

**LUNA CHAGAS CLEMENTINO**

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DAS VERSÕES BRASILEIRAS DO *PEDIATRIC ORAL HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE (B-POQL)* E DO *TEEN ORAL HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE (B-TOQOL)***

**Faculdade de Odontologia  
Universidade Federal de Minas Gerais  
Belo Horizonte  
2021**

Luna Chagas Clementino

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DAS VERSÕES BRASILEIRAS DO *PEDIATRIC ORAL HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE (B-POQL)* E DO *TEEN ORAL HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE (B-TOQOL)***

Dissertação apresentada ao Colegiado de Pós-Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Odontologia - área de concentração Odontopediatria

**Orientador:** Professor Dr. Paulo Antônio Martins Júnior

**Co-orientador:** Professor Dr. Saul Martins de Paiva

**Colaborador:** Professor Dr. Raul Garcia

Belo Horizonte

2021

## Ficha Catalográfica

C626a Clementino, Luna Chagas.  
2021 Adaptação transcultural das versões brasileiras do  
T Pediatric Oral Health-related Quality of Life (B-POQL) e do  
Teen Oral Health-related Quality of Life (B-TOOQL) / Luna  
Chagas Clementino. -- 2021.

86 f. : il.

Orientador: Paulo Antônio Martins Júnior.  
Coorientador: Saul Martins de Paiva.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de Minas  
Gerais, Faculdade de Odontologia.

1. Adolescente. 2. Criança. 3. Qualidade de vida. 4.  
Inquéritos e questionários. 5. Saúde bucal. I. Martins  
Júnior, Paulo Antônio. II. Paiva, Saul Martins de. III.  
Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de  
Odontologia. IV. Título.

BLACK - D047



## FOLHA DE APROVAÇÃO

ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DAS VERSÕES BRASILEIRAS DO PEDIATRIC ORAL HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE (B-POQL) E DO TEEN ORAL HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE (B-TOQOL)

### LUNA CHAGAS CLEMENTINO

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Odontologia, como requisito para obtenção do grau de Mestre, área de concentração Odontopediatria.

Aprovada em 1 de setembro de 2021, pela banca constituída pelos membros:

Prof(a). Paulo Antônio Martins Júnior – Orientador  
FAO-UFMG

Prof(a). Saul Martins de Paiva  
FAO-UFMG

Prof(a). Maria Leticia Ramos Jorge  
UFVJM

Prof(a). Raquel Gonçalves Vieira de Andrade  
UFMG

Belo Horizonte, 1 de setembro de 2021.

Defesa Homologada pelo Colegiado de Pós-Graduação em Odontologia em \_\_\_\_/\_\_\_\_/2021.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus sempre e, em primeiro lugar, por todas as bênçãos recebidas. A Jesus e à Nossa Senhora por todas as graças concedidas a mim e à minha família. Obrigada por cuidarem dos nossos sonhos e pela constante presença em nossas vidas.

Minha gratidão aos meus pais, Marly e Ricardo, pelo encorajamento e apoio em todas as minhas escolhas. Pelo exemplo de amor, força, determinação, caráter e fé. Não consigo encontrar palavras para descrever a admiração, o amor e a gratidão que sinto por vocês. Que Deus me permita um dia retribuir tudo o que fazem por nossa família. Ao meu irmão Felipe, amigo e companheiro, agradeço pelo carinho, incentivo, preocupação e por me ajudar em meus trabalhos da faculdade me ensinando, com paciência, as diagramações. Ao meu noivo Marco Túlio, por apoiar minhas ideias, decisões e planos. Obrigada por acreditar em meu potencial, entendendo os momentos de ausência e o tempo que precisei ficar distante.

Ao meu orientador Professor Paulo Antônio Martins-Júnior agradeço pelo convite para o meio científico ainda na graduação. Obrigada por apostar em mim e me apresentar essa face da Odontologia que eu desconhecia naquela época. Você é uma grande inspiração para todos os seus alunos. Devo muito dessa conquista a você e tenho muito orgulho em tê-lo como meu orientador. Ao Professor Saul Martins de Paiva, que tive a honra de ter como co-orientador, agradeço pelo apoio em todos esses anos de graduação e mestrado. Obrigada pela solicitude, atenção e pela oportunidade de poder aprender tanto com você. Ao Raul Garcia, Woosung Sohn, e Judith Jones, agradeço pela disponibilidade para a realização da parceria e pela presteza na avaliação da versão síntese retrotraduzida. Aos amigos, em especial ao Juan Diego Torres e à Luíza Freire, agradeço pelos momentos divertidos, pelo compartilhamento de experiências, conhecimentos e apoio nos momentos difíceis. À atenciosa Jéssica Bittencourt, pelo carinho e prontidão em ajudar sempre que precisei. Ao Matheus Perazzo, por quem também tenho grande apreço, pela cooperação e suporte desde o princípio da minha iniciação científica. Aos alunos da Iniciação Científica e Iniciação Científica Júnior, Millaine, Kethlen, Isabela e Gabriel, pela colaboração no desenvolvimento deste trabalho.

Agradeço à UFMG, minha tão querida universidade. Ao colegiado da Pós-

Graduação, especialmente à coordenadora Professora Isabela Almeida Pordeus. Agradeço também a todos os professores, em particular, aos da Odontopediatria. Às agências de fomento CAPES, FAPEMIG, *National Institute of Dental and Craniofacial Research*, *National Institutes of Health* (U54 DE014264) e principalmente a CNPq que me permitiu a bolsa de estudos. Obrigada também a todos funcionários, sobretudo ao tão ágil e resolutivo Victor Fellipe.

E, diante de todos os percalços que enfrentei nesses últimos dois anos, é com muita alegria que hoje comemoro essa conquista... ou melhor, essa vitória! Gratidão infinita a Deus e a todos que fizeram parte dessa história!

Muito obrigada!

## RESUMO

Os instrumentos de mensuração do impacto de problemas bucais na qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB) de crianças e adolescentes proporcionam nova perspectiva para o melhor entendimento da dimensão das inequidades em saúde e suportam a definição de grupos prioritários para cuidados em saúde bucal. Até o momento, o *Pediatric Oral Health-Related Quality of Life* (POQL) e o *Teen Oral Health-Related Quality of Life* (TOQOL) são os únicos instrumentos desenvolvidos para crianças e adolescentes entre 2 e 18 anos com foco particular em populações de baixa renda ou minoritárias. Esses instrumentos estão disponíveis apenas em inglês, turco e espanhol. Portanto, o objetivo deste estudo foi realizar a tradução e a adaptação transcultural do POQL e do TOQOL para a língua portuguesa do Brasil. O POQL é um instrumento direcionado para crianças (2 a 7 anos de idade) e pré-adolescentes (8 a 14 anos de idade), sendo composto por 10 itens distribuídos em quatro domínios: Físico, Funcional, Social e Emocional. O TOQOL é direcionado para adolescentes (13 a 18 anos de idade) e abrange cinco domínios: Físico, Funcional, Social, Problemas Buciais e Emocional. Ambos possuem versões direcionadas aos grupos etários envolvidos e seus pais/responsáveis. Inicialmente, foram realizadas discussões sobre as equivalências conceitual e de itens por um comitê de especialistas no assunto. Em seguida, foi realizada a equivalência semântica, envolvendo as seguintes etapas: (1) traduções do POQL e TOQOL para o Português Brasileiro, realizadas por dois tradutores independentes, brasileiros e fluentes no Inglês; (2) unificação das duas traduções por um Comitê de Especialistas; (3) retrotraduções realizadas de forma independente por dois tradutores nativos na língua inglesa e fluentes no Português Brasileiro; (4) unificação das duas retrotraduções por um Comitê de Especialistas; (5) avaliação da versão unificada pelos autores dos instrumentos originais; (6) revisão das traduções e retrotraduções de acordo com as considerações dos autores originais por comitê de especialistas; (7) pré teste com a aplicação dos questionários a um grupo de 50 sujeitos - 10 participantes para cada versão dos questionários POQL (3 versões) e TOQOL (2 versões) incluindo pais/responsáveis, crianças e adolescentes brasileiros, para avaliar a compreensão e aceitabilidade dos instrumentos, e posterior correção das necessidades identificadas; (8) elaboração dos instrumentos finais no Português Brasileiro. No geral, as traduções e retrotraduções foram muito similares e pequenas mudanças foram necessárias. No pré teste com a população-alvo, mudanças foram indicadas e incorporadas na versão final dos instrumentos. Após a finalização de todas as etapas, as versões brasileiras do B-POQL e B-TOQOL foram obtidas. As traduções e retrotraduções avaliadas pelos autores originais e por especialistas e a incorporação de sugestões da população-alvo, permitiram a construção das versões brasileiras do B-POQL e B-TOQOL, semanticamente equivalente ao instrumento original.

**Palavras-chave:** Adolescente. Criança. Qualidade de vida. Questionário. Saúde bucal.

## ABSTRACT

### CROSS-CULTURAL ADAPTATION OF THE BRAZILIAN VERSIONS OF PEDIATRIC ORAL HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE (B-POQL) AND TEEN ORAL HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE (B-TOQOL)

Instruments to measure the impact of oral problems on oral health-related quality of life (OHRQOL) in children and adolescents provides a new perspective to better understand the dimension of inequities and define groups that require greater care in oral health. Therefore, the Pediatric Oral Health-Related Quality of Life (POQL) and the Teen Oral Health-Related Quality of Life (TOQOL) represent the only instruments developed so far for children and adolescents aged 2 to 18 years with a particular focus on low-income or minority populations. These questionnaires are available only in English, Turkish, and Spanish. So, the aim of this study was to perform the translation and cross-cultural adaptation of POQL and TOQOL into Brazilian Portuguese. POQL is an instrument directed to children (2 to 7 years old) and pre-adolescents (8 to 14 years old), consisting of 10 items distributed in domains: Physical, Functional, Social and Emotional. The TOQOL is directed to adolescents (13 to 18 years old) and covers five domains: Physical, Functional, Social, Emotional and Oral Problems. Both have versions directed to the age groups involved and their parents/guardians. Initially, discussions were held about conceptual and item equivalence by a committee of experts on the subject. Then, semantic equivalence was performed, involving the following steps: (1) translations of POQL and TOQOL into Brazilian Portuguese, performed by two independent translators, Brazilians and fluent in English; (2) unification of the two translations by an expert committee; (3) back-translations were independently performed by two English native translators who have English as their native language and who are fluent in Brazilian Portuguese; (4) unification of the two back-translations by an expert committee; (5) evaluation of the unified version by the authors of the original instruments; (6) review of the translations and back-translations according to the considerations of the original authors and the expert committee; (7) pre test with the application of the questionnaires to a group of 50 subjects - 10 participants for each version of the POQL (3 versions) and TOQOL (2 versions) questionnaires, including Brazilian parents/guardians, children and adolescents, to assess the understanding and acceptability of the instruments, and subsequent correction of the identified needs; (8) elaboration of the final instruments in Brazilian Portuguese. In general the translations and back-translations were very similar and small changes were needed. In the pre test with a target population, subtle changes were indicated and incorporated in the final version of the instruments. After the completion of all steps, the Brazilian versions of B-POQL and B-TOQOL were obtained. The translations and back-translations evaluated by the original authors and by specialists, and the incorporation of suggestions from the target population, allowed the development of a version of B-POQL and B-TOQOL, in Brazilian Portuguese, semantically equivalent to the original instrument.

**Keywords:** Adolescent. Child. Quality of Life. Questionnaire. Oral health.

## LISTA DE FIGURAS

**Figura 1.** Localização de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil .....16

**Figura 2.** Etapas sequenciais da equivalência semântica .....20

### **Artigo**

**Figura 1.** Etapas sequenciais da metodologia .....31

**Figura 2.** Trecho da versão brasileira do Pediatric Oral Health Related Quality of Life (B-POQL) com maior demarcação da divisão entre questões A e B .....43

## LISTA DE QUADROS

**Quadro 1.** Versão final do *Pediatric Oral Health-Related Quality of Life (B-POQL) - Parent Report On Early Childhood (Ages 2-7)* no Português Brasileiro.....44

**Quadro 2.** Versão Final do *Pediatric Oral Health-Related Quality of Life (B-POQL) - Child Self Report (Ages 8-14)* no Português Brasileiro.....45

**Quadro 3.** Versão Final do *Pediatric Oral Health-Related Quality of Life (B-POQL) - Parent Report on Early Childhood (Ages 8-14)* no Português Brasileiro.....46

**Quadro 4.** Versão Final do *Teen Oral Health-Related Quality of Life (B-TOQOL) - Teen Self Report (Ages 13-18)* no Português Brasileiro.....47

**Quadro 5.** Versão Final do *Pediatric Oral Health-Related Quality of Life (B-TOQOL) - Parent Report on Teen (Ages 13-18)* no Português Brasileiro.....48

### Material Suplementar

**Quadro 1.** Equivalência semântica do *Pediatric Oral Health-Related Quality of Life (B-POQL) - Parent Report On Early Childhood (Ages 2-7)* para o Português Brasileiro.....49

**Continuação Quadro 1.** Equivalência semântica do *Pediatric Oral Health-Related Quality of Life (B-POQL) - Parent Report On Early Childhood (Ages 2-7)* para o Português Brasileiro.....50

**Quadro 2.** Equivalência semântica do *Pediatric Oral Health-Related Quality of Life (B-POQL) - Child Self Report (Ages 8-14)* para o Português Brasileiro.....51

**Continuação da Quadro 2.** Equivalência semântica do *Pediatric Oral Health-Related Quality of Life (B-POQL) - Child Self Report (Ages 8-14)* para o Português Brasileiro.....52

**Quadro 3.** Equivalência semântica do *Pediatric Oral Health-Related Quality of Life (B-POQL) - Parent Report on Early Childhood (Ages 8-14)* para o Português Brasileiro.....53

**Continuação Quadro 3.** Equivalência semântica do *Pediatric Oral Health-Related Quality of Life (B-POQL) - Parent Report on Early Childhood (Ages 8-14)* para o Português Brasileiro.....54

**Quadro 4.** *Equivalência semântica do Teen Oral Health-Related Quality of Life (B-TOQOL) - Teen Self Report (Ages 13-18)* para o Português Brasileiro.....55

**Continuação Quadro 4.** *Equivalência semântica do Teen Oral Health-Related Quality of Life (B-TOQOL) - Teen Self Report (Ages 13-18)* para o Português Brasileiro..... 56

**Quadro 5.** *Equivalência semântica do Pediatric Oral Health-Related Quality of Life (B-TOQOL) - Parent Report on Teen (Ages 13-18)* para o Português Brasileiro.....57

**Continuação Quadro 5.** *Equivalência semântica do Pediatric Oral Health-Related Quality of Life (B-TOQOL) - Parent Report on Teen (Ages 13-18)* para o Português Brasileiro.....58

## LISTA DE SIGLAS

B-POQL - Versão brasileira do *Pediatric Oral Health-Related Quality of Life*  
B-TOQOL - Versão brasileira do *Teen Oral Health-Related Quality of Life*  
CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior  
Caries-QC - *Caries Impacts and Experiences Questionnaire for Children*  
CNPQ - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico  
COEP/UFMG - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Minas Gerais  
CHILD-OIDP - *Child-Oral Impacts on Daily Performances*  
COHIP - *Child Oral Health Impact Profile*  
COHQoL - *Child Oral Health Quality of Life Questionnaire*  
ECOHIS - *Early Childhood Oral Health Impact Scale*  
FAO-UFMG - Faculdade de Odontologia da UFMG  
FAPEMIG - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais  
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
MG - Minas Gerais  
P-CPQ - *Parental-Caregiver Perceptions Questionnaire*  
PedsQL - *Pediatric Quality of Life Inventory™*  
POQL - *Pediatric Oral Health-Related Quality of Life*  
QVRSB - Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal  
SOHO-5 - *Scale of Oral Health Outcomes for 5 years old*  
TOQOL - *Teen Oral Health-Related Quality of Life*  
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
TALE - Termo de Assentimento Livre Esclarecido  
UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais

## SUMÁRIO

<b>1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS</b> .....	12
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	15
2.1 Objetivos Gerais.....	15
2.2 Objetivos Específicos .....	15
<b>3 METODOLOGIA EXPANDIDA</b> .....	16
3.1 Aspectos Éticos.....	16
3.2 Localização do Estudo .....	16
3.3 Desenho de Estudo.....	16
3.4 População de Estudo .....	17
3.5 Instrumentos.....	17
3.5.1 POQL .....	17
3.5.2 TOQOL .....	18
3.6 Versão preliminar do POQL e TOQOL em Português Brasileiro .....	18
3.7 Tradução e Adaptação Transcultural .....	19
3.7.1 Equivalência conceitual e de itens .....	19
3.7.2 Equivalência semântica .....	19
3.7.2.1 Tradução inicial .....	20
3.7.2.2 Conciliação das traduções e elaboração da primeira versão síntese .....	20
3.7.2.3 Retrotradução .....	20
3.7.2.4 Conciliação das retrotraduções e elaboração da segunda versão síntese .....	21
3.7.2.5 Pré teste .....	21
3.7.2.6 Produção das versões finais do B-POQL e do B-TOQOL .....	22
<b>4 RESULTADOS</b> .....	23
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	59
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	60
<b>ANEXOS</b> .....	64
<b>APÊNDICES</b> .....	65

## 1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A saúde bucal é elemento integrante da saúde geral (JU, 2021) e, portanto, também é classificada como um estado subjetivo (THOMSON; BRODER, 2018). Isso deve-se ao fato de a saúde bucal ser um conceito com múltiplas dimensões, que não pode ser completamente compreendido quando apenas a abordagem unidirecional do profissional em relação ao paciente é empregada (PERAZZO, 2020). Dessa forma, é importante que o paciente também forneça informações sobre suas expectativas e preferências e que seus preceitos guiem as tomadas de decisão clínica, em conjunto com evidências científicas e a experiência do profissional (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001; PERAZZO *et al.*, 2020). Assim, considerando a proposta da visão holística, crianças, adolescentes, adultos e idosos devem ser observados em sua totalidade, de forma que não só o diagnóstico da condição bucal do paciente seja a base para a elaboração do plano de tratamento (PERAZZO *et al.*, 2020).

A qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB) tem sido amplamente utilizada como uma medida reportada pelo paciente (*Patient-Reported Outcome*) para avaliar o impacto das condições bucais na vida diária dos indivíduos, podendo ser utilizada juntamente com indicadores clínicos (BITTENCOURT *et al.*, 2020; CHAFFEE *et al.*, 2017; SLADE, 1998). A QVRSB é um construto multidimensional associada à avaliação subjetiva do bem estar emocional e funcional, da saúde bucal, da satisfação e das expectativas do indivíduo (PERAZZO *et al.*, 2020; SISCHO; BRODER, 2011). Assim, a QVRSB se refere ao quanto o desempenho das atividades diárias e o bem estar do paciente podem ser afetados pela saúde bucal (PERAZZO *et al.*, 2020).

Em 2002, foi criado o primeiro conjunto de instrumentos específicos para avaliar a QVRSB em crianças e adolescentes de 6 a 14 anos, denominado *Child Oral Health Quality of Life Questionnaire* (COHQoL) (JOKOVIC *et al.*, 2002). A partir de então, vários questionários direcionados a crianças, adolescentes e/ou a seus pais/responsáveis, foram desenvolvidos, adaptados, validados e utilizados com o intuito de verificar a interferência das alterações bucais no progresso de uma vida saudável. Alguns exemplos são o *Child Oral Health Impact Profile* (COHIP), *Child-Oral Impacts on Daily Performances* (CHILD-OIDP), *Early Childhood Oral Health*

*Impact Scale (ECOHIS), Scale of Oral Health Outcomes for 5 years old (SOHO-5), Pediatric Quality of Life Inventory™ (PedsQL) Oral Health Scale e o Caries Impacts and Experiences Questionnaire for Children (CARIES-QC) (BROADER et al., 2007; GHERUNPONG et al., 2004; GILCHRIST et al., 2018; PAHEL et al., 2007; TSAKOS et al., 2012; STEELE et al., 2009).*

Os instrumentos de QVRSB infantil são extremamente importantes na Odontopediatria e podem contribuir não só no âmbito clínico - para o monitoramento da condição de cada paciente e orientação das escolhas de tratamento - e epidemiológico, mas também na esfera econômica com a análise de custo-utilidade (custo monetário essencial para assegurar uma melhor qualidade de vida) (THOMSON; BRODER, 2018). Além disso, identificar as consequências trazidas à vida diária dos indivíduos pelo comprometimento da saúde bucal pode contribuir para o entendimento da dimensão das inequidades e definição de grupos que necessitam de maiores cuidados. Essas informações podem ajudar a instruir programas de saúde pública a alocar de forma mais sensata os recursos financeiros disponíveis (BRODER et al., 2007; LEE et al., 2009). Nesse sentido, revisões sistemáticas recentes têm comprovado, a partir de estudos que aplicaram instrumentos de QVRSB, que crianças e adolescentes com problemas bucais apresentam impacto negativo na sua qualidade de vida relacionada à saúde bucal, ao interferir na capacidade mastigatória, fala, sono, desempenho escolar, interação social, autoestima, bem como peso e crescimento (ALRASHED et al., 2021; BARASUOL et al., 2020; JÄLEVIK et al., 2021; KRAGT et al., 2016; MILANI et al., 2021; NORA et al., 2018; ZAROR et al., 2021).

Embora existam diversos instrumentos para a avaliação da QVRSB em crianças e adolescentes, até recentemente nenhum instrumento havia sido desenvolvido com ênfase nas experiências e visões de crianças e pais de populações de baixa renda ou minorias (HUNTINGTON et al., 2011). É conhecido que existem diferenças econômicas e culturais nas atitudes e crenças da saúde bucal e a subjetividade da QVRSB. Logo, é fundamental que as medidas de QVRSB representem os domínios de impacto que são importantes para a população em geral, particularmente para a parcela da população em que as taxas de doenças bucais são mais altas. O *Pediatric Oral Health-Related Quality of Life (POQL)* (HUNTINGTON et al., 2011) e o *Teen Oral Health-Related Quality of Life (TOQOL)* (WRIGHT et al., 2017) foram criados com foco particular em famílias de baixa renda

ou população minoritária, abrangendo crianças e adolescentes de 2 a 18 anos de idade e seus pais/responsáveis, para uso em pesquisa e prática clínica.

Para o desenvolvimento do POQL foram coletados dados de pais e filhos por meio de uma amostra heterogênea - propositalmente - de escolas e clínicas odontológicas na área metropolitana de Boston, Massachusetts, EUA. O critério de baixa renda foi definido por uma média ponderada de porcentagem de crianças qualificadas para merenda gratuita ou com preço reduzido nas escolas onde os dados foram coletados.

Para o TOQOL, os participantes foram recrutados em escolas, clínicas odontológicas e organizações comunitárias locais como centros comunitários e acampamentos em Boston, Massachusetts, EUA. Nessa cidade, o percentual de pessoas que viviam abaixo de 200% do nível de pobreza, superou a média do estado em quase três quartos da cidade; uma em cada três crianças vivia na pobreza. Além disso, as escolas públicas informaram que 87% dos alunos dessa área estavam qualificados para o programa de merenda gratuita. A população de baixa renda nos EUA dispõe de maiores acessos e conforto quando comparada à do Brasil que, inegavelmente, possui elevados níveis de pobreza e desigualdade. Em relação aos grupos minoritários, os afrodescendentes por exemplo, apresentam renda média mais baixa do que caucasianos, ainda com maior disparidade no Brasil do que nos EUA (GRADÍN, 2014). Tanto o POQL quanto o TOQOL foram desenvolvidos e validados para serem utilizados no inglês, turco e espanhol (HUNTINGTON *et al.*, 2011; WRIGHT *et al.*, 2017; YAZICIOGLU *et al.*, 2018). A validação do instrumento tem como objetivo proporcionar a mensuração de elementos semelhantes em diferentes culturas. Portanto, a tradução e a adaptação transcultural desses instrumentos para o Português Brasileiro permitirá ampliar a realização de pesquisas. Além disso, auxiliará no desenvolvimento de programas nacionais de prevenção e de acesso à saúde bucal direcionados principalmente ao grupo ao qual os instrumentos têm como foco

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 Objetivo geral

Realizar a equivalência semântica do *Pediatric Oral Health-Related Quality of Life* (POQL) e o *Teen Oral Health-Related Quality of Life* (TOQOL) para a língua portuguesa do Brasil.

### 2.2 Objetivos específicos

- Traduzir o *Pediatric Oral Health-Related Quality of Life* (POQL) para a língua portuguesa do Brasil;
- Traduzir o *Teen Oral Health-Related Quality of Life* (TOQOL) para a língua portuguesa do Brasil;
- Adaptar transculturalmente o *Pediatric Oral Health-Related Quality of Life* (POQL) para a língua portuguesa do Brasil;
- Adaptar transculturalmente o *Teen Oral Health-Related Quality of Life* (TOQOL) para a língua portuguesa do Brasil.

### 3 METODOLOGIA EXPANDIDA

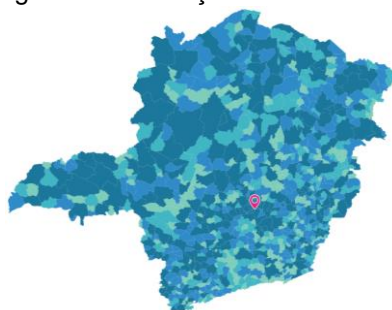
#### 3.1 Aspectos éticos

Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Minas Gerais (CEP/UFMG), sob o protocolo de número CAAE: 92157418.7.0000.5149 (ANEXO A). Foi encaminhado aos pais/responsáveis pelas crianças e adolescentes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), por meio do qual eles autorizaram a sua participação, bem como a participação dos seus filhos na pesquisa (APÊNDICE A). As crianças e adolescentes assentiram por escrito ou através da digital, por meio do Termo de Assentimento Livre Esclarecido (TALE) (APÊNDICE B). Foi assegurado a todos os participantes o direito a desistir a qualquer momento de participar do estudo. Este estudo foi conduzido em conformidade com os princípios éticos que regem as pesquisas com seres humanos de acordo com a Declaração de Helsinque.

#### 3.2 Localização do estudo

O estudo foi realizado na Faculdade de Odontologia da UFMG (FAO-UFMG), em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. O município de Belo Horizonte é a capital do estado de Minas Gerais (MG) e localiza-se na região sudeste do Brasil. A cidade apresenta área territorial de 331,401 km<sup>2</sup> e população estimada de 2.521.564 habitantes (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2020) (FIGURA 1).

Figura 1 Localização de Belo Horizonte/MG.



Fonte: IBGE, 2021

#### 3.3 Desenho do estudo

Foi realizado um estudo transversal com o objetivo de traduzir e adaptar

transculturalmente dois instrumentos (POQL e TOQOL) para a língua portuguesa do Brasil.

### 3.4 População de estudo

A FAO UFMG presta atendimento a crianças e adolescentes entre 0 e 18 anos de idade, por meio de disciplinas de Graduação e Pós-Graduação. As crianças e adolescentes atendidas na FAO-UFMG são acompanhadas pelos pais/responsáveis, que permanecem na Faculdade durante o período de atendimento. Portanto, as crianças e adolescentes atendidas na FAO-UFMG e seus pais/responsáveis foram convidados a participar do estudo, tendo em vista que a maioria se enquadra nos grupos minoritários e de baixa renda.

### 3.5 Instrumentos

#### 3.5.1 *Pediatric Oral Health-Related Quality of Life (POQL)*

O POQL é um instrumento válido e confiável indicado para medir o impacto das condições de saúde bucal na QVRSB de crianças pré-escolares e em idade escolar (idades entre 2 e 7 anos) e pré-adolescentes (idades variando entre 8 e 14 anos). Está disponível nos idiomas inglês, espanhol e turco (HUNTINGTON *et al.*, 2011; YAZICIOGLU *et al.*, 2018). Trata-se de um conjunto de versões direcionadas aos pais/responsáveis (*Parent Report on Early Childhood* para crianças de 2 a 7 anos; *Parent Report on School-Age Child* para pré-adolescentes de 8 a 14 anos) e versões direcionadas para crianças (*Child Self Report – School Age* para crianças/adolescentes de 8 a 14 anos). Com 10 itens distribuídos em quatro domínios (Social, Funcional, Físico e Emocional), o POQL possui aplicabilidade para uso em avaliações clínicas e em estudos populacionais em grande escala (ANEXO B). Para cada item, é questionado “Com que frequência isto aconteceu” e “O quanto você/seu filho ficou incomodado”. Os questionários apresentam respostas em escala ordinal. Portanto, para “Com que frequência isto aconteceu” há quatro opções de respostas, que variam de “O tempo todo” à “Não aconteceu”. Os escores de cada item variam de forma decrescente (3 a 0 pontos, respectivamente). Já a segunda, apresenta 5 opções de respostas que variam de “Muito incomodado” à “Não

aconteceu”, e os escores decrescentes de 4 a 0 pontos, respectivamente. A pontuação final é avaliada e, quanto maior o escore, maior o impacto negativo na QVRSB.

O instrumento conta ainda com perguntas globais, respondidas por crianças, adolescentes e pais/responsáveis conforme a versão do questionário, como: “Em geral, como você avalia a saúde dos seus dentes e sua boca?” e “Quando foi a última vez que você foi ao dentista tratar dos seus dentes?”, feitas com o intuito de avaliar o *status* atual da saúde bucal dos pais/responsáveis e, no caso do *Child Self Report – School Age* (8 a 14 anos), para que também os próprios participantes possam responder. As respostas podem variar de “Excelente” à “Ruim” e os escores variam de 5 a 1 respectivamente. Nesse caso, quanto maior a pontuação, menor o impacto na QVRSB.

### 3.5.2 Teen Oral Health-Related Quality of Life (TOQOL)

O TOQOL foi desenvolvido para medir o impacto das condições de saúde bucal na QVRSB de crianças e adolescentes entre 13 a 18 anos de idade, disponível nos idiomas inglês e espanhol (WRIGHT *et al.*, 2017). Ele possui versões direcionadas a essa faixa etária (*Teen Self-Report*) e aos pais/responsáveis (*Parent Report on Teen*). O TOQOL é constituído por 17 itens que abrangem cinco domínios: Físico, Funcional, Social, Problemas bucais e Emocional (ANEXO C). Para cada item é questionado “Com que frequência isto aconteceu” e “O quanto seu filho ficou incomodado” - no questionário direcionado aos pais - e “O quanto incomodado você ficou” na versão direcionada às crianças e adolescentes. As perguntas apresentam respostas em escala ordinal. Portanto, para a primeira há quatro opções de respostas que variam de “O tempo todo” à “Não aconteceu”, com escores de 3 a 0 pontos, respectivamente. Já a segunda, apresenta 5 opções de respostas que variam de “Muito incomodado” à “Não aconteceu”, e os escores de 4 a 0 pontos, respectivamente. A pontuação final é avaliada e, quanto maior o escore, maior o impacto negativo na qualidade de vida. As perguntas globais são feitas seguindo a mesma lógica do POQL, assim como a pontuação e análise dos escores.

### 3.6 Versão preliminar das versões brasileiras do POQL e TOQOL

Durante o desenvolvimento dos instrumentos originais, os autores construíram uma versão preliminar em Português Brasileiro a partir de entrevistas com uma população composta por brasileiros residentes em Boston, Estados Unidos. Essa versão foi utilizada como base, na fase de conciliação, para que fossem feitas as comparações entre essa versão, as duas versões enviadas pelos tradutores brasileiros – residentes no Brasil – e a original.

### 3.7 Tradução e Adaptação transcultural

A operacionalização da tradução e adaptação transcultural foi desenvolvida de acordo com os critérios estabelecidos na literatura (BEATON *et al.*, 2000; BORSA, 2012; HERDMAN *et al.*, 1998). Para isto, foram realizadas as seguintes etapas: equivalência conceitual, de itens e semântica.

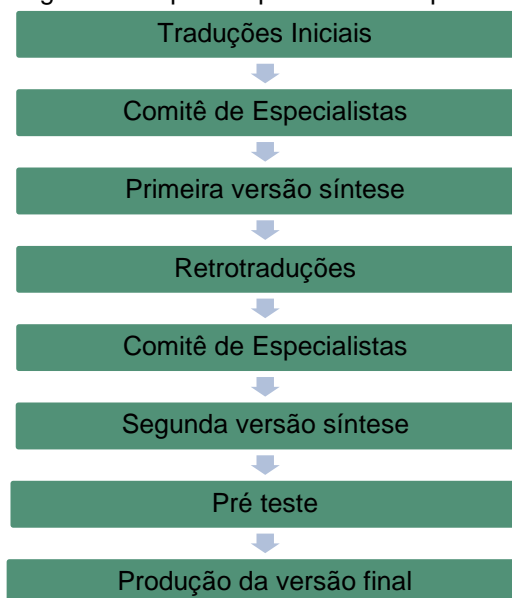
#### 3.7.1 *Equivalência conceitual e de itens*

A equivalência conceitual e de itens compreenderam o embasamento teórico e a análise conceitual sobre o tema. Para isto, um Comitê de Especialistas constituído por três cirurgiões-dentistas especialistas, mestres e doutores em Odontopediatria e uma cirurgiã-dentista analisaram o referencial teórico do instrumento original, a partir de uma revisão da literatura sobre o tema. O objetivo da discussão foi avaliar se os diferentes domínios abarcados pelos instrumentos originais eram relevantes para o novo contexto ao qual seriam adaptados.

