Health Impact Scale* - ECOHIS) (Anexo E), que consiste de 13 questões dentre as quais nove avaliam o impacto dos problemas bucais sobre a criança (subescala da criança) e quatro o impacto dos problemas bucais da criança sobre a sua família (subescala da família)¹⁵ foi aplicado a todas as crianças participantes da pesquisa.

Pontuação e análise de ECOHIS para avaliações de validade e confiabilidade

Devido à natureza infrequente dos problemas de saúde bucal e à idade jovem das crianças, o pai/responsável foi convidado a considerar a vida inteira da criança ao responder às perguntas. As categorias de respostas para o ECOHIS foram codificadas: 0 = nunca; 1 = quase nunca; 2 = ocasionalmente; 3 = muitas vezes; 4 = muito frequentemente; 5 = não sei. As pontuações de ECOHIS foram calculadas como uma simples soma dos códigos de resposta para as seções da criança e da família separadamente. Após recodificação de todas as respostas "Não sei" para ausência, aqueles com até duas respostas ausentes na seção da criança, ou um ausente na seção da família foi atribuída uma média dos artigos restantes para cada seção. Utilizando este critério é possível que um inquirido seja incluído na amostra analítica para uma, mas não para a outra seção do ECOHIS. Os pais com respostas em falta para mais de dois itens filho e um item familiar foram excluídos da análise. A pontuação para as seções de criança e família tem um intervalo possível de 0 a 36 e de 0 a 16, respectivamente. Além disso, foi avaliamos a frequência de desaparecidos e "Não sei" respostas aos 13 itens.

Análise estatística

A análise dos dados foi realizada no programa Stata 12.0 (Stata Corp LP, College Station, USA). Inicialmente foi realizada a análise descritiva dos dados. Nesta etapa, foram calculados o número total e porcentagem das variáveis envolvidas no estudo. Após, foi calculada a média e o desvio padrão das variáveis contínuas (idade e renda). Foram também verificadas a

quantidade e porcentagem de crianças que apresentaram ou não o bruxismo de acordo com as seguintes variáveis: sexo, idade, cor da pele, escolaridade paterna e materna, emprego materno e paterno, renda, ansiedade da criança e hábitos parafuncionais (onicofagia, uso de mamadeira, sucção digital, uso da chupeta).

Para avaliação da associação de variáveis independentes (características demográficas, socioeconômicas e características das crianças), a presença ou ausência de bruxismo foram realizada a regressão de Poisson que é uma análise estatística de regressão usada para modelar contagem de dados e tabelas que são usadas para registrar observações independentes de duas ou mais variáveis aleatórias, normalmente qualitativas.

Inicialmente foram realizadas as análises de Regressão de Poisson univariadas com variância robusta. Nessas análises, foram calculados os valores da razão de prevalência, com os respectivos intervalos de confiança a 95% (95% IC). Os valores de p foram também calculados pelo teste de Wald. Após as análises univariadas, foram realizadas as análises múltiplas de regressão de Poisson. Para entrada no modelo final, foram testadas as variáveis com nível de significância de até 20% na análise univariada. Já para a retenção da variável no modelo final, foi considerado um nível de significância de 5%.

Resultados

Quarenta e dois (56%) dos participantes do sexo masculino e trinta e três (44%) do sexo feminino, 52,7% de raça não-branca, a maioria das mães (66,2%) desempregadas e (79,2%) dos pais empregados. 62,2% das mães e 53,1% dos pais estudaram mais de 8 anos. A renda familiar foi R\$1.756,66 (DP=1267,03). Trinta e três crianças (44,4%) rangem os dentes, cinquenta e seis (75,7%) possuem traços de ansiedade segundo os pais.

Tabela 1 - Análise univariada para associação das variáveis demográficas, socioeconômicas e a prevalência de bruxismo. Regressão de Poisson.

| | Bruxismo Ausente (%) | Bruxismo Presente (%) | Total (%) | RP (95% IC) | Valor p |
|-----------------------------|---------------------------------|-------------------------------|--------------------|--------------------|----------------|
| Sexo | | | | | 0,809 |
| Meninos | 23 (54,7) | 19 (45,2) | 42 (100) | 1,00 | |
| Meninas | 19 (57,5) | 14 (42,4) | 33 (100) | 0,93 (0,55 - 1,58) | |
| Idade (anos) | | | | | 0,537 |
| 3 | 9 (69,2) | 4 (30,7) | 13 (100) | 1,00 | |
| 4 | 16 (57,1) | 12 (42,8) | 28 (100) | 1,39 (0,55 - 3,51) | |
| 5 | 17 (50) | 17 (50) | 34 (100) | 0,62 (0,66 - 3,94) | |
| Cor da Pele | | | | | 0,950 |
| Branca | 20 (57,1) | 15 (42,8) | 35 (100) | 1,00 | |
| Não Branca | 22 (56,4) | 17 (43,5) | 39 (100) | 1,01 (0,60 - 1,72) | |
| Trabalho materno | | | | | 0,260 |
| Empregada | 11 (45,8) | 13 (54,1) | 24 (100) | 1,00 | |
| Desempregada | 28 (59,5) | 19 (40,4) | 47 (100) | 0,74 (0,44 - 1,24) | |
| Trabalho Paterno | | | | | 0,205 |
| Empregado | 30 (52,6) | 27 (47,3) | 57 (100) | 1,00 | |
| Desempregado | 11 (73,3) | 4 (26,6) | 15 (100) | 0,56 (0,23 - 1,36) | |
| Escolaridade Materna | | | | | 0,119 |
| > 8 anos | 22 (47,8) | 24 (52,1) | 46 (100) | 1,00 | |
| ≤ 8 anos | 19 (67,8) | 9 (32,1) | 28 (100) | 0,61 (0,33 - 1,13) | |
| Escolaridade Paterna | | | | | 0,267 |
| > 8 anos | 19 (51,3) | 18 (48,6) | 37 (100) | 1,00 | |
| ≤ 8 anos | 22 (64,7) | 12 (35,2) | 34 (100) | 0,72 (0,41 - 1,27) | |
| | Bruxismo Ausente (Média) | Bruxismo Presente (DP) | | | |
| Renda Familiar ** | 1550,28 | 1989,67 | 1,00 (1,00 - 1,00) | 0,029 | |
| | 907,70 | 1561,65 | | | |

Fonte: Elaborado pelo Autor

A tabela 2 mostra a análise univariada para associação entre as variáveis relacionadas à criança e a prevalência de bruxismo pela regressão de Poisson com intervalo de confiança de 95%. Entre os hábitos realizados pela criança, o uso de chupeta foi o único que revelou associação significativa, apresentando 2,3 vezes mais chance de desenvolver bruxismo ($p < 0,001$) em relação a crianças que não faziam uso da chupeta.