#### 3.7.2 *Equivalência semântica*

A avaliação da equivalência semântica é a capacidade de transferência de sentido contidos nos instrumentos originais para as novas versões, propiciando um efeito semelhante nos respondentes nas duas culturas. A figura 2 ilustra as etapas sequenciais da equivalência semântica.

Figura 2. Etapas sequenciais da equivalência semântica.



Fonte: Elaborado pela autora, 2021

### 3.7.2.1 Tradução inicial

Esta etapa consistiu na tradução dos instrumentos para o Português Brasileiro por dois tradutores independentes (ambos brasileiros e fluentes na língua inglesa). Esses indivíduos foram esclarecidos quanto à natureza dos instrumentos e orientados a usar termos que pudessem ser compreendidos por pessoas com poucos anos de estudo.

### 3.7.2.2 Conciliação das traduções e elaboração da primeira versão síntese

As duas traduções foram comparadas à versão original em Inglês e à versão preliminar em Português Brasileiro pelo comitê de especialistas para obter a primeira versão síntese em Português Brasileiro.

### 3.7.2.3 Retrotradução

A versão síntese dos questionários foi retrotraduzida para o Inglês por dois tradutores profissionais que possuíam como língua materna o Inglês e eram fluentes no Português do Brasil. Diferentemente da fase de “Tradução”, nenhum dos tradutores tinha formação na área da saúde, ciência sobre os conceitos explorados no instrumento e nem conhecimento prévio dos instrumentos originais. Logo, eram

considerados ingênuos e portanto, menos influenciados pelo objetivo acadêmico, com o objetivo de evitar vieses de informação.

#### *3.7.2.4 Conciliação das retrotraduções e elaboração da segunda versão síntese*

As duas retrotraduções foram comparadas pelo Comitê de Especialistas à versão original em Inglês e à primeira versão síntese em Português Brasileiro para se obter uma segunda versão síntese em Inglês. Essa segunda versão síntese foi enviada para apreciação aos autores dos instrumentos originais, que qualificaram a versão retrotraduzida como muito semelhante à versão original e, portanto, bem sucedida, não sugerindo modificações. O Comitê de Especialistas considerou as sugestões e opiniões dos autores dos instrumentos originais e após as considerações foi criada a segunda versão síntese em Português Brasileiro.

#### *3.7.2.5 Pré teste*

A segunda versão síntese foi aplicada em um total de 50 indivíduos incluindo crianças e adolescentes (com idade entre 2 e 18 anos) e seus pais/responsáveis por meio de entrevista, em que foi explicada a proposta do questionário, o objetivo dessa etapa e em seguida, realizada a entrega do formulário para preenchimento. Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: crianças e adolescentes com idade entre 2 e 18 anos; pais/responsáveis de crianças e adolescentes com idade entre 2 e 18 anos. Foram excluídos os participantes que não possuíam o Português Brasileiro como língua nativa, não eram alfabetizados; crianças e adolescentes que estavam usando aparelho ortodôntico e/ou que já sofreram traumatismo dentário e crianças e adolescentes com desordens cognitivas relatadas pelos pais/responsáveis.

Foram selecionados 10 participantes para cada versão dos questionários POQL (3 versões) e TOQOL (2 versões). No B-POQL, as divisões dos participantes foram realizadas da seguinte forma: Relato de Pais sobre a Primeira Infância (Idades 2 a 7 anos) – 10 participantes; Relato de Pais sobre Crianças em Idade Escolar (Idades 8 a 14 anos) – 10 participantes; Auto Relato da Criança em Idade Escolar (Idades 8 a 14 anos) – 10 participantes. No B-TOQOL, as divisões dos participantes foram realizadas da seguinte forma: Relato de Pais Sobre Adolescentes – 10

participantes; Auto Relato do Adolescente – 10 participantes. Assim, foi verificado se as perguntas e expressões utilizadas eram compreendidas ou se seria relatada necessidade de substituir alguma expressão. Essa amostra de 50 indivíduos foi considerada ideal e satisfatória para o pré teste tendo em vista que, após determinadas sugestões (ver tópico Resultados), o Comitê não observou novas/diferentes dúvidas ou recomendações por parte dos participantes. Participaram dessa etapa indivíduos de diferentes classes sociais por se considerar que, apesar de os instrumentos serem direcionados a grupos minoritários e de baixa renda, eles podem também ser administrados a outras parcelas da população.

#### *3.7.2.6 Produção das versões finais do B-POQL e B-TOQOL*

Com base nas análises das respostas obtidas no pré teste e discussão do comitê de especialistas, foi produzida a versão final do POQL e do TOQOL em Português Brasileiro (APÊNDICES C e D).

## 4 RESULTADOS

Os resultados do trabalho foram descritos no artigo apresentado a seguir.

*EQUIVALÊNCIA SEMÂNTICA DAS VERSÕES BRASILEIRAS DO PEDIATRIC ORAL HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE (B-POQL) E TEEN ORAL HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE (B-TOQOL)*

Luna Chagas Clementino<sup>1</sup>, Valéria Almeida Fabretti<sup>1</sup>, Matheus França Perazzo<sup>1</sup>, Woosung Sohn<sup>2</sup>, Judith A. Jones<sup>3</sup>, Raul I. Garcia<sup>4</sup>, Saul Martins Paiva<sup>1</sup>, Paulo Antônio Martins-Júnior<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Saúde Bucal da Criança e do Adolescente, Faculdade de Odontologia Universidade Federal de Minas Gerais, Av. Antônio Carlos 6627, Belo Horizonte, MG, 31270-901, Brasil

<sup>2</sup>Faculty of Medicine and Health, The University of Sydney, Sidney, Australia

<sup>3</sup>School of Dentistry, University of Detroit Mercy, Detroit, USA

<sup>4</sup>Department of Health Policy and Health Services Research, Henry M. Goldman School of Dental Medicine, Boston University, Boston, USA

Autor Correspondente:

Paulo Antônio Martins Júnior, PhD

Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais

Av. Antônio Carlos 6627, Belo Horizonte, MG, 31270-901, Brasil

Telefone: +55 31 34092432

E-mail: pauloa-martinsjunior@ufmg.br

## RESUMO

Até o momento, o *Pediatric Oral Health-Related Quality of Life* (POQL) e o *Teen Oral Health-Related Quality of Life* (TOQOL) representam os únicos instrumentos desenvolvidos para crianças e adolescentes entre 2 e 18 anos com foco particular em populações de baixa renda ou minoritárias. O objetivo deste estudo foi realizar a tradução e a adaptação transcultural do POQL e do TOQOL para a língua portuguesa do Brasil. O POQL é um instrumento direcionado a crianças (2 a 7 anos) e pré-adolescentes (8 a 14 anos), sendo composto por 10 itens distribuídos em quatro domínios: Físico, Funcional, Social e Emocional. O TOQOL é direcionado para adolescentes (13 a 18) e abrange cinco domínios: Físico, Funcional, Social, Problemas Bucais e Emocional. Ambos possuem versões direcionadas aos grupos etários envolvidos e seus pais/responsáveis. As equivalências conceitual e de itens foram realizadas pelo Comitê de Especialistas e, em seguida, foi feita a equivalência semântica, com a participação do Comitê de Especialistas, dos tradutores e retrotradutores, dos autores dos instrumentos originais e de uma amostra contendo 50 participantes (crianças, adolescentes e pais/responsáveis). Essa etapa da equivalência envolveu: traduções do POQL e TOQOL para o Português Brasileiro; unificação das duas traduções; duas retrotraduções; unificação das duas retrotraduções; envio/avaliação da versão unificada pelos autores dos instrumentos originais; revisão das traduções e retrotraduções; pré teste com a aplicação dos questionários (pais/responsáveis, crianças e adolescentes brasileiros) e correção das necessidades identificadas; elaboração dos instrumentos finais no Português Brasileiro. No geral, as traduções e retrotraduções foram muito similares e pequenas mudanças foram necessárias. No pré teste com a população-alvo, sutis mudanças foram indicadas e incorporadas na versão final dos instrumentos. Após a finalização de todas as etapas, as versões brasileiras do B-POQL e B-TOQOL foram obtidas. As traduções, retrotraduções e a incorporação de sugestões da população-alvo, permitiram o desenvolvimento das versões brasileiras do B-POQL e B-TOQOL semanticamente equivalentes ao instrumentos originais.

Palavras-chave: Adolescente. Criança. Qualidade de vida. Questionário. Saúde bucal.

## INTRODUÇÃO

A qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB) tem sido amplamente utilizada como uma medida reportada pelo paciente (*Patient-Reported Outcome*) no paciente para avaliar o impacto das condições bucais na vida diária dos indivíduos (BITTENCOURT *et al.*, 2020; CHAFFEE *et al.*, 2017; PERAZZO *et al.*, 2020). A QVRSB é um construto multidimensional associado à avaliação subjetiva do bem estar emocional e funcional, da saúde bucal, da satisfação e das expectativas do indivíduo (PERAZZO *et al.*, 2020; SISCHO; BRODER, 2011). Assim, ela se refere ao quanto o desempenho das atividades diárias e o bem estar do paciente podem ser afetados pela saúde bucal (PERAZZO *et al.*, 2020).

Em 2002, foi criado o primeiro conjunto de instrumentos específicos para avaliar a QVRSB em crianças e adolescentes de 6 a 14 anos, denominado *Child Oral Health Quality of Life Questionnaire* (COHQoL) (JOKOVIC *et al.*, 2002). A partir de então, vários questionários direcionados a crianças, adolescentes e/ou a seus pais/responsáveis, foram desenvolvidos, adaptados e validados (BROADER *et al.*, 2007; GHERUNPONG *et al.*, 2004; GILCHRIST *et al.*, 2018; PAHEL *et al.*, 2007; TSAKOS *et al.*, 2012; STEELE *et al.*, 2009). Os instrumentos de QVRSB infantil são extremamente importantes por contribuírem no âmbito clínico, epidemiológico, na esfera econômica com a análise de custo-utilidade (custo monetário essencial para assegurar uma melhor qualidade de vida) (THOMSON; BRODER, 2018). Além disso, auxiliam na identificação das consequências trazidas à vida diária dos indivíduos devido ao comprometimento da saúde bucal. Isso pode contribuir para o entendimento da dimensão das inequidades e definição de grupos que necessitam de maiores cuidados. Logo, essas informações podem ajudar a instruir programas de saúde pública a alocar de forma mais sensata os recursos financeiros disponíveis (BRODER *et al.*, 2007; LEE *et al.*, 2009). Nesse sentido, revisões sistemáticas recentes têm comprovado que crianças e adolescentes com problemas bucais apresentam impacto negativo na sua qualidade de vida relacionada à saúde bucal, ao interferir na capacidade mastigatória, fala, sono, desempenho escolar, interação social, autoestima, bem como peso e crescimento (ALRASHED *et al.*, 2021; BARASUOL *et al.*, 2020; JÄLEVIK *et al.*, 2021; KRAGT *et al.*, 2016; MILANI *et al.*, 2021; NORA *et al.*, 2018; ZAROR *et al.*, 2021).

Embora existam diversos instrumentos para a avaliação da QVRSB em

crianças e adolescentes, até recentemente nenhum instrumento havia sido desenvolvido com ênfase nas experiências e visões de crianças e pais de populações de baixa renda ou minorias (HUNTINGTON *et al.*, 2011; PAIVA *et al.*, 2018; PERAZZO *et al.*, 2020). É conhecido que existem diferenças econômicas e culturais nas atitudes e crenças da saúde bucal e a subjetividade da QVRSB. Logo, é fundamental que as medidas de QVRSB representem os domínios de impacto que são importantes para a população em geral, particularmente para a parcela da população em que as taxas de doenças bucais são mais altas. O *Pediatric Oral Health-Related Quality of Life* (POQL) (HUNTINGTON *et al.*, 2011) e o *Teen Oral Health-Related Quality of Life* (TOQOL) (WRIGHT *et al.*, 2017), são os primeiros instrumentos desenvolvidos com foco particular em famílias de baixa renda ou população minoritária, abrangendo crianças e adolescentes de 2 a 18 anos de idade e seus pais/responsáveis. No entanto, esses instrumentos estão disponíveis apenas no inglês, espanhol e turco.

Portanto, o objetivo deste estudo foi traduzir e adaptar transculturalmente o *Pediatric Oral Health-Related Quality of Life* (B-POQL) e o *Teen Oral Health-Related Quality of Life* (B-TOQOL) para a língua portuguesa do Brasil.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

### **Instrumentos**

#### *Pediatric Oral Health-Related Quality of Life (POQL)*

O POQL é um instrumento válido e confiável indicado para medir o impacto das condições de saúde bucal na QVRSB em crianças pré-escolares e em idade escolar (idades entre 2 e 7 anos) e pré-adolescentes (idades variando entre 8 e 14 anos) (HUNTINGTON *et al.*, 2011). Ele possui versões direcionadas aos pais/responsáveis (*Parent Report on Early Childhood* para crianças de 2 a 7 anos; *Parent Report on School-Age Child* para pré-adolescentes de 8 a 14 anos) e versões direcionadas para crianças (*Child Self Report – School Age* para crianças/adolescentes de 8 a 14 anos).

Com 10 itens distribuídos em quatro domínios (Social, Funcional, Físico e Emocional), o POQL possui utilidade para aplicação em avaliações clínicas e em

estudos populacionais em grande escala. Para cada item é questionado “Com que frequência isto aconteceu” e “O quanto seu filho ficou incomodado” - no questionário direcionado aos pais - e “O quanto incomodado você ficou” na versão direcionada às crianças. Os questionários apresentam respostas em escala ordinal. Portanto, para a primeira pergunta há quatro opções de respostas que variam de “O tempo todo” à “Não aconteceu”, com escores de 3 a 0 pontos, respectivamente. Já a segunda, apresenta 5 opções de respostas que variam de “Muito incomodado” à “Não aconteceu”, e os escores de 4 a 0 pontos, respectivamente. A pontuação final é avaliada e, quanto maior o escore, maior o impacto negativo na QVRSB.

O instrumento conta ainda com perguntas globais, como: “Em geral, como você avalia a saúde dos seus dentes e sua boca?” e “Quando foi a última vez que você foi ao dentista tratar dos seus dentes?”, feitas com o intuito de avaliar o *status* atual da saúde bucal dos pais/responsáveis e, no caso do *Child Self Report – School Age* (8 a 14 anos), para que também os próprios participantes possam responder. As respostas podem variar de “Excelente” à “Ruim” e os escores variam de 5 a 1 respectivamente. Nesse caso, quanto maior a pontuação, maior o impacto negativo na QVRSB.

#### *Teen Oral Health-Related Quality of Life (TOQOL)*

O TOQOL foi desenvolvido para medir o impacto das condições de saúde bucal na QVRSB de crianças e adolescentes entre 13 a 18 anos de idade (WRIGHT *et al.*, 2017). Ele possui versões direcionadas a essa faixa etária (*Teen Self-Report*) e aos pais/responsáveis (*Parent Report on Teen*). O TOQOL é constituído por 17 itens que abrangem cinco domínios: Físico, Funcional, Social, Problemas bucais e Emocional. Para cada item é questionado “Com que frequência isto aconteceu” e “O quanto seu filho ficou incomodado” - no questionário direcionado aos pais - e “O quanto incomodado você ficou” na versão direcionada às crianças e adolescentes. As perguntas apresentam respostas em escala ordinal. Portanto, para a primeira há quatro opções de respostas que variam de “O tempo todo” à “Não aconteceu”, com escores de 3 a 0 pontos, respectivamente. Já a segunda, apresenta 5 opções de respostas que variam de “Muito incomodado” à “Não aconteceu”, e os escores de 4 a 0 pontos, respectivamente. A pontuação final é avaliada e, quanto maior o escore, maior o impacto negativo na qualidade de vida. As perguntas globais (“No geral,

como você avalia a saúde dos seus dentes e da sua boca?”, “No geral, como você descreve suas experiências com o seu dentista?”, “Quando foi a última vez que você foi ao dentista tratar dos seus dentes?”, “Na última vez que você foi ao dentista tratar dos seus dentes, qual foi o motivo da consulta?”), são feitas seguindo a mesma lógica do POQL, assim como a pontuação e análise dos escores.

### **Desenho do estudo**

Foi realizado um estudo transversal com o objetivo de traduzir e adaptar transculturalmente o POQL e o TOQOL para a língua portuguesa do Brasil.

### **População de estudo**

Crianças e adolescentes com idade entre 2 e 18 anos de idade atendidos nas clínicas da FAO-UFMG e seus pais/responsáveis foram convidados a participar da etapa de pré teste, tendo em vista que a maioria se enquadra nos grupos minoritários e de baixa renda.

### **Versão preliminar do POQL e TOQOL em Português Brasileiro**

Durante o desenvolvimento dos instrumentos originais, os autores construíram uma versão preliminar em Português Brasileiro a partir de entrevistas com uma população composta por brasileiros residentes em Boston, Estados Unidos. Essa versão foi utilizada como base, na fase de conciliação, para que fossem feitas as comparações entre essa versão, as duas versões enviadas pelos tradutores brasileiros – residentes no Brasil – e a original.

### **Tradução e adaptação transcultural**

A operacionalização da tradução e adaptação transcultural foi desenvolvida de acordo com os critérios estabelecidos na literatura (BEATON *et al.*, 2000; BORSA, 2012; HERDMAN *et al.*, 1998).

*Equivalência conceitual e de itens*

Nesta etapa, um Comitê de Especialistas constituído por três cirurgiões-dentistas especialistas, mestres e doutores em Odontopediatria e uma cirurgiã-dentista analisaram o referencial teórico do instrumento original, a partir de uma revisão da literatura sobre o tema. O objetivo da discussão foi avaliar se os diferentes domínios abarcados pelos instrumentos originais eram relevantes para o novo contexto ao qual seriam adaptados.

#### *Tradução inicial*

Esta etapa consistiu na tradução dos questionários para o Português Brasileiro por dois tradutores independentes (ambos brasileiros e fluentes na língua inglesa). Esses indivíduos foram esclarecidos quanto à natureza dos instrumentos e orientados a usar termos que pudessem ser compreendidos por pessoas com poucos anos de estudo.

#### *Conciliação das traduções e elaboração da primeira versão síntese*

As duas retrotraduções foram comparadas pelo Comitê de Especialistas à versão original em Inglês e à primeira versão síntese em Português Brasileiro para se obter uma primeira versão síntese em Inglês.

#### *Retrotradução*

A versão síntese dos questionários foi retrotraduzida para o Inglês por dois tradutores profissionais que possuíam como língua materna o Inglês e eram fluentes no Português do Brasil. Diferentemente da fase de “Tradução”, nenhum dos tradutores tinha formação na área da saúde, ciência sobre os conceitos explorados no instrumento e nem conhecimento prévio dos instrumentos originais. Logo, eram considerados ingênuos e portanto, menos influenciados pelo objetivo acadêmico, com o objetivo de evitar vieses de informação.

#### *Conciliação das retrotraduções e elaboração da segunda versão síntese*

As duas retrotraduções foram comparadas pelo Comitê de Especialistas à

versão original em Inglês e à primeira versão síntese em Português Brasileiro para se obter uma segunda versão síntese em Inglês. Essa segunda versão síntese foi enviada para apreciação aos autores dos instrumentos originais, que qualificaram a versão retrotraduzida como muito semelhante à versão original e, portanto, bem sucedida, não sugerindo modificações. O Comitê de Especialistas considerou as sugestões e opiniões dos autores dos instrumentos originais e após as considerações foi criada a segunda versão síntese em Português Brasileiro.

### *Pré teste*

A segunda versão síntese foi aplicada em um total de 50 indivíduos incluindo crianças e adolescentes (com idade entre 2 e 18 anos) e seus pais/responsáveis por meio de entrevista, em que foi explicada a proposta do questionário, o objetivo dessa etapa e em seguida, realizada a entrega do formulário para preenchimento. Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: crianças e adolescentes com idade entre 2 e 18 anos; pais/responsáveis de crianças e adolescentes com idade entre 2 e 18 anos. Todos os participantes eram nativos no Brasil. Foram excluídos os participantes que não possuíam o Português Brasileiro como língua nativa, não eram alfabetizados; crianças e adolescentes que estavam usando aparelho ortodôntico e/ou que já sofreram traumatismo dentário e crianças e adolescentes com desordens cognitivas relatadas pelos pais/responsáveis.

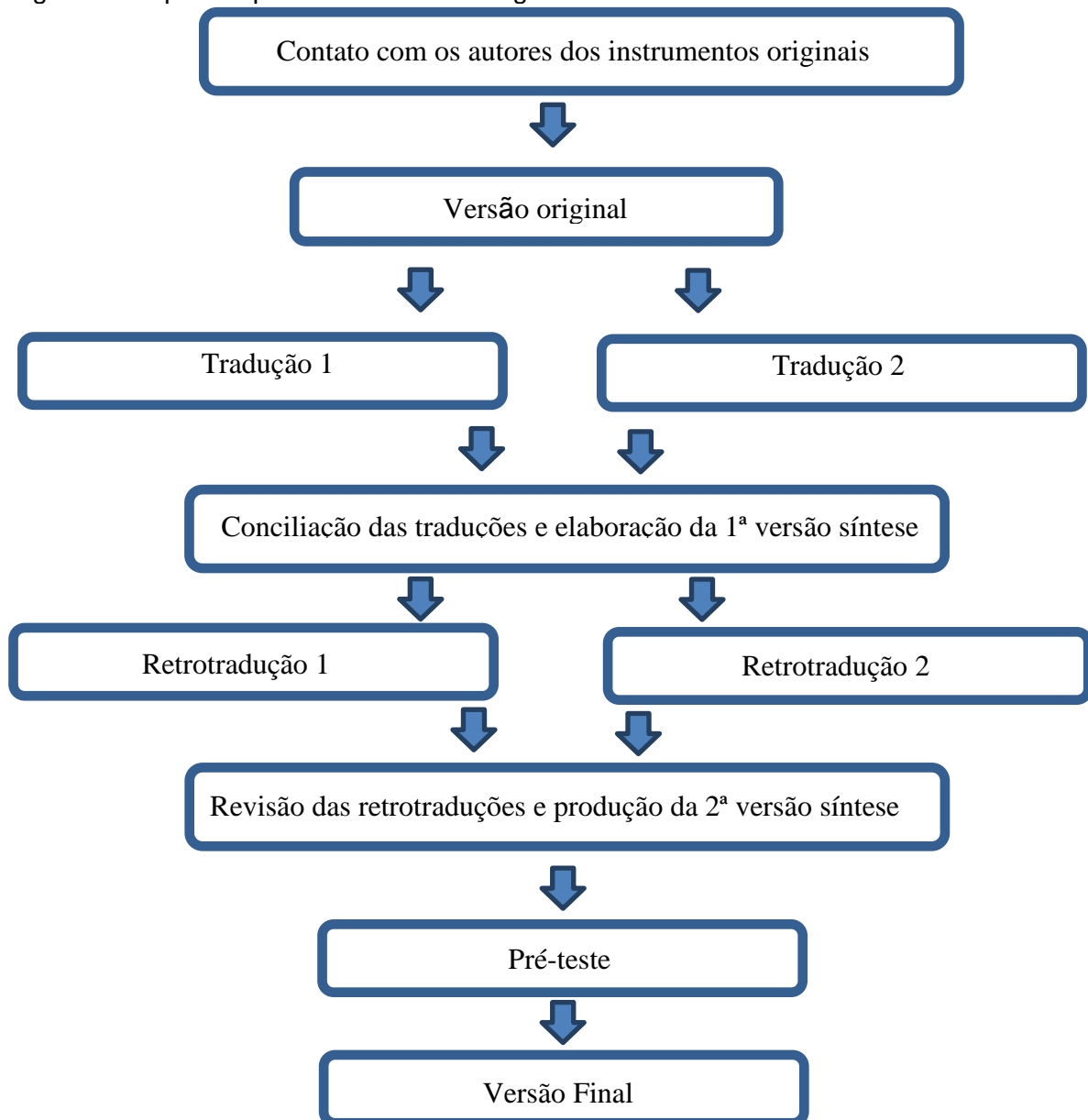
Foram selecionados 10 participantes para cada versão dos questionários POQL (3 versões) e TOQOL (2 versões). No B-POQL, as divisões dos participantes foram realizadas da seguinte forma: Relato de Pais sobre a Primeira Infância (Idades 2 a 7 anos) – 10 participantes; Relato de Pais sobre Crianças em Idade Escolar (Idades 8 a 14 anos) – 10 participantes; Auto Relato da Criança em Idade Escolar (Idades 8 a 14 anos) – 10 participantes. No B-TOQOL, as divisões dos participantes foram realizadas da seguinte forma: Relato de Pais Sobre Adolescentes – 10 participantes; Auto Relato do Adolescente – 10 participantes. Assim, foi verificado se as perguntas e expressões utilizadas eram compreendidas ou se seria relatada necessidade de substituir alguma expressão. Essa amostra de 50 indivíduos foi considerada ideal e satisfatória para o pré teste tendo em vista que após determinadas sugestões, o Comitê não observou novas/diferentes dúvidas ou recomendações por parte dos participantes. Participaram indivíduos de diferentes

classes sociais ao considerar que, apesar de os instrumentos serem direcionados a grupos minoritários e de baixa renda, eles podem também ser administrados à outras parcelas da população.

#### *Produção das versões finais do B-POQL e B-TOQOL*

Com base nas análises das respostas obtidas no pré teste e discussão do comitê de especialistas, foi produzida a versão final dos instrumentos em Português Brasileiro.

Figura 1. Etapas sequenciais da metodologia



### *Aspectos éticos*

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (COEP) da UFMG, sob o protocolo de número CAAE: 92157418.7.0000.5149. Os participantes leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Termo de Assentimento concordando com a participação no estudo.

## **RESULTADOS**

Na fase da equivalência conceitual e de itens, as versões originais do POQL e do TOQOL foram avaliadas em relação à pertinência e à relevância dos itens e consideradas compatíveis com o público alvo. Não houve necessidade de questionar os autores dos instrumentos originais quanto aos termos, assim como de acrescentar ou remover alguma pergunta do instrumento. Em relação à versão preliminar em Português Brasileiro realizada pelos autores originais com a população de brasileiros residentes em Boston, foi comprovada a hipótese de que o questionário traduzido nessa cidade não deveria ser aplicado no Brasil, ao considerar que os participantes já haviam incorporado aspectos culturais dos Estados Unidos e, portanto, viviam em um ambiente social, econômico e cultural diferente do Brasil.

Na fase de tradução, observou-se que ambas as traduções mostraram-se semelhantes ao manterem os mesmos sentidos das sentenças. Porém, foram observadas pequenas divergências em relação à escolha de algumas palavras e expressões pelos tradutores 1 e 2. Essas discrepâncias foram solucionadas na fase de conciliação. Foram selecionados os termos que pudessem proporcionar maior facilidade de entendimento aos entrevistados, mesmo que menos formais. Por exemplo, na questão "*What was the reason(s) for your last dental visit?*" (Na última vez que você foi ao dentista tratar dos seus dentes, qual foi o motivo da consulta?), para a opção de resposta "*Emergency (tooth injury)*" o termo escolhido foi "Emergência (dente quebrado)" ao invés de "Urgência (fratura de dente)", visando facilitar a compreensão. Na questão "*Were you/was your child angry or upset because of your teeth or mouth?*", item 8 das versões do POQL 8 a 14 anos e item

10 das versões do TOQOL 13 a 18 anos, para “*angry or upset*”, optou-se por “irritado ou chateado” ao invés de “nervoso ou chateado”, tendo em vista que “nervoso” poderia transmitir a ideia de irritado, mas também de ansioso.

Na fase da retrotradução, os dois tradutores profissionais retrotraduziram os instrumentos do Português Brasileiro para o Inglês. Foram observadas apenas pequenas discrepâncias na utilização de alguns termos. Por exemplo, para o item 7 do B-TOQOL Versão Pais, o retrotradutor 1 sugeriu “*Has your child not wanted to smile or laugh close to other people because of his or her teeth or mouth?*”, enquanto que o retrotradutor 2 sugeriu “*Did your son/daughter not want to smile or laugh near other people because of his/her teeth or mouth?*”. A pergunta original é “*Did your child not want to laugh or smile around others because of his or her teeth or mouth?*”. Foi selecionada a sugestão do retrotradutor 2. Apesar do uso de vocabulários distintos, no geral, ambas as versões estavam praticamente idênticas. Após a revisão dessas duas versões, foi criada a segunda versão síntese. Essa versão foi enviada aos autores dos instrumentos para a comparação com a versão original, que a consideraram muito semelhantes entre si. Os autores originais não sugeriram qualquer modificação em termos, palavras ou sentenças.

Finalmente, na etapa do pré teste foi avaliada a compreensão dos participantes - crianças, adolescentes e pais/responsáveis - quanto às perguntas, termos, palavras e formato dos questionários. Os participantes apontaram algumas dificuldades de entendimento. Para algumas crianças/adolescentes, por exemplo, no item “Na última vez que você foi ao dentista tratar dos seus dentes, qual foi o motivo da consulta?”, foi difícil entender o significado das respostas “coroa”, “restauração” e “selante”. Optou-se por substituir “restauração” por “restauração/massinha”. Outro exemplo foi a dificuldade dos pais para compreender a palavra “desamparado”, nas versões do B-POQL (2 a 7 anos / 8 a 14 anos), item 7 (Você se sentiu desamparado por causa de problemas nos dentes ou na boca do seu filho?”. Dessa forma, o comitê de especialistas optou por substituir “você se sentiu desamparado [...]” por “você sentiu que ninguém te ajudou [...]” para evitar interpretações ambíguas (abandonado, solitário, desprotegido, sem auxílio). Além disso, foi sugerido também pelos pais, que uma divisão melhor demarcada fosse feita entre as perguntas “Com que frequência isto aconteceu” e “O quanto incomodado você/seu filho ficou”, como demonstrado na figura 2. Outro comentário realizado tanto por um pai/responsável quanto por uma criança, foi em relação à falta de entusiasmo provocada pela

repetitividade das perguntas. Após as considerações, o grupo decidiu pela manutenção de todas as questões tendo em vista que não há repetição, mas sim questões que avaliam o mesmo domínio e, portanto, parecidas. Foram feitas todas as adaptações necessárias e em seguida, criada a versão final das versões brasileiras do B-POQL e do B-TOQOL (Quadros 1, 2, 3, 4 e 5). As modificações realizadas em cada fase estão descritas nos Quadros 1, 2, 3, 4 e 5 do Material Suplementar.

## **DISCUSSÃO**

Este estudo apresentou o processo de tradução e adaptação transcultural do POQL e do TOQOL para o Português Brasileiro, demonstrando que as versões possuem equivalência semântica às versões originais em Inglês. O POQL e o TOQOL possuem características singulares, como serem os únicos, até então, a possuir foco particular em pais e crianças/adolescentes de baixa renda e grupos minoritários (HUNTINGTON *et al.*, 2011; WRIGHT *et al.*, 2017). Além disso, para cada pergunta do instrumento, o respondente informa sobre a frequência em que os eventos aconteceram e o quanto incomodado ele ficou, fornecendo uma visão mais completa sobre o impacto dos problemas bucais na sua QVRSB. Ademais, os instrumentos foram construídos com a mesma base teórica para indivíduos de 2 à 18 anos, o que permite sua utilização em estudos longitudinais; por fim, a existência de versões para as crianças/adolescentes e seus pais/responsáveis possibilita uma visão quanto ao impacto dos problemas bucais na QVRSB sob diferentes perspectivas.

Ainda sobre a característica ímpar do foco em grupos minoritários e de baixa renda, essa parcela da população dispõe de maiores acessos e conforto nos EUA quando comparada ao Brasil que, inegavelmente, possui elevados níveis de pobreza e desigualdade. Os afrodescendentes por exemplo, apresentam renda média mais baixa do que caucasianos em ambos os países, com maior disparidade no Brasil do que nos EUA (GRADÍN, 2014). Dessa forma, a validação dos instrumentos é essencial já que proporciona a mensuração de elementos semelhantes em diferentes culturas.

A tradução e adaptação de um instrumento preexistente à cultura de uma população alvo pode proporcionar diversos benefícios, tais como: viabilizar a

avaliação da qualidade de vida em contextos culturais diferentes; propiciar uma medida padrão para o uso em estudos internacionais; permitir comparações entre grupos nacionais/culturais ao basear-se em uma medida padrão própria para medir o fenômeno transcultural, além de ser menos oneroso e demorado do que criar um novo instrumento. Porém, é importante lembrar que esse processo consome tempo, envolve pessoas e, portanto, exige atenção cuidadosa (BEKES *et al.*, 2021; GUILLEMIN *et al.*, 1993; MONTOYA *et al.*, 2021; YAZICIOGLU *et al.*, 2018). Diante disso, determinou-se que esses instrumentos teriam grande utilidade e aplicabilidade no Brasil e, dessa forma, foi realizado o processo de equivalência semântica para o Português Brasileiro.

Para que o processo de tradução e adaptação transcultural seja realizado com sucesso (HE; WANG, 2020), é necessário seguir rigorosamente etapas sequenciais determinadas por diretrizes internacionais (HERDMAN *et al.*, 1998; BEATON *et al.*, 2000; BORSA, 2012). O passo inicial do processo de validação de um instrumento para uso em um novo país consiste na avaliação da sua base teórica e verificação se o seu construto pode ser aplicado na cultura para a qual está sendo traduzido e adaptado (EPSTEIN *et al.*, 2015; MAGNO *et al.*, 2019; YASSIR *et al.*, 2017). Sendo assim, na fase de equivalência conceitual e de itens foi observado que o questionário era apropriado à cultura brasileira, assim como feito na adaptação transcultural do *Scale of Oral Health Outcomes for 5 years old* (SOHO-5) para o Português do Brasil (ABANTO *et al.*, 2013). Destaca-se que uma versão preliminar em Português Brasileiro, realizada pelos autores do instrumento original e testada com brasileiros residentes em Boston, foi usada como base na fase de conciliação. Entretanto, ao considerar que esses participantes já haviam incorporado aspectos culturais dos Estados Unidos e, portanto, viviam em um ambiente social, econômico e cultural diferente do Brasil (SHU *et al.*, 2017). Logo, em comum acordo com os autores dos instrumentos originais, ficou definida a importância da elaboração das versões brasileiras do POQL e TOQOL com brasileiros residentes no Brasil.