Tabela 2 - Análise univariada para associação de variáveis relacionadas à criança e a prevalência de bruxismo. Regressão de Poisson

| | Bruxismo Ausente (%) | Bruxismo Presente (%) | Total (%) | RP (95% IC) | Valor p |
|------------------------|-----------------------------|------------------------------|------------------|--------------------|----------------|
| Criança ansiosa | | | | | 0,310 |
| Não | 12 (66,6) | 6 (33,3) | 18 (100) | 1,00 | |
| Sim | 29 (51,7) | 27 (48,2) | 56 (100) | 1,44 (0,70-2,94) | |
| Onicofagia | | | | | 0,577 |
| Não | 24 (53,3) | 21 (46,6) | 45 (100) | 1,00 | |
| Sim | 18 (60,0) | 12 (40,0) | 30 (100) | 0,85 (0,49-1,47) | |
| Usa Mamadeira | | | | | 0,706 |
| Não | 38 (56,7) | 29 (43,2) | 67 (100) | 1,00 | |
| Sim | 4 (50,0) | 4 (50,0) | 8 (100) | 1,15 (0,54-2,44) | |
| Chupa o dedo | | | | | |
| Não | 40 (54,7) | 33 (45,2) | 73 (100) | 1,00 | |
| Sim | 2 (100) | 0 (0) | 2 (100) | - | |
| Usa Chupeta | | | | | <0,001 |
| Não | 42 (56,76) | 32 (43,2) | 74 (100) | 1,00 | |
| Sim | 0 (0,0) | 1 (100,0) | 1 (100) | 2,31 (1,77-3,00) | |

Fonte: Elaborado pelo Autor

A tabela 3 apresenta os valores da análise univariada para associação de variáveis demográficas, socioeconômicas em relação aos escores totais do ECOHIS com a regressão de Poisson.

Tabela 3 - Análise univariada para associação de variáveis demográficas e socioeconômicas em relação aos escores totais do ECOHIS. Regressão de Poisson.

| Variáveis | RR (95% IC) | Valor do p * |
|-----------------------------|--------------------|---------------------|
| Sexo | | 0,269 |
| Masculino | 1,00 | |
| Feminino | 1,21 (0,86-1,71) | |
| Raça | | 0,323 |
| Branca | 1,00 | |
| Não Branca | 0,84 (0,60 – 1,18) | |
| Trabalho materno | | 0,251 |
| Empregada | 1,00 | |
| Desempregada | 0,80 (0,56 - 1,16) | |
| Trabalho Paterno | | 0,593 |
| Empregado | 1,00 | |
| Desempregado | 1,10 (0,76 – 1,58) | |
| Escolaridade Materna | | 0,455 |
| > 8 anos | 1,00 | |
| ≤ 8 anos | 1,13 (0,80 – 1,60) | |
| Escolaridade Paterna | | 0,735 |
| > 8 anos | 1,00 | |
| ≤ 8 anos | 1,06 (0,74 – 1,50) | |
| Idade** | 0,88 (0,75 – 1,04) | 0,158 |
| Renda Familiar** | 0,99 (0,99 – 1,00) | 0,323 |

Fonte: Elaborado pelo Autor

Discussão

Atualmente existem três formas de diagnóstico do bruxismo do sono (BS) em crianças¹⁶: o relato dos pais ou responsáveis que é o método mais confiável para o diagnóstico, o autorrelato da pessoa e o exame de polissonografia que é considerada o padrão-ouro para o diagnóstico do bruxismo do sono¹⁷.

Estudos relatam que as crianças menores de 6 anos de idade são incapazes de recordar com precisão todos os eventos todos os dias e eventos únicos além de 24 horas, dessa forma os pais têm papel importante no relato das condições dos seus filhos¹⁵. Entretanto, a desvantagem do diagnóstico do bruxismo pelo método de relato dos pais ou responsáveis é que a maioria das crianças podem não dormir em proximidade com seus pais¹⁸, e dessa forma subestimar o relato desta condição parafuncional¹⁹.

A polissonografia também apresenta algumas limitações, uma vez que requer a hospitalização das crianças para a realização do exame e o acompanhamento dos pais ou responsáveis durante a investigação, o que pode ser acarretar estresse tanto para as crianças quanto para os seus pais¹. Além disso, o diagnóstico do bruxismo com o uso da polissonografia em amostras grandes é inviável devido ao elevado custo do exame²⁰.

O presente estudo utilizou como critérios o diagnóstico clínico e o relato dos pais para avaliar a presença do bruxismo noturno nas crianças²¹, a prevalência encontrada do bruxismo do sono no presente estudo foi de 44,4%. Por outro lado, uma amostra com crianças de 3 a 5 anos de idade encontrou uma prevalência de 14% dos participantes com esse transtorno, esse resultado pode ter sido subestimado devido ao fato de que o diagnóstico foi baseado em entrevistas realizadas com os pais²². Entretanto, o bruxismo do sono relatado pelos pais em uma pesquisa com crianças de 2 a 4 anos de idade foi de 18,5%²³, em crianças com idade média de 4,37 anos foi encontrado 15,29% com o distúrbio²⁴, e a prevalência de 35,3% do bruxismo do sono sem diferença significativa entre os sexos²⁵.

Segundo uma revisão sistemática a prevalência do bruxismo do sono em crianças menores de 12 anos pode variar de 3,5% a 40% reduzindo com a idade e sem diferenças entre os sexos²⁶. Por outro lado, um estudo

sobre o diagnóstico de bruxismo do sono em crianças de 3 a 6 anos não encontrou associação significativa entre sexo e idade²¹, por outro lado, a prevalência do bruxismo do sono diminui com a idade e em ambos os sexos, e que os meninos são mais predispostos a desenvolver distúrbios do sono²⁷.

A qualidade de vida e a condição sociodemográfica estabelecem um tripé de fatores que interagem mutuamente e podem influenciar a psicologia de uma pessoa, que por sua vez pode estar relacionada com o bruxismo do sono e seus fatores, e merecem ser explorados mais a fundo²⁸.

No presente estudo 75,6% das crianças foram consideradas ansiosos pelos pais segundos os traços que remetem a ansiedade, esse transtorno pode ocorrer na faixa etária entre os 3 e 6 anos de idade, pois nessa fase as crianças iniciam o processo de socialização¹⁶. Embora, o bruxismo em crianças de 5 a 6 anos de idade possa ser encarado como um hábito parafuncional considerado comum durante a infância²⁹.

Os altos níveis de estresse e o elevado grau de responsabilidade imposto pelo pais ou responsáveis entre as crianças também se constituem fatores fundamentais para o desenvolvimento da hábito de ranger de dentes³⁰, o estresse é considerado um gatilho significativo na parafunção²⁶. Além disso, a característica da família e o comportamento social também podem afetar o desenvolvimento emocional das crianças³¹ e os traços de personalidade^{25, 32}. Uma revisão sistemática que avaliou a associação entre o bruxismo do sono e os fatores psicossociais não encontrou evidência que sustentasse essa associação em crianças menores de 5 anos de idade¹⁴.

O uso de chupeta pelas crianças com bruxismo do sono neste trabalho evidenciou um possível risco de 2,3% de chance, para o desenvolvimento do bruxismo do sono. Embora esse achado não represente uma verdade absoluta, o hábito de morder objetos tem apontado para uma associação significativa da ocorrência do bruxismo do sono^{22, 33, 34}, e que a presença do hábito de sucção é um fator preditivo para esse transtorno do sono durante a infância².

A renda familiar do estudo revelou associação significativa com o bruxismo do sono nas crianças. A qualidade de vida tem relação com a saúde bucal do indivíduo e pode ser influenciada pelas condições socioeconômicas e

pelo estado clínico odontológico⁷. O status econômico mais elevado da família tem associação com o bruxismo do sono em crianças, sugerindo que as crianças de classes sociais mais altas são mais sensíveis a manifestação de problemas emocionais, outra hipótese é que as crianças das camadas sociais altas raramente estão sob o cuidado dos seus pais sugerindo carência afetiva²⁸.