Alguns dos problemas encontrados no processo de tradução de instrumentos são provenientes da manutenção das formas gramaticais do idioma original, das diferenças das palavras e expressões idiomáticas - da língua de origem - que podem não ter sentido no idioma para o qual estão sendo traduzidas, e tradutores que não estejam familiarizados com a área da pesquisa (GUILLEMIN, 1995). É

imprescindível que a linguagem a ser utilizada seja compatível às necessidades da população alvo (HERDMAN *et al.*, 1998). Na fase da tradução inicial, tanto o POQL quanto o TOQOL foram traduzidos de sua versão original em Inglês para o Português Brasileiro por dois tradutores independentes que possuem formação na área da saúde e familiaridade com o processo de desenvolvimento e validação de instrumentos, bem como foi realizado na tradução e adaptação brasileira do *Parental-Caregiver Perceptions Questionnaire* (P-CPQ) (BARBOSA *et al.*, 2010) e *Child-Oral Impacts on Daily Performances* (Child-OIDP) (CASTRO *et al.*, 2008). Esses tradutores foram instruídos a utilizar palavras e expressões que pudessem ser facilmente entendidas por pessoas independentemente do seu nível educacional. A utilização de dois tradutores reduz a probabilidade de erros e de interpretações divergentes de questões ambíguas do original (BARBOSA *et al.*, 2011).

Ainda na fase de equivalência semântica, foram realizadas a retrotradução e produção de uma segunda versão síntese, pré teste e a produção do questionário final. Esse processo foi baseado na equivalência semântica do *Early Childhood Oral Health Impact Scale* (ECOHIS) (TESCH *et al.*, 2008) e do *Pediatric Quality of Life Inventory*<sup>TM</sup> (Peds-QL) (BENDO *et al.*, 2012) para o Português do Brasil. Durante a retrotradução, dois tradutores que possuem o Inglês como língua materna retrotraduziram a primeira versão síntese dos instrumentos. Ambos não tinham ciência sobre os conceitos explorados no instrumento e, conseqüentemente, eram menos influenciados pelo objetivo acadêmico (BEATON *et al.*, 2000). Em seguida, foi criada a segunda versão síntese, que foi enviada aos autores originais. Essas estratégias são importantes para detectar erros e evitar que modificações possam comprometer o sentido das perguntas criadas (BARBOSA *et al.*, 2011). Os autores originais não sugeriram modificações nos instrumentos, demonstrando que o processo de tradução e retrotradução foi realizado de maneira precisa e bem sucedida.

Na fase de pré teste, os questionários foram aplicados em uma população alvo, composta por crianças e adolescentes e seus pais/responsáveis. Essa etapa é fundamental durante o processo de equivalência semântica porque permite a comparação da opinião de especialistas com a percepção da população leiga que se assemelha aos indivíduos que futuramente responderão ao questionário em pesquisas e aplicações clínicas, viabilizando a utilização de expressões mais apropriadas ao contexto de utilização do instrumento (EPSTEIN *et al.*, 2015). Pode-

se observar que as sugestões realizadas pelos participantes contribuíram para a substituição de palavras e termos para proporcionar melhor entendimento e clareza durante a aplicação dos instrumentos.

Finalizado o processo de equivalência semântica, os instrumentos devem ser testados quanto às suas propriedades psicométricas para determinar a sua validade e confiabilidade, garantindo uma utilização efetiva em pesquisas e comparações transculturais (LEE *et al.*, 2009; MARTINS-JÚNIOR *et al.*, 2012). Sendo assim, estudos futuros serão realizados para verificar se as versões brasileiras do B-POQL e B-TOQOL são válidas e confiáveis para utilização em pesquisas e prática clínica no Brasil.

## **CONCLUSÃO**

As traduções e retrotraduções avaliadas pelos autores originais e pelo comitê de especialistas, além da incorporação de sugestões da população-alvo, permitiram o desenvolvimento das versões brasileiras do B-POQL e B-TOQOL semanticamente equivalentes aos instrumentos originais.

## **AGRADECIMENTOS**

Este estudo foi apoiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG), Brasil e *National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health* (U54 DE014264).

## REFERÊNCIAS

ABANTO, J., *et al.* Cross-cultural adaptation and psychometric properties of the Brazilian version of the scale of oral health outcomes for 5-year-old children (SOHO-5). *Health Qual Life Outcomes*, v. 11, p.16, 2013.

ALRASHED, M.; ALQERBAN, A. The relationship between malocclusion and oral health-related quality of life among adolescents: a systematic literature review and meta-analysis. *Eur J Orthod*, v. 43, n. 2, p. 173-183, 2021.

BARBOSA, T. S., *et al.* Translation and brazilian adaptation of the Parental-Caregiver Perceptions Questionnaire (P-CPQ). *Saúde Soc*, v. 19, n. 3, p. 698-708, 2010.

BARBOSA, T. S., *et al.* Quality of life and oral health in children - Part I: Brazilian version of the Child Perceptions Questionnaire 8-10. *Cien Saude Colet*, v.16, n.10, p. 4077-4085, 2011.

BARASUOL, J. C., *et al.* Association between dental pain and oral health-related quality of life in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Community Dent Oral Epidemiol*, v. 48, n. 4, p. 257-263, 2020.

BEATON, D. E., *et al.* Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self report measures. *Spine*, v. 25, n. 24, p. 3186–3191, 2000.

BEKES, K., *et al.* The German version of Child Perceptions Questionnaire for children aged 8 to 10 years (CPQ-G8–10): translation, reliability, and validity. *Clin Oral Invest*, v. 25, p. 1433–1439, 2021.

BENDO, C. B., *et al.* The PedsQL™ Oral Health Scale: feasibility, reliability and validity of the Brazilian Portuguese version. *Health Qual Life Outcomes*, v.10, p. 42, 2012.

BITTENCOURT, J. M., *et al.* Early childhood caries and oral health-related quality of life of Brazilian children: Does parents' resilience act as moderator? *Int J Paediatr Dent*, v. 31, n. 3, p. 383-393, 2021.

BORSA, J. C. Cross-Cultural Adaptation and Validation of Psychological Instruments: some considerations. *Paidéia*, v. 22, n. 53, p. 423–432, 2012.

BROADER, H. L., MCGRATH, C., CISNEROS, G. J. Questionnaire development:

face validity and item impact testing of the Child Oral Health Impact Profile. *Community Dent Oral Epidemiol*, v. 35, p. 8-19, 2007.

BRODER, H. L. *et al.* Reliability and convergent and discriminant validity of the Child Oral Health Impact Profile (COHIP Child's Version). *Community Dent Oral Epidemiol*, v. 35, p. 20–31, 2007.

CASTRO, R. A. L.; *et al.* Child-OIDP index in Brazil: cross-cultural adaptation and validation. *Health Qual Life Outcomes*, v.6, p.68, 2008.

CHAFFEE, B. W., *et al.* Oral health-related quality-of-life scores differ by socioeconomic status and caries experience. *Community Dent Oral Epidemiol*, v. 45, n. 3, p. 216-224, 2017.

EPSTEIN, J., *et al.* A review of guidelines for cross-cultural adaptation of questionnaires could not bring out a consensus. *J Clin Epidemiol*, v. 68, n. 4, p. 435-441, 2015.

GALVÃO, M. H. R.; RONCALLI, A. G. Does the implementation of a national oral health policy reduce inequalities in oral health services utilization? The Brazilian experience. *BMC Public Health*, v. 21, n. 1, p. 541, 2021.

GHERUNPONG, S.; *et al.* The prevalence and severity of oral impacts on daily performances in Thai primary schoolchildren. *Health Qual Life Outcomes*, v. 2, p. 57, 2004.

GILCHRIST, F., *et al.* Development and evaluation of CARIES-QC: a caries-specific measure of quality of life for children. *BMC Oral Health*. v. 18, n. 1, p. 202.

GRADÍN, C. Race and Income Distribution: Evidence from the USA, Brazil and South Africa. *Review of Development Economics*, v.18, n.1, p. 73-92, 2014.

GUILLEMIN, F.; *et al.* Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol*, v. 46, n. 12, p. 1417-1432, 1993.

GUILLEMIN, F. Cross-cultural adaptation and validation of health status measures. *Scand J Rheumatol*, v. 24, n. 2, p. 61-63, 1995.

HE, S.; WANG J. Validation of the chinese version of the caries impacts and experiences questionnaire for children (CARIES-QC). *Int J Pediatr Dent*, v. 30, p. 50-56, 2020.

HERDMAN, M.; *et al.* A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: The universalist approach. *Qual Life Res*, v. 7, n. 4, p. 323–335, 1998.

HUNTINGTON, N. L.; *et al.* Development and validation of a measure of pediatric oral health-related quality of life: the POQL. *J Public Health Dent*, v. 71, n. 3, p. 185–193, 2011.

JÄLEVIK, B.; *et.al.* Can molar incisor hypomineralization cause dental fear and anxiety or influence the oral health-related quality of life in children and adolescents?: a systematic review. *Eur Arch Paediatr Dent*, 2021. (Online ahead of print)

JOKOVIC, A.; *et al.* Validity and reliability of a questionnaire for measuring child oral-health-related quality of life. *J Dent Res*, v. 81, n. 7, p. 459–463, 2002.

LEE, G. H.; *et al.* Translation and validation of a Chinese language version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). *Int J Paediatr Dent*, v. 19, p. 399-405, 2009.

MAGNO, M. B.; *et al.* Does dental trauma influence the social judgment and motivation to seek dental treatment by children and adolescents? Development, validation, and application of an instrument for the evaluation of traumatic dental injuries and their consequences. *Int J Paediatr Dent*, v. 29, n. 4, p. 474-488, 2019.

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. 367-374, 2012.

MILANI, A. J.; *et. al.* Impact of traumatic dental injury treatment on the Oral Health-Related Quality of Life of children, adolescents, and their family: Systematic review and meta-analysis. *Dent Traumatol*, 2021. (Online ahead of print)

NORA, Â. D.; *et.al.* Is caries associated with negative impact on Oral Health-Related Quality of Life of pre-school children?: A systematic review and meta-analysis. *Pediatr Dent*, v. 40, n. 7, p. 403-411, 2018.

MOKKINK, L. B.; *et al.* The COSMIN study reached international consensus on taxonomy, terminology, and definitions of measurement properties for health-related patient-reported outcomes. *J Clin Epidemiol*, v. 63, n. 7, p. 737-745, 2010.

MONTOYA, A. L. B.; *et al.* Cross-cultural adaptation and psychometric properties of the Mexican version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale

(ECOHIS). *Health Qual Life Outcomes*, v. 19, p. 102, 2021.

PAHEL, B. T.; *et al.* Parental perceptions of children's oral health: The Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). *Health Qual Life Outcomes*, v. 5, p. 6, 2007.

PAIVA, S.M., *et al.* How to Select a Questionnaire with a Good Methodological Quality? *Braz Dent J*, v.29, n.1, p.3-6, 2018.

PERAZZO, M. F., *et al.* Oral Health-Related Quality Of Life of pre-School children: Review and perspectives for new instruments. *Braz Dent J*, v. 31, n. 6, p. 568-581, 2020.

PERAZZO, M.F., *et al.* Patient-centered assessments: how can they be used in dental clinical trials? *Braz Oral Res*, v.34, 2020.

SHU, F.; *et al.* The HEXACO personality traits, cultural intelligence, and international student adjustment. *Person Individ Differenc*, v.106, p.21-25, 2017.

SISCHO, L., BRODER, H. L. Oral health-related quality of life: what, why, how, and future implications. *J Dent Res*, v. 90, n. 11, p. 1264-1270, 2011.

STEELE, M. M.; *et al.* Reliability and Validity of the PedsQL™ oral health scale: measuring the relationship between Child Oral Health and Health-Related Quality of Life. *Child Heal Care*, v. 38, p. 228-244, 2009.

TESCH, F. C.; *et al.* Semantic equivalence of the Brazilian version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale. *Cad Saude Publica*, v. 8, p.1897-1909, 2008.

THOMSON, W. M., BRODER, H. L. Oral-Health-Related Quality of Life in Children and Adolescents. *Pediatr Clin North Am*, v. 65, n.5, p.1073-1084, 2018.

TSAKOS, G.; *et.al.* Developing a new self-reported scale of oral health outcomes for 5-year-old children (SOHO-5). *Health Qual Life Outcomes*, v.10, p.62, 2012.

WRIGHT, W. G.; *et al.* Development of the Teen Oral Health-Related Quality of Life Instrument. *J Public Health Dent*, v. 77, n.2, p.115-124, 2017.

YASSIR, A. Y.; *et al.* Three questionnaires to assess the perception of fixed orthodontic therapy before, during and after treatment: validity and reliability. *Eur J*

Orthod, v. 39, n. 4, p. 402– 410, 2017.

YAZICIOGLU İ.; *et al.* Validity and reliability of a Turkish pediatric oral health-related quality of life measure. *Eur Oral Res*, v. 52, n. 1, p. 27-35, 2018.

ZAROR, C.; *et al.* Impact of early childhood caries on oral health-related quality of life: A systematic review and meta-analysis. *Int Dent J Hyg*, 2021.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 2. Trecho da versão brasileira do *Pediatric Oral Health Quality of Life* (B-POQL) com maior demarcação da divisão entre questões A e B.

Nos últimos 3 meses;	a) Com qual frequência isto aconteceu?				b) O quanto você ficou incomodado?				
	O tempo todo	Algumas vezes	De vez em quando	Não aconteceu	Muito incomodado	Incomodado	Um pouco incomodado	Nunca ficou incomodado	Não aconteceu
1. Você teve dor por causa de problemas nos seus dentes ou na sua boca?	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>
2. Você teve dificuldade para comer algum alimento duro/quente/frio por causa de problemas nos seus dentes ou na sua boca?	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>
3. Você teve dificuldade para prestar atenção na aula por causa de problemas nos seus dentes ou na sua boca?	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Versão final *Pediatric Oral Health-Related Quality of Life (B-POQL) - Parent Report On Early Childhood (Ages 2-7)* no Português Brasileiro.

POQL - Parent Report on Early Childhood (Ages 2-7) Item	Versão Final
Título	Relato de Pais sobre a Primeira Infância (Idades de 2-7 anos)
Instrução	Este questionário pergunta sobre coisas que podem ter acontecido com o <u>seu filho</u> durante os últimos <u>três meses</u> por causa dos <u>dentes</u> ou da <u>boca</u> dele. Por favor, marque a melhor resposta para cada pergunta. Estas perguntas são apenas sobre os dentes ou a boca do seu filho. Se algo aconteceu por algum outro motivo, por favor escolha "Não aconteceu". Se você não sabe se o seu filho passou ou não por essa situação, ou tenha dúvidas se ele foi ou não incomodado, marque "Não sei"
Instrução	Para cada pergunta, nós gostaríamos de saber: a) Com qual frequência isto aconteceu.
Instrução	b) O quanto o seu filho ficou incomodado por isso. Se isso não aconteceu, marque "Não aconteceu".
Opções	Por favor, <u>responda a</u> estas perguntas: Como você avalia a saúde geral do seu filho?
	No geral, como você avalia a saúde dos <b>dentes e boca</b> do seu filho?
	Comparado a um ano atrás, como você descreve a saúde dos dentes e boca do seu filho hoje?
	<b>Nos últimos 3 meses...</b>
	1. O seu filho teve dor por causa de problemas nos dentes ou na boca dele?
	2. O seu filho teve dificuldade para comer algum alimento duro/quente/frio por causa de problemas nos dentes ou na boca dele?
	3. O seu filho faltou à escola por causa de problemas nos dentes ou na boca dele?
	4. O seu filho ficou irritado ou chateado por causa de problemas nos dentes ou na boca dele?
	5. O seu filho se sentiu preocupado por causa de problemas nos dentes ou na boca dele?
	6. O seu filho já chorou por causa de problemas nos dentes ou na boca dele?
Instrução	Agora, nós vamos perguntar sobre coisas que podem ter acontecido com <b>VOCÊ</b> e SUA FAMÍLIA durante os últimos 3 meses por causa dos dentes ou da boca do seu filho.
	<b>Nos últimos 3 meses...</b>
Opções	1. Você acordou à noite por causa de problemas nos dentes ou na boca do seu filho?
	2. Você faltou ao trabalho por causa de problemas nos dentes ou na boca do seu filho?
	3. O seu filho precisou da sua atenção mais do que o normal por causa de problemas nos dentes ou na boca dele?
	4. Você ficou preocupado em ter que pagar por tratamento dentário do seu filho?
	5. Você se sentiu culpado por causa de problemas nos dentes ou na boca do seu filho?
	6. Você se sentiu irritado ou frustrado por causa de problemas nos dentes ou na boca do seu filho?
	7. Você sentiu que ninguém te ajudou com os problemas nos dentes ou na boca do seu filho?
Instrução	<u>Por favor, agora nós queremos saber algumas coisas sobre VOCÊ.</u>
	No geral, como você avalia a saúde dos seus dentes e sua boca?
Opções	No geral, como você descreve suas experiências com o seu dentista?
	Quando foi a última vez que você foi ao dentista tratar dos seus dentes?
Questão	Na última vez que você foi ao dentista tratar dos seus dentes, qual foi o motivo da consulta?
Alternativas	Por favor marque todas as respostas que se aplicam a você.
	Exame de rotina e/ou limpeza
	Emergência (dente quebrado)
	Emergência (dor de dente)
	Extração de dente(s)
	Restauração (obturação)
	Tratamento de canal
	Coroa(s) ou peça(s)
	Dentadura
	Aparelhos/ mantenedores de espaço
	Outros (Especificar):

Quadro 2. Versão final do *Pediatric Oral Health-Related Quality of Life* (B-POQL) - *Child Self Report* (Ages 8-14) no Português Brasileiro.

POQL - Child Self Report – School Age (ages 8-14) Ítem	Versão Final
Título	Auto Relato da Criança – Idade Escolar (Idades de 8-14 anos)
Instrução	Este questionário pergunta sobre coisas que podem ter acontecido com você durante os últimos três meses por causa dos seus <u>dentes</u> ou da sua <u>boca</u> . Por favor, marque a melhor resposta para cada pergunta. Estas perguntas são apenas sobre os seus dentes ou a sua boca. Se algo aconteceu por algum outro motivo, por favor escolha "Não aconteceu".
Instrução	Para cada questão, nós gostaríamos de saber: a) Com qual frequência isto aconteceu.
Instrução	b) O quanto você ficou incomodado por isso. Se isso não aconteceu, marque "Não aconteceu".
Opções	<u>Por favor, responda a estas perguntas:</u> Como você avalia a sua saúde geral?
	No geral, como você avalia a saúde dos seus dentes e de sua boca?
	Comparado a um ano atrás, como você descreve a saúde dos seus dentes e de sua boca, hoje?
	<b>Nos últimos 3 meses...</b>
	1. Você teve dor por causa de problemas nos seus dentes ou na sua boca?
	2. Você teve dificuldade para comer algum alimento duro/quente/frio por causa de problemas nos seus dentes ou na sua boca?
	3. Você teve dificuldade para prestar atenção na aula por causa de problemas nos seus dentes ou na sua boca?
	4. Você faltou à escola por causa de problemas nos seus dentes ou na sua boca?
	5. Você não quis sorrir ou gargalhar perto de outras pessoas por causa de problemas nos seus dentes ou na sua boca?
	6. Você se preocupou por não ter uma boa aparência comparado a outras pessoas por causa de problemas nos seus dentes ou na sua boca?
	7. Você ficou triste com a sua aparência por causa de problemas nos seus dentes ou na sua boca?
	8. Você ficou irritado ou chateado por causa de problemas nos seus dentes ou na sua boca?
	9. Você se sentiu preocupado por causa de problemas nos seus dentes ou na sua boca?
	10. Você já chorou por causa de problemas nos seus dentes ou na sua boca?
	No geral, como você descreve suas experiências com o seu dentista?
	Quando foi a última vez que você foi ao dentista tratar dos seus dentes?
	Na última vez que você foi ao dentista tratar dos seus dentes, qual foi o motivo da consulta? Por favor marque todas as respostas que se aplicam a você.
	<u>Por favor, agora nós queremos saber algumas coisas sobre VOCÊ.</u>
	No geral, como você avalia a saúde dos seus dentes e sua boca?
	No geral, como você descreve suas experiências com o seu dentista?
	Quando foi a última vez que você foi ao dentista tratar dos seus dentes?
	Na última vez que você foi ao dentista tratar dos seus dentes, qual foi o motivo da consulta? Por favor marque todas as respostas que se aplicam a você
	Exame de rotina e/ou limpeza
	Emergência (dente quebrado)
	Emergência (dor de dente)
	Extração de dente(s)
	Restauração (obturação)/ massinha
	Tratamento de canal
	Coroa(s) ou peça(s)
	Dentadura
	Aparelhos/ mantenedores de espaço
	Outros (Especificar):

Quadro 3. Versão final do *Pediatric Oral Health-Related Quality of Life (B-POQL) - Parent Report on Early Childhood (Ages 8-14)* no Português Brasileiro.

POQL - Parent Report on Early Childhood (Ages 8-14) Item	Versão Final
Título	Relato de Pais sobre Crianças em Idade Escolar (Idades de 8-14 anos)
Instrução	Este questionário pergunta sobre coisas que podem ter acontecido com o seu filho durante os últimos três meses por causa dos dentes ou da boca dele. Por favor, marque a melhor resposta para cada pergunta. Estas perguntas são apenas sobre os dentes ou a boca do seu filho. Se algo aconteceu por algum outro motivo, por favor escolha "Não aconteceu". Se você não sabe se o seu filho passou ou não por essa situação, ou tenha dúvidas se ele foi ou não incomodado, marque "Não sei".
Instrução	Para cada pergunta, nós gostaríamos de saber: a) Com qual frequência isto aconteceu.
Instrução	b) O quanto o seu filho ficou incomodado por isso. Se isso não aconteceu, marque "Não aconteceu".
Opções	<u>Por favor, responda a estas perguntas:</u> Como você avalia a saúde geral do seu filho?
	No geral, como você avalia a saúde dos dentes e boca do seu filho?
	Comparado a um ano atrás, como você descreve a saúde dos dentes e boca do seu filho hoje?
	<b>Nos últimos 3 meses...</b>
	1. O seu filho teve dor por causa de problemas nos dentes ou na boca dele?
	2. O seu filho teve dificuldade para comer algum alimento duro/quente/frio por causa de problemas nos dentes ou na boca dele?
	3. O seu filho teve dificuldade para prestar atenção na aula por causa de problemas nos dentes ou na boca dele?
	4. O seu filho faltou à escola por causa de problemas nos dentes ou na boca dele?
	5. O seu filho não quis sorrir ou gargalhar perto de outras pessoas por causa de problemas nos dentes ou na boca dele?
	6. O seu filho se preocupou por não ter boa aparência por causa de problemas nos dentes ou na boca?
Opções	7. O seu filho ficou triste com a aparência dele por causa de problemas nos dentes ou na boca?
	8. O seu filho ficou irritado ou chateado por causa de problemas nos dentes ou na boca dele?
	9. O seu filho se sentiu preocupado por causa de problemas nos dentes ou na boca dele?
	10. O seu filho já chorou por causa de problemas nos dentes ou na boca dele?
Instrução	<u>Agora, nós vamos perguntar sobre coisas que podem ter acontecido com VOCÊ e SUA FAMÍLIA durante os últimos 3 meses por causa dos dentes ou da boca do seu filho.</u>
Opções	<b>Nos últimos 3 meses...</b>
	1. Você acordou à noite por causa de problemas nos dentes ou na boca do seu filho?
	2. Você faltou ao trabalho por causa de problemas nos dentes ou na boca do seu filho?
	3. O seu filho precisou da sua atenção mais do que o normal por causa de problemas nos dentes ou na boca dele?
	4. Você ficou preocupado em ter que pagar por tratamento dentário do seu filho?
	5. Você se sentiu culpado por causa de problemas nos dentes ou na boca do seu filho?
	6. Você se sentiu irritado ou frustrado por causa de problemas nos dentes ou boca do seu filho?
	7. Você sentiu que ninguém te ajudou com os problemas nos dentes ou na boca do seu filho?
Instrução	<u>Por favor, agora nós queremos saber algumas coisas sobre VOCÊ.</u>
Opções	No geral, como você avalia a saúde dos seus dentes e da sua boca? No geral, como você descreve suas experiências com o seu dentista? Quando foi a última vez que você foi ao dentista tratar dos seus dentes?
Instrução	Na última vez que você foi ao dentista tratar dos seus dentes, qual foi o motivo da consulta? Por favor marque todas as respostas que se aplicam a você
Opções	Por favor, agora nós queremos saber algumas coisas sobre VOCÊ. No geral, como você avalia a saúde dos seus dentes e sua boca? No geral, como você descreve suas experiências com o seu dentista? Quando foi a última vez que você foi ao dentista tratar dos seus dentes?
Questão	Na última vez que você foi ao dentista tratar dos seus dentes, qual foi o motivo da consulta? Por favor marque todas as respostas que se aplicam a você.
Alternativas	Exame de rotina e/ou limpeza Emergência (dente quebrado) Emergência (dor de dente) Extração de dente(s) Restauração (obturação) Tratamento de canal Coroa(s) ou peça(s) Dentadura Aparelhos/ mantenedores de espaço Outros (Especificar):

Quadro 4. Versão final do *Teen Oral Health-Related Quality of Life (B-TOQOL) - Teen Self Report (Ages 13-18)* no Português Brasileiro.

Teen Self-Report	Versão Final
Título	Auto Relato do Adolescente (Idades de 13-18 anos)
Instrução	Este questionário pergunta sobre coisas que podem ter acontecido com você durante os últimos três meses por causa dos seus dentes ou da sua boca. Por favor, marque a melhor resposta para cada pergunta. Estas perguntas são apenas sobre os seus dentes ou a sua boca. Se algo aconteceu por algum outro motivo, por favor escolha "Não aconteceu".
Instrução	Para cada questão, nós gostaríamos de saber: a) Com qual frequência isto aconteceu. b) O quanto você ficou incomodado por isso. Se isso não aconteceu, marque "Não aconteceu".
Instrução	<u>Por favor, responda as estas perguntas:</u>
Opções	Como você avalia a sua saúde geral?
	No geral, como você avalia a saúde dos seus dentes e da sua boca?
	Comparado a um ano atrás, como você descreve a saúde dos seus dentes e da sua boca hoje?
	Você teve dor por causa de problemas nos seus dentes ou na sua boca?
	Você teve dificuldade para comer algum alimento duro/quente/frio por causa de problemas nos seus dentes ou na sua boca?
	Você teve dificuldade para comer alimentos que você gosta por causa de problemas nos seus dentes ou na sua boca?
	Você teve dificuldade para prestar atenção na aula por causa de problemas nos seus dentes ou na sua boca?
	Você faltou à escola por causa de problemas nos seus dentes ou na sua boca?
	Você teve problema para dormir por causa dos seus dentes ou da sua boca?
	Você não quis sorrir ou gargalhar perto de outras pessoas por causa de problemas nos seus dentes ou na sua boca?
	Você se preocupou por não ter uma boa aparência comparado a outras pessoas por causa de problemas nos seus dentes ou na sua boca?
	Você ficou triste com a sua aparência por causa de problemas nos seus dentes ou na sua boca?
	Você ficou irritado ou chateado por causa de problemas nos seus dentes ou na sua boca?
	Você se sentiu preocupado por causa de problemas nos seus dentes ou na sua boca?
	Você ficou triste por causa de problemas nos seus dentes ou na sua boca?
	Você teve mau hálito?
	Você ficou com comida agarrada entre os dentes?
	Você teve sangramento na gengiva?
	Você teve feridas na boca?
	Você teve dentes tortos ou espaços entre os dentes?
	No geral, como você descreve <b>suas</b> experiências com o seu dentista?
	Quando foi a última vez que você foi ao dentista tratar dos seus dentes?
	Na última vez que você foi ao dentista tratar dos seus dentes, qual foi o motivo da consulta? Por favor marque todas as respostas que se aplicam a você
	Por favor, agora nós queremos saber algumas coisas sobre VOCÊ.
	No geral, como você avalia a saúde dos seus dentes e sua boca?
	No geral, como você descreve suas experiências com o seu dentista?
	Quando foi a última vez que você foi ao dentista tratar dos seus dentes?
	Na última vez que você foi ao dentista tratar dos seus dentes, qual foi o motivo da consulta? Por favor marque todas as respostas que se aplicam a você.
Questão	Exame de rotina e/ou limpeza
Alternativas	Emergência (dente quebrado)
	Emergência (dor de dente)
	Extração de dente(s)
	Restauração (obturação)
	Tratamento de canal
	Coroa(s) ou peça(s)
	Dentadura
	Aparelhos/ mantenedores de espaço
	Outros (Especificar):

Quadro 5. Versão final do *Pediatric Oral Health-Related Quality of Life (B-TOQOL) - Parent Report on Teen (Ages 13-18)* no Português Brasileiro.

Parent Report on Teen	Versão Final
Título	Relato de Pais sobre Adolescentes (Idades de 13-18 anos)
Instrução	Este questionário pergunta sobre coisas que podem ter acontecido com o seu filho durante os últimos três meses por causa dos dentes ou da boca dele. Por favor, marque a melhor resposta para cada pergunta. Estas perguntas são apenas sobre os dentes ou a boca do seu filho. Se algo aconteceu por algum outro motivo, por favor escolha "Não aconteceu". Se você não sabe se o seu filho passou ou não por essa situação, ou tenha dúvidas se ele foi ou não incomodado, marque "Não sei".
Instrução	Para cada pergunta, nós gostaríamos de saber: a) Com qual frequência isto aconteceu. b) O quanto o seu filho ficou incomodado por isso. Se isso não aconteceu, marque "Não aconteceu".
Instrução	Por favor, responda a estas perguntas:
Opções	Como você avalia a saúde geral do seu filho?
	No geral, como você avalia a saúde dos dentes e boca do seu filho?
	Comparado a um ano atrás, como você descreve a saúde dos dentes e boca do seu filho hoje?
	O seu filho teve dor por causa de problemas no dente ou na boca dele?
	O seu filho teve dificuldade para comer algum alimento duro/quente/frio por causa de problemas nos dentes ou na boca dele?
	O seu filho teve dificuldade para comer alimentos que ele gosta por causa de problemas nos dentes ou na boca dele?
	O seu filho teve dificuldade para prestar atenção na aula por causa de problemas nos dentes ou na boca dele?
	O seu filho faltou à escola por causa de problemas nos dentes ou na boca dele?
	O seu filho teve problema para dormir por causa dos dentes ou da boca dele?
	O seu filho não quis sorrir ou gargalhar perto de outras pessoas por causa de problemas nos dentes ou na boca dele?
	O seu filho se preocupou por não ter boa aparência, por causa de problemas nos dentes ou na boca?
	O seu filho ficou triste com a aparência dele por causa de problemas nos dentes ou na boca?
	O seu filho ficou irritado ou chateado por causa de problemas nos dentes ou da boca dele?
	O seu filho se sentiu preocupado por causa de problemas nos dentes ou na boca dele?
	O seu filho ficou triste por causa de problemas nos dentes ou na boca dele?
	O seu filho teve mau hálito?
	O seu filho ficou com comida agarrada entre os dentes?
	O seu filho teve sangramento na gengiva?
	O seu filho teve feridas na boca?
	O seu filho teve dentes tortos ou espaços entre os dentes?
	No geral, como você avalia a saúde dos seus dentes e da sua boca?
	No geral, como você descreve suas experiências com o seu dentista?
	Quando foi a última vez que você foi ao dentista tratar dos seus dentes?
Opções	Na última vez que você foi ao dentista tratar dos seus dentes, qual foi o motivo da consulta? Por favor marque todas as respostas que se aplicam a você.
Instrução	<u>Por favor, agora nós queremos saber algumas coisas sobre VOCÊ.</u> No geral, como você avalia a saúde dos seus dentes e sua boca?
Opções	No geral, como você descreve suas experiências com o seu dentista? Quando foi a última vez que você foi ao dentista tratar dos seus dentes?
Questão	Na última vez que você foi ao dentista tratar dos seus dentes, qual foi o motivo da consulta? Por favor marque todas as respostas que se aplicam a você
Alternativas	Exame de rotina e/ou limpeza Emergência (dente quebrado) Emergência (dor de dente) Extração de dente(s) Restauração (obturação) Tratamento de canal Coroa(s) ou peça(s) Dentadura Aparelhos/ mantenedores de espaço Outros (Especificar):

## Material Suplementar

Quadro 1. Equivalência semântica do *Pediatric Oral Health-Related Quality of Life (B-POQL) - Parent Report On Early Childhood (Ages 2-7) para o Português Brasileiro.*