O questionário *Early Childhood Oral Health Impact Scale* (ECOHIS) foi planejado para ser usado em pesquisas epidemiológicas que avaliem o impacto das doenças bucais e seu tratamento em crianças^{35, 36, 15}. O questionário considera as experiências relacionadas à saúde bucal da vida da criança nas perguntas que são direcionadas aos responsáveis^{13, 37}. Os escores do ECOHIS nessa pesquisa não mostraram impacto na qualidade de vida das crianças com bruxismo.

O ECOHIS desempenha um papel importante nos estudos comparativos de qualidade de vida relacionada com a saúde bucal em crianças³⁸. No entanto, os achados dessa escala indicam que esta medida não é suficiente para o uso na prática clínica, o que pode explicar a falta de um impacto negativo para medir diferentes tipos de má oclusão em qualidade de vida³⁹. Dessa forma, os escores das crianças com bruxismo do sono seriam semelhantes aos das crianças sem o transtorno do sono³.

De modo geral, o bruxismo do sono parece não ter causado impacto na qualidade de vida relacionada a saúde bucal dos participantes dessa pesquisa. Acredita-se também que os pais podem subnotificar os registros das crianças com bruxismo, sugerindo a necessidade de melhorar a compreensão dos pais sobre os sinais e sintomas da parafunção⁴⁰. É importante ressaltar que nem todos os pacientes com bruxismo do sono têm concomitantemente desgastes dentários severos, sensibilidade ou dor facial ou craniofacial articular. Colocando em questionamento a confiabilidade da avaliação baseada no relato dos pais e no preenchimento do questionário para a população adulta⁴¹.

O presente estudo tem como limitação as respostas da frequência do hábito do bruxismo do sono no questionário que podem estar sujeitas a viés de informação. A subnotificação do bruxismo que pode ocorrer quando os pais /

responsáveis não têm conhecimento desse hábito em seus filhos. Além disso, uma limitação do estudo pode ter sido decorrente da quantidade de crianças que participaram do estudo.

Conclusão

O bruxismo do sono não revelou impacto negativo na qualidade de vida das crianças. Embora, a renda familiar mais elevada tenha apresentado um resultado mais significativo para o desenvolvimento da parafunção. O uso de chupeta parece ter revelado um discreto fator de risco, embora, sejam necessários mais estudos para aprofundar as respostas para esse achado no bruxismo do sono.

Referências

1. Lobbezoo F, Ahlberg J, Glaros AG, et al. Bruxism defined and graded: an international consensus. *J Oral Rehabil* 2013;40(1):2-4.
2. Miamoto CB, Pereira LJ, Ramos-Jorge ML, Marques LS. Prevalence and predictive factors of sleep bruxism in children with and without cognitive impairment. *Braz Oral Res* 2011;25(5):439-45.
3. Castelo PM, Barbosa TS, Gaviao MB. Quality of life evaluation of children with sleep bruxism. *BMC Oral Health* 2010;10:16.
4. Simoes-Zenari M, Bitar ML. Factors associated to bruxism in children from 4-6 years. *Pro Fono* 2010;22(4):465-72.
5. Abanto J, Paiva SM, Raggio DP, et al. The impact of dental caries and trauma in children on family quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol* 2012;40(4):323-31.
6. Abanto J, Tsakos G, Paiva SM, 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* 2014;42(5):385-94.
7. Piovesan C, Antunes JL, 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.
8. McGrath C, Broder H, Wilson-Genderson M. Assessing the impact of oral health on the life quality of children: implications for research and practice. *Community Dent Oral Epidemiol* 2004;32(2):81-5.
9. Gherunpong S, Sheiham A, Tsakos G. A sociodental approach to assessing children's oral health needs: integrating an oral health-related quality of life (OHRQoL) measure into oral health service planning. *Bull World Health Organ* 2006;84(1):36-42.
10. Seidl EM, Zannon CM. [Quality of life and health: conceptual and methodological issues]. *Cad Saude Publica* 2004;20(2):580-8.
11. Jokovic A, Locker D, Stephens M, et al. Validity and reliability of a questionnaire for measuring child oral-health-related quality of life. *J Dent Res* 2002;81(7):459-63.
12. 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.
13. Scarpelli AC, Oliveira BH, Tesch FC, et al. Psychometric properties of the Brazilian version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale (B-ECOHis). *BMC Oral Health* 2011;11:19.

14. De Luca Canto G, Singh V, Conti P, et al. Association between sleep bruxism and psychosocial factors in children and adolescents: a systematic review. *Clin Pediatr (Phila)* 2015;54(5):469-78.
15. 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.
16. Firmani M, Reyes M, Becerra N, et al. Bruxismo de sueño en niños y adolescentes. *Revista Chilena de Pediatría* 2015;86(5):373-79.
17. Lavigne GJ, Rompre PH, Montplaisir JY. Sleep bruxism: validity of clinical research diagnostic criteria in a controlled polysomnographic study. *J Dent Res* 1996;75(1):546-52.
18. Restrepo CC, Medina I, Patino I. Effect of occlusal splints on the temporomandibular disorders, dental wear and anxiety of bruxist children. *Eur J Dent* 2011;5(4):441-50.
19. Tavares Silva C, Calabrio IR, Serra-Negra JM, Fonseca-Goncalves A, Maia LC. Knowledge of parents/guardians about nocturnal bruxism in children and adolescents. *Cranio* 2016:1-5.
20. Carvalho Ade M, Lima Mde D, Silva JM, Neta NB, Moura Lde F. Bruxism and quality of life in schoolchildren aged 11 to 14. *Cien Saude Colet* 2015;20(11):3385-93.
21. Ferreira NM, Dos Santos JF, dos Santos MB, Marchini L. Sleep bruxism associated with obstructive sleep apnea syndrome in children. *Cranio* 2015;33(4):251-5.
22. Vieira-Andrade RG, Drumond CL, Martins-Junior PA, et al. Prevalence of sleep bruxism and associated factors in preschool children. *Pediatr Dent* 2014;36(1):46-50.
23. Tachibana M, Kato T, Kato-Nishimura K, et al. Associations of sleep bruxism with age, sleep apnea, and daytime problematic behaviors in children. *Oral Dis* 2016;22(6):557-65.
24. Fonseca CM, dos Santos MB, Consani RL, dos Santos JF, Marchini L. Incidence of sleep bruxism among children in Itanhandu, Brazil. *Sleep Breath* 2011;15(2):215-20.
25. Serra-Negra JM, Ramos-Jorge ML, Flores-Mendoza CE, Paiva SM, Pordeus IA. Influence of psychosocial factors on the development of sleep bruxism among children. *Int J Paediatr Dent* 2009;19(5):309-17.
26. Manfredini D, Restrepo C, Diaz-Serrano K, Winocur E, Lobbezoo F. Prevalence of sleep bruxism in children: a systematic review of the literature. *J Oral Rehabil* 2013;40(8):631-42.

27. Lam MH, Zhang J, Li AM, Wing YK. A community study of sleep bruxism in Hong Kong children: association with comorbid sleep disorders and neurobehavioral consequences. *Sleep Med* 2011;12(7):641-5.
28. Manfredini D, Lobbezoo F, Giancristofaro RA, Restrepo C. Association between proxy-reported sleep bruxism and quality of life aspects in Colombian children of different social layers. *Clin Oral Investig* 2016.
29. Kuch EV, Till MJ, Messer LB. Bruxing and non-bruxing children: a comparison of their personality traits. *Pediatr Dent* 1979;1(3):182-7.
30. Serra-Negra JM, Paiva SM, Flores-Mendoza CE, Ramos-Jorge ML, Pordeus IA. Association among stress, personality traits, and sleep bruxism in children. *Pediatr Dent* 2012;34(2):e30-4.
31. Serra-Negra JM, Paiva SM, Abreu MH, Flores-Mendoza CE, Pordeus IA. Relationship between tasks performed, personality traits, and sleep bruxism in Brazilian school children--a population-based cross-sectional study. *PLoS One* 2013;8(11):e80075.
32. Restrepo CC, Vasquez LM, Alvarez M, Valencia I. Personality traits and temporomandibular disorders in a group of children with bruxing behaviour. *J Oral Rehabil* 2008;35(8):585-93.
33. Serra-Negra JM, Paiva SM, Auad SM, Ramos-Jorge ML, Pordeus IA. Signs, symptoms, parafunctions and associated factors of parent-reported sleep bruxism in children: a case-control study. *Braz Dent J* 2012;23(6):746-52.
34. Cortese SG, Fridman DE, Farah CL, et al. Frequency of oral habits, dysfunctions, and personality traits in bruxing and nonbruxing children: a comparative study. *Cranio* 2013;31(4):283-90.
35. Fernandes IB, Ramos-Jorge J, Ramos-Jorge ML, et al. Correlation and comparative analysis of discriminative validity of the Scale of Oral Health Outcomes for Five-Year-Old Children (SOHO-5) and the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS) for dental caries. *BMC Oral Health* 2015;15:29.
36. Martins-Junior PA, Ramos-Jorge J, Paiva SM, Marques LS, Ramos-Jorge ML. Validations of the Brazilian version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). *Cad Saude Publica* 2012;28(2):367-74.
37. Tesch FC, Oliveira BH, Leao A. [Semantic equivalence of the Brazilian version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale]. *Cad Saude Publica* 2008;24(8):1897-909.
38. Li S, Malkinson S, Veronneau J, Allison PJ. Testing responsiveness to change for the early childhood oral health impact scale (ECOHIS). *Community Dent Oral Epidemiol* 2008;36(6):542-8.

39. Abanto J, Carvalho TS, Mendes FM, et al. 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.
40. Serra-Negra JM, Tirsá-Costa D, Guimaraes FH, Paiva SM, Pordeus IA. Evaluation of parents/guardian knowledge about the bruxism of their children: Family knowledge of bruxism. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 2013;31(3):153-8.
41. Huynh NT, Desplats E, Bellerive A. Sleep bruxism in children: sleep studies correlate poorly with parental reports. *Sleep Med* 2016;19:63-8.

ANEXOS

ANEXO A

AAPD Instructions for Authors

Pediatric Dentistry

Pediatric Dentistry is the official publication of the American Academy of Pediatric Dentistry, the American Board of Pediatric Dentistry and the College of Diplomates of the American Board of Pediatric Dentistry. It is published bi-monthly and is internationally recognized as the leading journal in the area of pediatric dentistry. The journal promotes the practice, education and research specifically related to the specialty of pediatric dentistry. This peer-reviewed journal features scientific articles, case reports, and abstracts of current pediatric dental research.

Introduction

Manuscripts that are selected for publication promote the practice, education and research for the specialty of pediatric dentistry. Manuscripts are considered for publication only if the article, or any part of its essential substance, tables or figures have not been or will not be published in another journal or are not simultaneously submitted to another journal.

The statements, opinions, and advertisements are solely those of the individual authors, contributors, editors, or advertisers, as indicated. Published manuscripts do not necessarily represent the views of the editor, the AAPD Communications Department, or the American Academy of Pediatric Dentistry organization.

Types of Manuscripts

Type of manuscript must be one of the following: Meta- Analyses/Systematic Reviews, Scientific Studies, Case Reports, or Literature Reviews (JDC only), Letters to the Editor, Editorials and Brief Communications.

Meta-Analyses / Systematic Reviews

Authors of systematic reviews must adhere to Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses, available at: '<http://www.prismastatement.org/statement.htm>'. Structured Abstracts for systematic reviews are recommended. Headings should include: Research Question, Research Protocol, Literature Search, Data Extraction, Quality Appraisal, Data Analysis and Results, and Interpretations of Results.

Scientific Studies

Full-length manuscript not to exceed 3,500 words (including structured Abstract, Introduction, Methods, Results, Discussion, Conclusions, and Acknowledgments; excluding References and Figure Legends). The structured abstract should be no longer than 200 words and contain the following sections: Purpose, Methods, Results, and Conclusions. The Introduction section should include only pertinent references. The Methods section should be

sufficiently detailed to replicate the study. The Results section should include only results and not discussion of the data. The Discussion section should discuss the results, of the present study and compare them to the existing knowledge base. The Conclusions section should consist of succinct, numbered statements that are supported by the results of the study. They should not repeat the Results section.

Maximum Figures: 4 • Maximum Tables: 3

Case Reports

Full-length manuscript not to exceed 1,850 words (including unstructured Abstract, brief Introduction, Description of Case, Discussion, Acknowledgments (if any), and References (if any)). The unstructured Abstract should be no longer than 150 words.

Maximum Figures: 4 • Maximum Tables: 3

Literature Reviews (JDC only)

Full-length manuscript not to exceed 2,500 words (including unstructured Abstract, Introduction, the Review of the Literature with appropriate subheading, Discussion, Conclusions, and Acknowledgments; excluding References). The unstructured Abstract should be no longer than 150 words.

Maximum Tables: 4

Letters to the Editor

Full-length manuscript not to exceed 350 words; excluding References.

Editorials

Full-length manuscript not to exceed 1,000 words; excluding References and Figure Legends.

Maximum Figures: 2 • Maximum Tables: 2

Brief Communications

Full-length manuscript not to exceed 2,000 words (including structured Abstract; excluding References and Figure legends). The structured Abstract should be no longer than 150 words.

Authors desiring to have more Figures or Tables MUST agree to electronic publication of their manuscript, and must select this preference. Each separate chart, graph or photograph will be counted as a separate figure. Figures grouped together will be counted as their individual parts. See samples below:

Manuscript Submission

All new manuscripts must be submitted to AAPD's online submission and review website, ScholarOne Manuscripts; Pediatric Dentistry at:

“<http://mc.manuscriptcentral.com/pediadent>”; JDC at:
 “<http://mc.manuscriptcentral.com/jdentchild>”. Authors who do not yet have an account on the website should click the ‘Create Account’ link on the upper right-hand corner of the welcome page and follow the step-by-step process to open an account. On the dashboard page, authors should select the Author Center. In the Author Center, they should click the ‘Click here to submit a new manuscript’ link. If you already have an account, enter your user ID and password and log in. Manuscript submission guidelines for Pediatric Dentistry follow the ‘uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals’ which have been developed by the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE). Please visit the ICMJE website at: “http://www.icmje.org/manuscript_1prepare.html” for more information.

Author Information

The author must include each author’s name, earned academic degrees, professional title (such as ‘associate professor’, ‘chair’), work affiliations, complete address, telephone and fax numbers, and email address. In addition, each author should provide a statement of responsibility detailing what he or she contributed to the manuscript. These can be uploaded to the site as a Microsoft Word Document (it is recommended that statements from all authors be placed in a single document). No honorary designations such as ‘FRCS’, ‘FICD’, ‘Diplomate’, should be listed. A submission with more than one author implies that each author contributed to the study or preparation of the manuscript. Only individuals who have made a significant contribution to the study or manuscript should be listed as authors. Contributors who do not meet the criteria for authorship, such as individuals who provided only technical help or writing assistance, should be listed in the Acknowledgments section at the end of the manuscript. The corresponding author should submit the following statement: “All authors have made substantive contribution to this study and/or manuscript, and all have reviewed the final paper prior to its submission.” Authors (including authors of letters to the editor) are responsible for disclosing all financial and personal relationships that might bias their work. If such conflicts exist, the authors must provide additional detail in the appropriate text box during online submission. Funding sources for the work being submitted must be disclosed in the Acknowledgments section of the manuscript. Authors should express their own findings in the past tense and use the present tense where reference is made to existing knowledge, or where the author is stating what is known or concluded. Footnotes should be avoided and their content incorporated into the text. The editors reserve the right to revise the wording of papers in the interest of the journal’s standards of clarity and conciseness.