Item	Original	Tradutor Brasileiro 1 e 2 (Síntese das Traduções)	Tradutor Americano 1 e 2 (Síntese das Retroraduações)	Versão Final
Título	Parent Report on Early Childhood (Ages 2-7)	Relato de pais sobre a Primeira Infância (Idades de 2-7 anos)	Parents' report of early childhood (Ages 2-7)	Relato de Pais sobre a Primeira Infância (Idades de 2-7 anos)
Instrução	This survey asks about things that may have happened to your child during the past <u>three months</u> because of his or her <u>teeth or mouth</u> . Please check the one best answer for each question. These questions are only about your child's teeth or mouth. If the event occurred for other reasons, please choose "Did not happen". If you do not know whether or not your child experienced an event, or was bothered by an event, then choose "Don't know".	Este questionário pergunta sobre coisas que podem ter acontecido com o(a) <u>seu(sua) filho(a)</u> durante os últimos <u>três meses</u> por causa dos <u>dentes</u> ou da <u>boca</u> dele(a). Por favor, marque a melhor resposta para cada pergunta. Estas perguntas são apenas sobre os dentes ou a boca de seu(sua) filho(a). Se algo aconteceu por algum outro motivo, por favor escolha "Não aconteceu". Se você não sabe se o seu filho(a) passou ou não por essa situação, ou tenha dúvidas se ele foi ou não incomodado, marque "Não sei".	This questionnaire asks about things that may have happened to your child in the last <u>three months</u> because of his or her <u>teeth or mouth</u> . Please, check the best answer for each question. These questions are only about your child's teeth or mouth. If something happened for some other reason, please choose "Did not happen". If you do not know whether or not your child went through this situation, or if you have doubts whether he was bothered or not, check "Don't know".	Este questionário pergunta sobre coisas que podem ter acontecido com o seu <u>filho</u> durante os últimos <u>três meses</u> por causa dos <u>dentes</u> ou da <u>boca</u> dele. Por favor, marque a melhor resposta para cada pergunta. Estas perguntas são apenas sobre os dentes ou a boca do seu filho. Se algo aconteceu por algum outro motivo, por favor escolha "Não aconteceu". Se você não sabe se o seu filho passou ou não por essa situação, ou tenha dúvidas se ele foi ou não incomodado, marque "Não sei".
Instrução	For each question, we would like to know: <b>A.</b> How often it happened. <b>B.</b> How bothered was your child by it. If it did not happen, choose "Did not happen".	Para cada pergunta, nós gostaríamos de saber: a) Com qual frequência isto aconteceu. b) O quanto o seu filho(a) ficou incomodado por isso. Se isso não aconteceu, marque "Não aconteceu".	For each question, we would like to know: a) How often did it happen. b) How bothered was your child about it. If it did not happen, choose "Did not happen".	Para cada pergunta, nós gostaríamos de saber: a) Com qual frequência isto aconteceu. b) O quanto o seu filho ficou incomodado por isso. Se isso não aconteceu, marque "Não aconteceu".
Instrução	<u>Please answer the question:</u>	<u>Por favor responda a estas perguntas:</u>	<u>Please answer these question</u>	<u>Por favor, responda a estas perguntas:</u>
Opções	How would you rate your child's health in general?  In general, how would you rate the health of your child's <b>teeth and mouth</b> ?  Compared to one year ago, how would you describe the health of your child's teeth and mouth now?  <b>In the past 3 months...</b>  1. Did your child have pain because of his or her teeth or mouth?  2. Did your child have trouble eating any foods (hard / hot / cold) because of his or her teeth or mouth?  3. Did your child miss school or daycare because of his or her teeth or mouth?  4. Was your child angry or upset because of his or her teeth or mouth?  5. Did your child feel worried because of his or her teeth or mouth?  6. Did your child cry because of his or her teeth or mouth?	Como você avaliaria a saúde geral de seu(sua) filho(a)?  No geral, como você avaliaria a saúde dos <b>dentes e boca</b> do seu(sua) filho(a)?  Comparado a um ano atrás, como você descreveria a saúde dos dentes e boca de seu(sua) filho(a) hoje?  <b>Nos últimos 3 meses...</b>  1. O(a) seu(sua) filho(a) teve dor por causa dos dentes ou da boca dele(a)?  2. O(a) seu(sua) filho(a) teve problemas para comer algum alimento (duro/quente/frio) por causa dos dentes ou boca dele(a)?  3. O(a) seu(sua) filho(a) faltou à escola ou creche por causa dos dentes ou boca dele(a)?  4. O(a) seu(sua) filho(a) ficou ansioso ou chateado por causa dos dentes ou boca dele(a)?  5. O(a) seu(sua) filho (a) se sentiu preocupado por causa dos dentes ou boca dele(a)?  6. O(a) seu(sua) filho(a) chorou por causa dos dentes ou boca dele(a)?	How would you rate your child's general health?  In general, how would you rate the health of your child's <b>teeth and mouth</b> ?  Compared to one year ago, how would you describe the health of your child's teeth and mouth now?  <b>In the last 3 months...</b>  1. Did your child have pain because of his or her teeth or mouth?  2. Did your child have trouble eating any food (hard/hot/cold) because of his or her teeth or mouth?  3. Did your child miss school or daycare because of his or her teeth or mouth?  4. Did your child become angry or upset because of his or her teeth or mouth?  5. Did your child feel worried because of his or her teeth or mouth?  6. Did your child cry because of his or her teeth or mouth?	Como você avalia a saúde geral do seu filho?  No geral, como você avalia a saúde dos <b>dentes e boca</b> do seu filho?  Comparado a um ano atrás, como você descreve a saúde dos dentes e boca do seu filho hoje?  <b>Nos últimos 3 meses...</b>  1. O seu filho teve dor por causa de problemas nos dentes ou na boca dele?  2. O seu filho teve dificuldade para comer algum alimento duro/quente/frio por causa de problemas nos dentes ou na boca dele?  3. O seu filho faltou à escola por causa de problemas nos dentes ou na boca dele?  4. O seu filho ficou irritado ou chateado por causa de problemas nos dentes ou na boca dele?  5. O seu filho se sentiu preocupado por causa de problemas nos dentes ou na boca dele?  6. O seu filho já chorou por causa de problemas nos dentes ou na boca dele?

Continuação Quadro 1. Equivalência semântica do *Pediatric Oral Health-Related Quality of Life (B-POQL) - Parent Report On Early Childhood (Ages 2-7) para o Português Brasileiro.*

POQL - Parent Report on Early Childhood (Ages 2-7) item	Original	Tradutor Brasileiro 1 e 2 (Síntese das Traduções)	Tradutor Americano 1 e 2 (Síntese das Retroraduações)	Versão Final
Título	Parent Report on Early Childhood (Ages 2-7)	Relato de pais sobre a Primeira Infância (Idades de 2-7 anos)	Parents' report of early childhood (Ages 2-7)	Relato de Pais sobre a Primeira Infância (Idades de 2-7 anos)
Instrução	Now we will ask about things that may have happened with YOU and YOUR FAMILY during the past 3 months because of your child's teeth or mouth.	Agora nós vamos perguntar sobre coisas que podem ter acontecido com VOCÊ e SUA FAMÍLIA durante os últimos 3 meses por causa dos dentes ou da boca de seu(sua) filho(a).	Now we are going to ask about things that may have happened with YOU and YOUR FAMILY during the last 3 months because of your child's teeth or mouth.	Agora, nós vamos perguntar sobre coisas que podem ter acontecido com VOCÊ e SUA FAMÍLIA durante os últimos 3 meses por causa dos dentes ou da boca do seu filho.
Opções	<p>In the past 3 months...</p> <p>1. Were you woken at night because of your child's teeth or mouth?</p> <p>2. Did you miss work because of your child's teeth or mouth?</p> <p>3. Did your child need more attention from you than usual due to his or her teeth or mouth?</p> <p>4. Were you worried about paying for your child's dental treatment?</p> <p>5. Did you feel guilty because of problems with your child's teeth or mouth?</p> <p>6. Did you feel angry or frustrated because of problems with your child's teeth or mouth?</p> <p>7. Did you feel helpless because of problems with your child's teeth or mouth?</p>	<p>Nos últimos 3 meses...</p> <p>1. Você acordou à noite por causa dos dentes ou da boca do seu(sua) filho(a)?</p> <p>2. Você faltou ao trabalho por causa dos dentes ou da boca do seu(sua) filho(a)?</p> <p>3. O seu(sua) filho(a) precisou mais de sua atenção do que o normal por causa dos dentes ou da boca dele(a)?</p> <p>4. Você ficou preocupado em ter que pagar por tratamento dentário de seu(sua) filho(a)?</p> <p>5. Você se sentiu culpado por causa de problemas nos dentes ou na boca de seu(sua) filho(a)?</p> <p>6. Você se sentiu irritado (a) ou frustrado(a) por causa de problemas com os dentes ou boca de seu filho(a)?</p> <p>7. Você se sentiu desamparado(a) por causa de problemas com os dentes ou boca de seu filho(a)?</p>	<p>In the last 3 months...</p> <p>1. Did you wake up at night because of your child's teeth or mouth?</p> <p>2. Did you miss work because of your child's teeth or mouth?</p> <p>3. Did your child need more of your attention than normal because of his or her teeth or mouth?</p> <p>4. Were you worried about paying for your child's dental treatment?</p> <p>5. Did you feel guilty because of problems with your child's teeth or mouth?</p> <p>6. Did you feel angry or frustrated because of problems with your child's teeth or mouth?</p> <p>7. Did you feel helpless because of problems with your child's teeth or mouth?</p>	<p>Nos últimos 3 meses...</p> <p>1. Você acordou à noite por causa de problemas nos dentes ou na boca do seu filho?</p> <p>2. Você faltou ao trabalho por causa de problemas nos dentes ou na boca do seu filho?</p> <p>3. O seu filho precisou da sua atenção mais do que o normal por causa de problemas nos dentes ou na boca dele?</p> <p>4. Você ficou preocupado em ter que pagar por tratamento dentário do seu filho?</p> <p>5. Você se sentiu culpado por causa de problemas nos dentes ou na boca do seu filho?</p> <p>6. Você se sentiu irritado ou frustrado por causa de problemas nos dentes ou na boca do seu filho?</p> <p>7. Você sentiu que ninguém te ajudou com os problemas nos dentes ou na boca do seu filho?</p>
Instrução	<u>Finally, please tell us a few things about yourself.</u>	<u>Finalmente, por favor conte-nos algumas coisas sobre você.</u>	<u>Finally, please tell us some things about you.</u>	<u>Por favor, agora nós queremos saber algumas coisas sobre VOCÊ.</u>
Opções	<p>In general, how would you rate the health of your teeth and mouth?</p> <p>In general, how would you describe your experiences with your dentist?</p> <p>When was your last visit to a dentist?</p>	<p>No geral, como você avaliaria a saúde dos seus dentes de sua boca?</p> <p>No geral, como você descreveria suas experiências com seu dentista?</p> <p>Quando foi a sua última visita ao dentista?</p>	<p>In general, how would you rate the health of your teeth and mouth?</p> <p>In general, how would you describe your experiences with your dentist?</p> <p>When was your last visit to the dentist?</p>	<p>No geral, como você avalia a saúde dos seus dentes e sua boca?</p> <p>No geral, como você descreve suas experiências com o seu dentista?</p> <p>Quando foi a última vez que você foi ao dentista tratar dos seus dentes?</p>
Questão	What was the reason(s) for your last dental visit? Please check all that apply.	Qual foi a razão(ões) para a sua última visita ao dentista? Por favor marque todas as respostas que se aplicam a você	What was the reason(s) for your last visit to the dentist? Please check all answers that apply to you.	Na última vez que você foi ao dentista tratar dos seus dentes, qual foi o motivo da consulta? Por favor marque todas as respostas que se aplicam a você.
Alternativas	<p>Routine exam and / or cleaning</p> <p>Emergency (tooth injury)</p> <p>Emergency (toothache)</p> <p>Having tooth (teeth) pulled</p> <p>Filling</p> <p>Root canal</p> <p>Crown(s) or cap(s)</p> <p>Dentures</p> <p>Braces/ space maintainers</p> <p>Other (Specify):</p>	<p>Exame de rotina e/ou limpeza</p> <p>Emergência (dente quebrado)</p> <p>Emergência (dor de dente)</p> <p>Extração de dente(s)</p> <p>Restauração (obturação)</p> <p>Tratamento de canal</p> <p>Coroa(s) ou peça(s)</p> <p>Dentadura</p> <p>Aparelhos/ mantenedores de espaço</p> <p>Outro (Especificar):</p>	<p>Routine exam and/or cleaning</p> <p>Emergency (broken tooth)</p> <p>Emergency (toothache)</p> <p>Tooth/teeth extraction</p> <p>Restoration (filling)</p> <p>Root canal</p> <p>Crown(s) or pieces(s)</p> <p>Dentures</p> <p>Braces/ Space maintainers</p> <p>Other: (specify)</p>	<p>Exame de rotina e/ou limpeza</p> <p>Emergência (dente quebrado)</p> <p>Emergência (dor de dente)</p> <p>Extração de dente(s)</p> <p>Restauração (obturação)</p> <p>Tratamento de canal</p> <p>Coroa(s) ou peça(s)</p> <p>Dentadura</p> <p>Aparelhos/ mantenedores de espaço</p> <p>Outros (Especificar):</p>

Quadro 2. Equivalência semântica do *Pediatric Oral Health-Related Quality of Life (B-POQL) - Child Self Report (Ages 8-14) para o Português Brasileiro.*

POQL - Child Self Report – School Age (ages 8-14) Ítem	Original	Tradutor Brasileiro 1 e 2 (Síntese das Traduções)	Tradutor Americano 1 e 2 (Síntese das Retroraduações)	Versão Final
Título	Child Self Report – School Age (ages 8-14)	Auto Relato da Criança – Idade Escolar (Idades de 8-14 anos)	Self-report of School-Age Child (Ages 8-14)	Auto Relato da Criança – Idade Escolar (Idades de 8-14 anos)
Instrução	This survey asks about things that may have happened to you during the past three months because of your <u>teeth</u> or <u>mouth</u> . Please check the one best answer for each question. These questions are only about your teeth or mouth. If the event occurred for other reasons, please choose "Did not happen".	Este questionário pergunta sobre coisas que podem ter acontecido com você durante os últimos três meses por causa dos seus <u>dentês</u> ou da sua <u>boca</u> . Por favor, marque a melhor resposta para cada pergunta. Estas perguntas são apenas sobre os seus dentes ou a sua boca. Se algo aconteceu por algum outro motivo, por favor escolha "Não aconteceu".	This questionnaire asks about things that may have happened to you in the last three months because of your <u>teeth</u> or <u>mouth</u> . Please, check the best answer for each question. These questions are only about your teeth or mouth. If something happened for some other reason, please choose "Did not happen".	Este questionário pergunta sobre coisas que podem ter acontecido com você durante os últimos três meses por causa dos seus <u>dentês</u> ou da sua <u>boca</u> . Por favor, marque a melhor resposta para cada pergunta. Estas perguntas são apenas sobre os seus dentes ou a sua boca. Se algo aconteceu por algum outro motivo, por favor escolha "Não aconteceu".
Instrução	For all questions, we would like to know: A. How often it happened. B. How bothered were you by it. If it did not happen, choose "Did not happen".	Para cada questão, nós gostaríamos de saber: a) Com qual frequência isto aconteceu. b) O quanto você ficou incomodado por isso. Se isso não aconteceu, marque "Não aconteceu".	For each question, we would like to know: a) How often did it happen. b) How bothered were you about it. If it did not happen, choose "Did not happen".	Para cada questão, nós gostaríamos de saber: a) Com qual frequência isto aconteceu. b) O quanto você ficou incomodado por isso. Se isso não aconteceu, marque "Não aconteceu".
Instrução	<u>Please answer the question:</u>	<u>Por favor responda a estas perguntas:</u>	<u>Please answer the question</u>	<u>Por favor, responda a estas perguntas:</u>
Opções	How would you rate your health in general?  In general, how would you rate the health of your teeth and mouth?  Compared to one year ago, how would you describe the health of your teeth and mouth now?  <b>In the past 3 months...</b>  1. Did you have pain because of your teeth or mouth?  2. Did you have trouble eating any foods (hard / hot / cold) because of your teeth or mouth?  3. Did you have trouble paying attention in school because of your teeth or mouth?  4. Did you miss school because of your teeth or mouth?  5. Did you not want to laugh or smile around others because of your teeth or mouth?  6. Did you worry that you were not as good looking to others because of your teeth or mouth?  7. Were you unhappy with the way you looked because of your teeth or mouth?  8. Were you angry or upset because of your teeth or mouth?  9. Did you feel worried because of your teeth or mouth?  10. Did you cry because of your teeth or mouth?	Como você avaliaria a sua saúde geral?  No geral, como você avaliaria a saúde dos seus dentes e de sua boca?  Comparado a um ano atrás, como você descreveria a saúde dos seus dentes e de sua boca, hoje?  <b>Nos últimos 3 meses...</b>  Você teve dor por causa dos seus dentes ou de sua boca?  Você teve problemas para comer algum alimento (duro/quente/frio) por causa dos seus dentes ou de sua boca?  Você teve problema para prestar atenção na escola por causa dos seus dentes ou de sua boca?  Você faltou à escola por causa dos seus dentes ou de sua boca?  Você não quis sorrir ou rir perto de outras pessoas por causa dos seus dentes ou de sua boca?  Você se preocupou em não ter uma boa aparência comparado(a) a outras pessoas por causa dos seus dentes ou de sua boca?  Você ficou triste com a sua aparência por causa dos seus dentes ou de sua boca?  Você ficou nervoso ou chateado por causa dos seus dentes ou de sua boca?  Você se sentiu preocupado por causa dos seus dentes ou de sua boca?  Você chorou por causa dos seus dentes ou de sua boca?	How would you rate your general health?  In general, how would you rate the health of your teeth and mouth?  Compared to one year ago, how would you describe the health of your teeth and mouth now?  <b>In the last 3 months...</b>  Did you have pain because of your teeth or mouth?  Did you have trouble eating any food (hard/hot/cold) because of your teeth or mouth?  Did you have problem paying attention in school because of your teeth or mouth?  Did you miss school because of your teeth or mouth?  Did you not want to laugh or smile near other people because of your teeth or mouth?  Did you worry about not having a good appearance compared to others because of your teeth or mouth?  Were you sad with your appearance because of your teeth or mouth?  Were you angry or upset because of your teeth or mouth?  Did you feel worried because of your teeth or mouth?  Did you cry because of your teeth or mouth?	Como você avalia a sua saúde geral?  No geral, como você avalia a saúde dos seus dentes e de sua boca?  Comparado a um ano atrás, como você descreve a saúde dos seus dentes e de sua boca, hoje?  <b>Nos últimos 3 meses...</b>  1. Você teve dor por causa de problemas nos seus dentes ou na sua boca?  2. Você teve dificuldade para comer algum alimento duro/quente/frio por causa de problemas nos seus dentes ou na sua boca?  3. Você teve dificuldade para prestar atenção na aula por causa de problemas nos seus dentes ou na sua boca?  4. Você faltou à escola por causa de problemas nos seus dentes ou na sua boca?  5. Você não quis sorrir ou gargalhar perto de outras pessoas por causa de problemas nos seus dentes ou na sua boca?  6. Você se preocupou por não ter uma boa aparência comparado a outras pessoas por causa de problemas nos seus dentes ou na sua boca?  7. Você ficou triste com a sua aparência por causa de problemas nos seus dentes ou na sua boca?  8. Você ficou irritado ou chateado por causa de problemas nos seus dentes ou na sua boca?  9. Você se sentiu preocupado por causa de problemas nos seus dentes ou na sua boca?  10. Você já chorou por causa de problemas nos seus dentes ou na sua boca?