The corresponding author will be asked to submit the names and email addresses of four preferred reviewers for their manuscript. Preferred reviewers should not be colleagues at the contributors’ institution or present or former research partners. Manuscripts will be published in English, using American spelling. Manuscripts must be submitted with proper English grammar, syntax, and spelling. Before submitting a manuscript for consideration authors may

consider using a professional editing service such as: 'http://www.journalexerts.com'. AAPD does not endorse such service and use of such service has no relation with acceptance of a manuscript for publication. Two versions of the manuscript must be uploaded, one version containing all the author information and one version without any information identifying the authors or their institutions. Tables should appear at the end of the main document, while photos, photomicrographs and graphs are to be submitted as separate files (.jpg or .tif format only). Do not embed tables, photos, figures or graphics in the text of the manuscript. Prior to submission, the corresponding author must guarantee that the article has not been published and is not being considered for publication elsewhere.

Manuscript Preparation

Authors are advised to review several recently published articles to familiarize themselves with proper format and requirements.

Title: Titles should be as brief as possible while clearly conveying the main point or purpose of the article. The manuscript title is limited to 20 words or less, and a short title limited to five words or less must also be submitted. All submissions, including titles and subheads, are subject to change during the editing process.

Short Title: Also referred as a 'Running Head', must be a brief but comprehensive phrase of what the paper is all about, or a brief version of the title of the paper. not to exceed 50 characters.

Keywords: A maximum of five keywords must be submitted. Authors should ensure that the keywords appear in the title and/or abstract and that they are PubMed searchable.

Abstract: All submissions must include an Abstract. An Abstract should be brief, providing the reader with a concise but complete summary of the paper. Generalizations such as 'methods were described' should not be used. Meta-analyses/Systematic Reviews and Scientific Studies should have a structured abstract of no more than 200 words with the following sections: Purpose, Methods, Results and Conclusions. Case Reports, Literature Reviews (JDC only) and Brief Communications should have an unstructured abstract of no more than 150 words.

Introduction: The introduction should provide the context for the article, the objective of the study, and should state the hypothesis or research question (purpose statement), how and why the hypothesis was developed, and why it is important. It should generally not exceed two or three paragraphs.

Methods: The Methods section should include as appropriate, a detailed description of the study design or type of analysis and dates and period of study; condition, factors, or disease studied; details of sample (eg study participants and the setting from which they were drawn); method of random sequence generation in detail (coin flip, random table, etc.); method of

allocation concealment in detail (opaque envelopes, sequential numbered drug containers, etc); description of treatment providers; whether providers and participants were blinded; inclusion and exclusion criteria; intervention(s), if any; outcome measures; method of blinding of outcome assessors; method of standardization and calibration of outcome assessors, including kappa statistics; and statistical analysis.

Results: The results reported in the manuscript should be specific and relevant to the research hypothesis. Characteristics of the study participants should be followed by presentation of the results, from the broad to the specific. The Results section should not include implications or weaknesses of the study, but should include validation measures if conducted as part of the study. Results should not discuss the rationale for the statistical procedures used.

Discussion: The Discussion section should be a formal consideration and critical examination of the study. The research question or hypothesis should be addressed in this section, and the results should be compared to and contrasted with the findings of other studies. New results not previously reported in the Results cannot appear first in the Discussion. (Note: A lengthy reiteration of the results should be avoided.) The study's limitations and the generalizability of the results should be discussed, as well as mention of unexpected findings with suggested explanations. The type of future studies needed, if appropriate, should be mentioned.

Conclusion: The Conclusion should help the reader understand why the research should matter to them after they have finished reading the paper. Conclusions should be numbered, succinct statements that are supported by the results of the study. They should not repeat the Results section.

Acknowledgment: Funding and other sources of support must be disclosed in the Acknowledgment section. Personal acknowledgments should be limited to appropriate professionals who have contributed intellectually to the paper but whose contribution does not justify authorship.

References: References are a critical element of a manuscript and serve three primary purposes—documentation, acknowledgment, and directing or linking the reader to additional resources. Authors bear primary responsibility for all reference citations. References should be numbered consecutively with superscript Arabic numerals in the order in which they are cited in the text. A list of all references should appear at the end of the paper in numeric order as they are cited in the text. Journal abbreviations are those used by Index Medicus. The reference style to use is the recent edition of the American Medical Association Manual of Style.

The following are sample references:

Journal

For journals, list all authors when there are six or fewer; when there are seven or more, list the first three, then 'et al.' Page numbers should be included where

possible. For example: 12-8, 191-5, 347-51. Bogert TR, García-Godoy F. Effect of prophylaxis agents on the shear bond strength of a fissure sealant. *Pediatr Dent* 1992;14(1):50-1.

Book

Bixler D. Genetic aspects of dental anomalies. In: McDonald RE, Avery DR, eds. *Dentistry for the Child and Adolescent*. 5th ed. Philadelphia: CV Mosby Co; 1987:90-116.

Article, report, or monograph issued by a committee, institution, society, or government agency

Medicine for the public: Women's health research Bethesda, Md.: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health; 2001. DHHS publication 02-4971.

World Wide Web

Websites and Web articles (URLs) should be cited as 'webcited®' references in the reference section at the end of the manuscript— do not include links to websites in the text. To webcite® a web reference means to take a snapshot of the cited document and to cite the archived copy (WebCite® link) in addition to the original URL. AAPD requires that authors use the free WebCite® technology (www.webcitation.org) to archive all cited web references first before they cite them. Provide the original URL, the WebCite® link and an access date.

American Academy of Pediatric Dentistry. AAPD Publications. Available at: "<http://www.aapd.org/publications/>". Accessed: 2015-03-20. (Archived by WebCite® at: "<http://www.webcitation.org/6XAypVwds>")

Authors should provide direct references to original sources whenever possible. Avoid using abstracts or literature reviews as references. If possible, avoid references to papers accepted but not yet published. If such a citation is necessary, these papers should be cited as being 'In press', and verification that they have been accepted for publication must be provided. Where possible, references of easily accessible material are preferable to dissertations, theses, and other unpublished documents.

Authors should avoid citing 'personal communication' unless it provides essential information not available from a public source. Personal communications should not be numbered, but should be cited in the text as follows: (G. Seale, DDS, oral communication, March 2015). Authors should obtain written permission and confirmation of accuracy from the source of a personal communication; this permission should be uploaded in ScholarOne as a supplementary document at the time of manuscript submission. Authors should verify the accuracy of all references and are responsible for ensuring that no cited reference contains material that was retracted or found to be in error subsequent to its publication.

Editorial Style

Text formatting:

- Manuscripts should be submitted as Office 2010 Microsoft Word format (.docx); Word .doc files are also accepted. No paper copy will be accepted.
- Double space all text.
- Use basic fonts such as Arial, Courier, Helvetica no smaller than 11 points.

Units of measure: Authors should express all quantitative values in the International System of Units (SI units) unless reporting English units from a cited reference. Figures and tables should use SI units, with any necessary conversion factors given in legends or footnotes. For most cases spell out numbers under 10, and use numerals for numbers 10 and above — this applies to all ages, days of the month, degrees of temperature, dimensions, percentages; proportions, scores, serial numbers, speeds, sums of money, time of day, and percent values. Numbers beginning a sentence should be spelled out. Report percentages to one decimal place (i.e., XX.X percent) when sample size is ≥ 200 . Laboratory data values should be rounded to the number of digits that reflects the precision of the results and the sensitivity of the measurement procedure.

Statistical tests: The results of all statistical comparisons should be reported to include the statistical test value and the associated P-value and confidence interval, if appropriate. Except when one-sided tests are required by study design, such as in non inferiority trials, all reported P-values should be two-sided. In general, P-values larger than 0.01 should be reported to two decimal places, those between 0.01 and 0.001 to three decimal places. Actual P-values should be expressed unless $P < .001$, in which case they should be so designated. Results in the abstract and the paper generally should include estimates of effect size and 95 percent confidence intervals, not just P-values or statements that a difference was statistically significant.

Tooth names: The complete names of individual teeth should be given in full in the text of articles using the following convention: [(primary/ permanent), (maxillary/mandibular), (right/left), (central/lateral or first/ second/third), (tooth type)]. Examples: 'primary maxillary right first molar', 'permanent mandibular first molars', but 'mandibular right second pre-molar'. In tables these names may be abbreviated by the Universal system (A-T for primary teeth, 1-32 for permanent teeth).

Commercially produced materials: Any mention of commercially produced materials, instruments, devices, software, etc., must be followed by the name of the manufacturer and the manufacturer's location in parentheses. Example: '... in an Excel spreadsheet (Microsoft, Inc, Redmond, Wash., USA).'

Abbreviations: Abbreviations should be used to make manuscripts more concise. The first time an abbreviation appears, it should be placed in bold in parentheses following the full spelling of the term [e.g., "...permanent first molars (PFMs)..."]

Permissions: For materials taken from other sources, a written statement from the authors and publisher giving permission to Pediatric Dentistry for reproduction must be provided. Waivers and statements of informed consent must accompany the manuscript when it is submitted for review. Waivers must accompany any photograph showing a human subject unless the subject's features are sufficiently blocked to prevent identification.

Human and animal subjects: federal law requires Review of research involving human subjects. Federal laws and regulations regarding research on human subjects have specific requirements for Institutional Review Board (IRB) and study administration. The IRB must review research that involves the following areas, among others: medical and administrative record data; research that uses leftover tissues (eg. extracted teeth); health services research; survey research; behavioral research; biomedical and other clinical research. An official IRB-approval **letter in English dated prior to the initiation of the research** must be included with the submission. If the IRB has exempted the research from review, a copy of the letter of exemption must accompany the submission. Please state your IRB status on the title page. If applicable, the manuscript must state in the Methods section that the study was approved by an IRB or other institutional research ethics committee and identify the name and location of the institution housing the committee. When human subjects have been used, the text should indicate that informed consent was obtained from all participating adult subjects, and parents or legal guardians of minors or incapacitated adults. If required by the authors' institution, informed assent must have been obtained from participating children at or above the age specified by the institution. The cover letter for the manuscript must contain a statement similar to the following: "The procedures, possible discomforts or risks, as well as possible benefits were explained fully to the human subjects involved, and their informed consent was obtained prior to the investigation."

Figures: Image resolution, after cropping to the area of interest, should be 300-600 dpi. Figures should be submitted individually as .jpg or .tif files. Each separate chart, graph or photograph will be counted as a separate figure. Figures grouped together will be counted as their individual parts. Photomicrographs must include a scale labeled with a convenient unit of length (e.g., 50 μm). Figures should be numbered in Arabic numerals in the order of the first citation in the text. Legends for each figure must be printed on a separate page. Include a key for symbols or letters used in the figures. Figures should be saved and submitted as a separate file. Figure legends should be understandable without reference to the text. A key for any symbols or letters used in the figure should be included. Abbreviations should be explained in a footnote to the figure. If illustrations, tables, or other excerpts are included from copyrighted works, the author is responsible for obtaining written permission

from the copyright holder prior to submitting the final version of the paper. Full credit must be given to such sources with a superscript reference citation in the figure legend. Reference citations in figure legends or captions should follow numerically the reference number in the text immediately preceding mention of the figure. Figures take up additional page space and should be limited to those that add value to the text.

Tables: Tables should be double-spaced, appear on separate pages, and should be titled and numbered in Arabic numerals in the order of the first citation in the text. Short headings should appear at the top of each column. Explanatory matter should be placed in captions, not in the title. For footnotes, use the following symbols in this sequence: *, **, †, ‡, §. Tables should be understandable without alluding to the text. Due to space limitations, only tables adding value to the text should be included.

Copyright: All authors must agree to the terms of copyright transfer as indicated during the online manuscript submission process. The American Academy of Pediatric Dentistry owns the copyright for all content published in the journal. The AAPD and its licensees have the right to use, reproduce, transmit, derivate, publish, and distribute the content, in the journal or otherwise, in any form or medium. Authors will not use or authorize the use of the contribution without the AAPD's written consent, except as may be permitted as 'fair use' under U.S. copyright law. Authors represent and warrant to the AAPD that: the submitted manuscript is the authors' own original work; authors have the full right and power to make this copyright transfer; the work does not violate any copyright, proprietary, intellectual property or personal rights of others; the work is factually accurate and contains no matter defamatory or otherwise unwise unlawful; authors have not previously in any manner disposed of by sale or assignment any of the rights granted to the AAPD nor previously granted any rights adverse to or inconsistent with this copyright transfer; and that there are no rights outstanding which would diminish, encumber or impair the full enjoyment of the copyright transfer granted to the AAPD.

National Institutes of Health (NIH) Funded Manuscripts: Authors of studies funded by the NIH whose manuscripts are accepted for publication in either Pediatric Dentistry or the Journal of Dentistry for Children will have their final accepted version deposited to PubMed Central (PMC) by the publisher AAPD on behalf of the authors.

Actions Taken on a Manuscript

The following categories constitute the editorial actions that may be taken on a manuscript:

Rejection: The flaws that lead to this decision generally center on substantive or methodological issues. A manuscript is usually rejected because: it is outside the area of coverage of the journal; it contains serious flaws of design, methodology, analysis, or interpretation; or it is judged to make only a limited novel contribution to the field.

Revision: Manuscripts may have publication potential but are not yet ready for final publication. The study as presented may not merit acceptance as is but may warrant consideration after substantive revision (e.g., reorganizing the conceptual structure, conducting additional experiments, or modifying analyses). The action editor will give the author an invitation to revise and resubmit for another round of reviews (usually with the same reviewers). An editor cannot guarantee acceptance of a revised manuscript, but authors who respond flexibly and attend closely to suggested revisions enhance their chances for an acceptance. Authors must include a detailed cover letter outlining their responses to the revisions. Revisions must be submitted using Track Changes so the original with the sections deleted can be seen along with the new text.

Acceptance: When the reviewers and Editor have determined the revision is acceptable the author receives a letter of acceptance specifying an approximate time frame for anticipated publication. Once a manuscript is accepted, it enters the production phase of publication. At this point, no further changes can be made by the author other than those suggested by the copy-editor. New scholars who wish to learn more about the editorial and peer review process as it operates with AAPD should e-mail the AAPD Headquarters Office at rgillmeister@aapd.org.

ANEXO B – Comitê de Ética

UNESP - FACULDADE DE
ODONTOLOGIA-CAMPUS DE
ARAÇATUBA/ UNIVERSIDADE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde bucal(QVRSB) de crianças com bruxismo no município de Porto Velho - RO.

Pesquisador: Dino Lopes de Almeida

Área Temática:

Versão: 6

CAAE: 44073414.1.0000.5420

Instituição Proponente: Faculdade de Odontologia do Campus de Araçatuba - UNESP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.604.317

Apresentação do Projeto:

O bruxismo é um fenômeno de atividade parafuncional do sistema mastigatório que consiste no hábito de apertar e ranger os dentes. Este pode surgir na infância e persistir durante toda a vida adulta, além de comprometer o sistema estomatognático. A etiologia deste hábito parafuncional é multifatorial e pode estar associadas à fatores funcionais, como a má oclusão, hábitos de morder objetos e interferências oclusais que se desenvolvem naturalmente durante a irrupção dos dentes. Um sinal característico do bruxismo é a atrição dental resultando em desgaste nas superfícies oclusais e incisais dos dentes. Acredita-se que os fatores psicossociais estão diretamente relacionados com a parafunção. Este trabalho tem por objetivo avaliar a relação dos fatores cognitivos comportamentais, perfil facial, oclusão funcional associados com a qualidade de vida

relacionado a saúde bucal (QVRSB). Estes dados serão coletados através dos seguintes questionários:

Endereço: JOSE BONIFACIO 1193

Bairro: VILA MENDONÇA

CEP: 16.015-050

UF: SP

Município: ARACATUBA

Telefone: (18)3636-3200

Fax: (18)3636-3332

E-mail: andrebertoz@foa.unesp.br

UNESP - FACULDADE DE
ODONTOLOGIA-CAMPUS DE
ARAÇATUBA/ UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 1.604.317

socioeconômico estruturado e pré-codificado, O Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHS) e Scale of Oral Health Outcomes (SOHO-5) para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças através do auto-relato da criança e também de seus responsáveis. O diagnóstico precoce na infância pode contribuir de forma significativa no tratamento dessa desordem, que quando iniciado na infância podem reduzir danos futuro à saúde e melhorar a qualidade de vida desses indivíduos.

Objetivo da Pesquisa:

Este trabalho tem por objetivo avaliar a relação dos fatores cognitivos comportamentais, com o tipo de perfil facial, a oclusão funcional, os desgastes dentários associada com a qualidade de vida de crianças de 3 a 12 anos de idade portadoras de bruxismo, atendidas no centro odontológico da Faculdade São Lucas, na disciplina de clínica infantil II e III, no município de Porto Velho – Rondônia.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os procedimentos não são invasivo, o desconforto e o risco também serão mínimos. A pesquisa se fundamenta na coleta de dados do questionário e estudo das informações a respeito da condição de saúde bucal colhidas no exame clínico bucal. Os achados colhidos com a avaliação do impacto do bruxismo na qualidade de vida. Servirão de subsídios no desenvolvimento de futuras ações de promoção de saúde voltadas para essa população e servirão de parâmetros para os estudos futuros. Os resultados serão divulgados no meio científico conjuntamente com os resultados de outros pacientes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O protocolo de pesquisa está dentro dos preceitos da ética, exporá os participantes, menores de

Endereço: JOSE BONIFACIO 1193
Bairro: VILA MENDONÇA CEP: 16.015-050
UF: SP Município: ARACATUBA
Telefone: (18)3636-3200 Fax: (18)3636-3332 E-mail: andrebertoz@foa.unesp.br

UNESP - FACULDADE DE
ODONTOLOGIA-CAMPUS DE
ARAÇATUBA/ UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 1.604.317

idade, ao

risco mínimo. Os resultados obtidos poderão contribuir para o melhor entendimento do bruxismo e a correlação de seus múltiplos fatores, e consequentemente à proposição de ações e estratégias que possam resultar em melhor qualidade de vida.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram corretamente anexados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não havendo pendências, recomenda-se a aprovação do protocolo de pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Salientamos que, de acordo com a Resolução 466 CNS, de 12/12/2012 (título X, seção X.1., art. 3, item b, e, título XI, seção XI.2., item d), há necessidade de apresentação de relatórios semestrais, devendo o primeiro relatório ser enviado até 01/12/2016.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|--|------------------------|-----------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_352789.pdf | 14/05/2016 12:21:04 | | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto_de_pesquisa_7.doc | 14/05/2016 12:19:51 | Dino Lopes de Almeida | Aceito |
| Outros | ECOHS.doc | 08/03/2016 02:11:48 | Dino Lopes de Almeida | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | Termo_de_assentimento.docx | 08/03/2016 02:10:56 | Dino Lopes de Almeida | Aceito |
| Outros | SOHO_RESPONSAVEIS.doc | 08/03/2016 02:08:59 | Dino Lopes de Almeida | Aceito |
| Outros | SOHO_CRIANCA.doc | 08/03/2016 02:07:46 | Dino Lopes de Almeida | Aceito |
| Outros | Questionario_socioeconomico.docx | 08/03/2016 | Dino Lopes de | Aceito |

Endereço: JOSE BONIFACIO 1193

Bairro: VILA MENDONÇA

CEP: 16.015-050

UF: SP

Município: ARACATUBA

Telefone: (18)3636-3200

Fax: (18)3636-3332

E-mail: andrebertoz@foa.unesp.br

UNESP - FACULDADE DE
ODONTOLOGIA-CAMPUS DE
ARAÇATUBA/ UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 1.604.317

| | | | | |
|--|--|------------------------|---------|--------|
| Outros | Questionario_socioeconomico.docx | 02:04:23 | Almeida | Aceito |
| Folha de Rosto | FR Dino Lopes de Almeida.pdf | 11/06/2015 10:54:26 | | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | digitalizar0001.pdf | 24/03/2015 21:35:39 | | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | Termo de consentimento livre e esclarecido.docx | 01/07/2014 19:37:36 | | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ARACATUBA, 24 de Junho de 2016

Assinado por:
André Pinheiro de Magalhães Bertoz
(Coordenador)

Endereço: JOSE BONIFACIO 1193
Bairro: VILA MENDONCA CEP: 16.015-050
UF: SP Município: ARACATUBA
Telefone: (18)3636-3200 Fax: (18)3636-3332 E-mail: andrebertoz@foa.unesp.br

ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da Pesquisa: “Avaliação do perfil psicológico e ortodôntico de crianças portadoras de bruxismo atendidas no centro odontológico da Faculdade São Lucas, Porto Velho - Rondônia, Brasil”.

Nome do (a) Pesquisador (a): Dino Lopes de Almeida.

Nome do (a) Orientador (a): Prof. Dr. Célio Percinoto.

1. **Natureza da pesquisa:** o (a) sr. (a) está sendo convidado (a) a participar desta pesquisa que tem como finalidade avaliar os desgastes dos dentes ocasionados pelo bruxismo do sono e a influência dessa alteração no bem-estar diário das pessoas.
2. **Participantes da pesquisa:** Serão avaliadas 200 crianças, divididas em dez diferentes grupos de faixas etárias de 3 a 12 anos de idade com vinte indivíduos em cada grupo.
3. **Envolvimento na pesquisa:** ao participar deste estudo o (a) sr. (a) permitirá que o pesquisador Dino Lopes de Almeida examine os seus dentes para identificar os sinais da presença de desgastes ocasionados pelo hábito de apertar ou ranger os dentes durante a noite, e a responder um questionário sobre a qualidade de vida. O (a) sr. (a) tem liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para o (a) sr. (a) livre de qualquer despesa. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone do (a) pesquisador (a) do projeto e, se necessário através do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa.
4. **Sobre as entrevistas:** Será realizada com o pai ou responsável da criança, durante a entrevista de saúde e consistirá na entrega de uma cópia do questionário para o responsável legal, e o pesquisador auxiliará no esclarecimento das dúvidas.
5. **Riscos e desconforto:** a participação nesta pesquisa não infringe as normas legais e éticas, os riscos são mínimos e pode haver um leve desconforto gerado pelo afastamento das bochechas para melhor visualização dos dentes. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº. 466/12 do

Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade.

6. **Confidencialidade:** todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente o (a) pesquisador (a) e seu (sua) orientador (a) (e/ou equipe de pesquisa) terão conhecimento de sua identidade e nos comprometemos a mantê-la em sigilo ao publicar os resultados dessa pesquisa.
7. **Benefícios:** ao participar desta pesquisa o (a) sr. (a) não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo resulte em informações importantes sobre a relação do bruxismo dentário em criança na qualidade de vida do dia-a-dia, de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa reduzir ou minimizar os desconfortos ocasionados por essa alteração a longo prazo, onde o pesquisador se compromete a divulgar os resultados obtidos, respeitando-se o sigilo das informações coletadas, conforme previsto no item anterior.
8. **Pagamento:** o (a) sr. (a) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem: Confiro que recebi via deste termo de consentimento, e autorizo a execução do trabalho de pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

Obs: Não assine esse termo se ainda tiver dúvida a respeito.

Consentimento Livre e Esclarecido

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa.

Nome do Participante da Pesquisa

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do Orientador

Pesquisador: Dino Lopes de Almeida

Orientador: Prof. Dr. Célio Percinoto

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa: Profa. Dra. Ana Cláudia de Melo Stevanato Nakamune

Vice-Coodenador: Prof. Wilson Galhego Garcia

Telefone do Comitê: (18) 3636-3234

E-mail

cep@foa.unesp.br

Anexo D – Questionário Socioeconômico

Nome do paciente: _____

Nome do responsável: _____

Data de nascimento: _____ / _____ / _____ Sexo: Feminino () Masculino ()

| | | | |
|---|------------------------------|---|----------------------------------|
| 1. Seu filho Range os dentes quando está dormindo? | Sempre () 2 | às vezes () 1 | nunca () 0 |
| 2. Você considera seu filho ansioso? | () sim 1 | () não 0 | |
| 3. Que idade a mãe tinha quando a criança nasceu? | _____ anos | | |
| 4. Seu filho rói unha? | () sim 1 | () não 0 | |
| 5. Seu filho toma mamadeira? | () sim 1 | () não 0 | |
| 6. Seu filho chupa o dedo? | () sim 1 | () não 0 | |
| 7. Seu filho usa chupeta? | () sim 1 | () não 0 | |
| 8. Você considera seu filho da raça? | () branca 0 | () negra 1 | () mulato 2 |
| | | | () outro (oriental, índio) 3 |
| 9. Seu filho mora com? | pai e mãe() 0 | só com a mãe() 1 | só com o pai () 2 |
| | | | Outros () 3 |
| 10. Quantos cômodos tem a casa (exceto banheiro)? | | | |
| 11. Renda familiar: _____ reais | 12. Quantos irmãos tem? | | |
| 13. O pai trabalha? | Sim () 0 | não () 1 | 14. A mãe trabalha? |
| | | | Sim () 0 |
| | | | não () 1 |
| 15. A mãe estudou até: | não estudou() 3 | até 1 grau () 2 | até 2 grau () 1 |
| | | | Terminou faculdade () 0 |
| 16. O pai estudou até: | não estudou() 3 | até 1 grau () 2 | até 2 grau () 1 |
| | | | Terminou faculdade () 0 |
| 17. A criança já foi no dentista alguma vez? | () sim 1 | () não 0 | |
| 18. Se a resposta for sim. Qual foi a idade da primeira consulta? | | | |
| 19. A criança foi no dentista nos últimos 6 meses? | () sim 1 | () não 0 | |
| 20. Quando foi a última visita? | () até 3 meses 0 | () 3 a 6 meses 1 | () 6 meses a 1 ano 2 |
| | | | () mais que 1 ano; 3 |
| 21. Motivo da última consulta? | () dor de dente 4 | () dor na boca 3 | () batidas e quedas 2 |
| | | | () exame e rotina 1 |
| | | | () Outros: _____ 0 |
| 22. Tipo de serviço que você levou seu filho na última consulta? | () dentista particular 0 | () dentista público (posto de saúde, faculdade, escola) 1 | |
| 23. Você diria que a saúde dos dentes, lábios, maxilares e boca do seu filho é? | () excelente 0 | () muito boa 1 | () boa 2 |
| | | | () regular 3 |
| | | | () ruim 4 |
| 24. Comparado com as outras crianças que seu filho convive, você diria que a saúde dos dentes, lábios, maxilares e boca do seu filho é: | () melhor que a deles 0 | () pior que a deles 1 | () igual a deles 2 |
| COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ COSTUMA PARTICIPAR DE ALGUMA DESTAS ATIVIDADES? | | | |
| 25. Reuniões da escola? | () frequentemente 0 | () raramente 1 | () nunca 2 |
| 26. Ir à igreja? | () frequentemente 0 | () raramente 1 | () nunca 2 |

ANEXO E – ECOHIS (Early Childhood Oral Health Impact Scale)

INSTRUMENTO B-ECOHIS

EARLY CHILDHOOD ORAL HEALTH IMPACT SCALE – BRAZILIAN VERSION

Quadro 1: Instrumento: “Questionário sobre a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal de Crianças na Idade Pré-escolar” (B-ECOHIS – Early Childhood Oral Health Impact Scale – versão Brasileira)

| | |
|--|---|
| <p>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, por favor, indique no quadro de opções de respostas a que melhor descreve as experiências da sua criança ou a sua própria. Considere toda a vida da sua criança, desde o nascimento até agora, quando responder cada pergunta.</p> | |
| 1 | Sua criança já sentiu dores nos dentes, na boca ou nos maxilares (ossos da boca)? |
| 2 | Sua criança já teve dificuldade em beber bebidas quentes ou frias devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários? |
| 3 | Sua criança já teve dificuldade para comer certos alimentos devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários? |
| 4 | Sua criança já teve dificuldade de pronunciar qualquer palavra devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários? |
| 5 | Sua criança já faltou à creche, jardim de infância ou escola devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários? |
| 6 | Sua criança já teve dificuldade em dormir devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários? |
| 7 | Sua criança já ficou irritada devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários? |
| 8 | Sua criança já evitou sorrir ou rir devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários? |
| 9 | Sua criança já evitou falar devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários? |
| 10 | Você ou outra pessoa da família já ficou aborrecida devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários de sua criança? |
| 11 | Você ou outra pessoa da família já se sentiu culpada devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários de sua criança? |
| 12 | Você ou outra pessoa da família já faltou ao trabalho devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários de sua criança? |
| 13 | Sua criança já teve problemas com os dentes ou fez tratamentos dentários que causaram impacto financeiro na sua família? |
| Opções de resposta | 0 Nunca 1 Quase nunca 2 Às vezes 3 Com frequência 4 Com muita frequência 5 Não sei |