Continuação da Quadro 2. Equivalência semântica do *Pediatric Oral Health-Related Quality of Life (B-POQL) - Child Self Report (Ages 8-14) para o Português Brasileiro.*

POQL - Child Self Report – School Age (ages 8-14) Item	Original	Tradutor Brasileiro 1 e 2 (Síntese das Traduções)	Tradutor Americano 1 e 2 (Síntese das Retroraduações)	Versão Final
Título	Child Self Report – School Age (ages 8-14)	Auto Relato da Criança – Idade Escolar (Idades de 8-14 anos)	Self-report of School-Age Child (Ages 8-14)	Auto Relato da Criança – Idade Escolar (Idades de 8-14 anos)
Opções	In general, how would you describe your experiences with your dentist?	Em geral, como você descreve as suas experiências com seu dentista?	In general, how would you describe your experiences with your dentist?	No geral, como você descreve suas experiências com o seu dentista?
	When was your last visit to a dentist?	Quando foi a sua última visita ao dentista?	When was your last visit to the dentist?	Quando foi a última vez que você foi ao dentista tratar dos seus dentes?
	What was the reason(s) for your last dental visit? Please check all that apply.	Qual foi o motivo(s) da sua última visita ao dentista? Por favor marque todas as respostas que se aplicam a você	What was the reason(s) for your last visit to the dentist? Please check all answers that apply to you.	Na última vez que você foi ao dentista tratar dos seus dentes, qual foi o motivo da consulta? Por favor marque todas as respostas que se aplicam a você.
	<u>Finally, please tell us a few things about yourself.</u>	<u>Finalmente, por favor conte-nos algumas coisas sobre você.</u>	<u>Finally, please tell us some things about you.</u>	<u>Por favor, agora nós queremos saber algumas coisas sobre VOCÊ.</u>
Opções	In general, how would you rate the health of your teeth and mouth?	No geral, como você avaliaria a saúde dos seus dentes de sua boca?	In general, how would you rate the health of your teeth and mouth?	No geral, como você avalia a saúde dos seus dentes e sua boca?
	In general, how would you describe your experiences with your dentist?	No geral, como você descreveria suas experiências com seu dentista?	In general, how would you describe your experiences with your dentist?	No geral, como você descreve suas experiências com o seu dentista?
Questão	When was your last visit to a dentist?	Quando foi a sua última visita ao dentista?	When was your last visit to the dentist?	Quando foi a última vez que você foi ao dentista tratar dos seus dentes?
	What was the reason(s) for your last dental visit? Please check all that apply.	Qual foi a razão(ões) para a sua última visita ao dentista? Por favor marque todas as respostas que se aplicam a você	What was the reason(s) for your last visit to the dentist? Please check all answers that apply to you.	Na última vez que você foi ao dentista tratar dos seus dentes, qual foi o motivo da consulta? Por favor marque todas as respostas que se aplicam a você
Alternativas	Routine exam and / or cleaning	Exame de rotina e/ou limpeza	Routine exam and/or cleaning	Exame de rotina e/ou limpeza
	Emergency (tooth injury)	Emergência (dente quebrado)	Emergency (broken tooth)	Emergência (dente quebrado)
	Emergency (toothache)	Emergência (dor de dente)	Emergency (toothache)	Emergência (dor de dente)
	Having tooth (teeth) pulled	Extração de dente(s)	Tooth/teeth extraction	Extração de dente(s)
	Filling	Restauração (obturação)	Restoration (filling)	Restauração (obturação)/ massinha
	Root canal	Tratamento de canal	Root canal	Tratamento de canal
	Crown(s) or cap(s)	Coroa(s) ou peça(s)	Crown(s) or pieces(s)	Coroa(s) ou peça(s)
	Dentures	Dentadura	Dentures	Dentadura
Braces/ space maintainers	Aparelhos/ mantenedores de espaço	Braces/ Space maintainers	Aparelhos/ mantenedores de espaço	
Other (Specify):	Outro (Especificar):	Other: (specify)	Outros (Especificar):	

Quadro 3. Equivalência semântica do *Pediatric Oral Health-Related Quality of Life (B-POQL) - Parent Report on Early Childhood (Ages 8-14)* para o Português Brasileiro.

Item	Original	Tradutor Brasileiro 1 e 2 (Síntese das Traduções)	Tradutor Americano 1 e 2 (Síntese das Retroraduações)	Final Version
Título	Parent Report on School-Age Child (ages 8-14)	Relato de pais sobre Crianças em Idade Escolar (Idades de 8-14 anos)	Parents' report about School-Age Children (Ages 8-14)	Relato de Pais sobre Crianças em Idade Escolar (Idades de 8-14 anos)
Instrução	This survey asks about things that may have happened to your child during the past three months because of his or her teeth or mouth. Please check the one best answer for each question. These questions are only about your child's teeth or mouth. If the event occurred for other reasons, please choose "Did not happen". If you do not know whether or not your child experienced an event, or was bothered by an event, then choose "Don't know".	Este questionário pergunta sobre coisas que podem ter acontecido com o(a) seu(sua) filho(a) durante os últimos três meses por causa dos dentes ou da boca dele(a). Por favor, marque a melhor resposta para cada pergunta. Estas perguntas são apenas sobre os dentes ou a boca de seu(sua) filho(a). Se algo aconteceu por algum outro motivo, por favor escolha "Não aconteceu". Se você não sabe se o seu filho(a) passou ou não por essa situação, ou tenha dúvidas se ele foi ou não incomodado, marque "Não sei".	This questionnaire asks about things that may have happened to your child in the last three months because of his or her teeth or mouth. Please, check the best answer for each question. These questions are only about your child's teeth or mouth. If something happened for some other reason, please choose "Did not happen". If you do not know whether or not your child went through this situation, or if you have doubts whether he was bothered or not, check "Don't know".	Este questionário pergunta sobre coisas que podem ter acontecido com o seu filho durante os últimos três meses por causa dos dentes ou da boca dele. Por favor, marque a melhor resposta para cada pergunta. Estas perguntas são apenas sobre os dentes ou a boca do seu filho. Se algo aconteceu por algum outro motivo, por favor escolha "Não aconteceu". Se você não sabe se o seu filho passou ou não por essa situação, ou tenha dúvidas se ele foi ou não incomodado, marque "Não sei".
Instrução	For each question, we would like to know: A. How often it happened. B. How bothered was your child by it. If it did not happen, choose "Did not happen".	Para cada pergunta, nós gostaríamos de saber: a) Com qual frequência isto aconteceu. b) O quanto o seu filho(a) ficou incomodado por isso. Se isso não aconteceu, marque "Não aconteceu".	For each question, we would like to know: a) How often did it happen. b) How bothered was your child about it. If it did not happen, choose "Did not happen".	Para cada pergunta, nós gostaríamos de saber: a) Com qual frequência isto aconteceu. b) O quanto o seu filho ficou incomodado por isso. Se isso não aconteceu, marque "Não aconteceu".
Instrução	Please answer the question:	Por favor responda a estas perguntas:	Please answer these question	Por favor responda a estas
Opções	How would you rate your child's health in general?  In general, how would you rate the health of your child's teeth and mouth?  Compared to one year ago, how would you describe the health of your child's teeth and mouth now?  <b>In the past 3 months...</b>  1. Did your child have pain because of his or her teeth or mouth?  2. Did your child have trouble eating any foods (hard / hot / cold) because of his or her teeth or mouth?  3. Did your child have trouble paying attention in school because of his or her teeth or mouth?  4. Did your child miss school because of his or her teeth or mouth?  5. Did your child not want to laugh or smile around others because of his or her teeth or mouth?  6. Did your child worry that he or she was not as good looking to others because of his or her teeth or mouth?  7. Was your child unhappy with the way he or she looked because of his or her teeth or mouth?  8. Was your child angry or upset because of his or her teeth or mouth?  9. Did your child feel worried because of his or her teeth or mouth?  10. Did your child cry because of his or her teeth or mouth?	Como você avaliaria a saúde geral de seu(sua) filho(a)?  No geral, como você avaliaria a saúde dos dentes e boca do seu(sua) filho(a)?  Comparado a um ano atrás, como você descreveria a saúde dos dentes e boca de seu(sua) filho(a) hoje?  <b>Nos últimos 3 meses...</b>  1. O(a) seu(sua) filho(a) teve dor por causa dos dentes ou da boca dele(a)?  2. O(a) seu(sua) filho(a) teve problemas para comer algum alimento (duro/quente/frio) por causa dos dentes ou boca dele(a)?  3. O(a) seu(sua) filho(a) teve problemas para prestar atenção na escola por causa dos dentes ou da boca dele(a)?  4. O(a) seu(sua) filho(a) faltou à escola ou creche por causa dos dentes ou boca dele(a)?  5. O(a) seu(sua) filho(a) não quis sorrir ou rir perto de outras pessoas por causa dos dentes ou da boca dele(a)?  6. O(a) seu(sua) filho (a) se sentiu preocupado por causa dos dentes ou boca dele(a)?  7. O(a) seu(sua) filho(a) ficou triste com a aparência dele(a) por causa dos dentes ou da boca?  8. O(a) seu(sua) filho ficou irritado ou chateado por causa dos dentes ou da boca dele(a)?  9. O(a) seu(sua) filho(a) se sentiu preocupado por causa dos dentes ou da boca dele(a)?  10. O(a) seu(sua) filho(a) chorou por causa dos dentes ou da boca dele(a)?	How would you rate your child's general health?  In general, how would you rate the health of your child's teeth and mouth?  Compared to one year ago, how would you describe the health of your child's teeth and mouth now?  <b>In the last 3 months...</b>  1. Did your child have pain because of his or her teeth or mouth?  2. Did your child have trouble eating any food (hard/hot/cold) because of his or her teeth or mouth?  3. Did your child have trouble paying attention at school because of his or her teeth or mouth?  4. Did your child miss school because of his or her teeth or mouth?  5. Did your child not want to laugh or smile near other people because of his or her teeth or mouth?  6. Did your child worry about not having a good appearance compared to others because of his or her teeth or mouth?  7. Was your child sad with his or her appearance because of his or her teeth or mouth?  8. Did your child become angry or upset because of his or her teeth or mouth?  9. Did your child feel worried because of his or her teeth or mouth?  10. Did your child cry because of his or her teeth or mouth?	Como você avalia a saúde geral do seu filho?  No geral, como você avalia a saúde dos dentes e boca do seu filho?  Comparado a um ano atrás, como você descreve a saúde dos dentes e boca do seu filho hoje?  <b>Nos últimos 3 meses...</b>  1. O seu filho teve dor por causa de problemas nos dentes ou na boca dele?  2. O seu filho teve dificuldade para comer algum alimento duro/quente/frio por causa de problemas nos dentes ou na boca dele?  3. O seu filho teve dificuldade para prestar atenção na aula por causa de problemas nos dentes ou na boca dele?  4. O seu filho faltou à escola por causa de problemas nos dentes ou na boca dele?  5. O seu filho não quis sorrir ou gargalhar perto de outras pessoas por causa de problemas nos dentes ou na boca dele?  6. O seu filho se preocupou por não ter boa aparência por causa de problemas nos dentes ou na boca?  7. O seu filho ficou triste com a aparência dele por causa de problemas nos dentes ou na boca?  8. O seu filho ficou irritado ou chateado por causa de problemas nos dentes ou na boca dele?  9. O seu filho se sentiu preocupado por causa de problemas nos dentes ou na boca dele?  10. O seu filho já chorou por causa de problemas nos dentes ou na boca dele?

Continuação Quadro 3. Equivalência semântica do *Pediatric Oral Health-Related Quality of Life (B-POQL) - Parent Report on Early Childhood (Ages 8-14)* para o Português Brasileiro.

Item	Original	Tradutor Brasileiro 1 e 2 (Síntese das Traduções)	Tradutor Americano 1 e 2 (Síntese das Retroraduações)	Final Version
Título	Parent Report on School-Age Child (ages 8-14)	Relato de pais sobre Crianças em Idade Escolar (Idades de 8-14 anos)	Parents' report about School-Age Children (Ages 8-14)	Relato de Pais sobre Crianças em Idade Escolar (Idades de 8-14 anos)
Instrução	<u>Now we will ask about things that may have happened with YOU and YOUR FAMILY during the past 3 months because of your child's teeth or mouth.</u>	<u>Agora nós vamos perguntar sobre coisas que podem ter acontecido com VOCÊ e SUA FAMÍLIA durante os últimos 3 meses por causa dos dentes ou da boca do seu (sua) filho(a).</u>	<u>Now we are going to ask about things that may have happened with YOU and YOUR FAMILY during the last 3 months because of your child's teeth or mouth.</u>	<u>Agora nós vamos perguntar sobre coisas que podem ter acontecido com VOCÊ e SUA FAMÍLIA durante os últimos 3 meses por causa dos dentes ou da boca do seu filho.</u>
Opções	<b>In the past 3 months....</b> 1. Were you woken at night because of your child's teeth or mouth? 2. Did you miss work because of your child's teeth or mouth? 3. Did your child need more attention from you than usual due to his or her teeth or mouth? 4. Were you worried about paying for your child's dental treatment? 5. Did you feel guilty because of problems with your child's teeth or mouth? 6. Did you feel angry or frustrated because of problems with your child's teeth or mouth? 7. Did you feel helpless because of problems with your child's teeth or mouth?	<b>Nos últimos 3 meses...</b> 1. Você acordou à noite por causa dos dentes ou da boca do seu (sua) filho(a)? 2. Você faltou ao trabalho por causa dos dentes ou da boca do seu filho? 3. O seu (sua) filho(a) precisou mais de sua atenção do que o normal, por causa dos dentes ou da boca dele(a)? 4. Você ficou preocupado em ter que pagar por tratamento dentário de seu(sua) filho(a)? 5. Você se sentiu culpado por causa de problemas nos dentes ou na boca de seu(sua) filho(a)? 6. Você se sentiu irritado (a) ou frustrado(a) por causa de problemas com os dentes ou boca de seu filho(a)? 7. Você se sentiu desamparado(a) por causa de problemas com os dentes ou boca de seu (sua) filho(a)?	<b>In the last 3 months...</b> 1. Did you wake up at night because of your child's teeth or mouth? 2. Did you miss work because of your child's teeth or mouth? 3. Did your child need more of your attention than normal because of his or her teeth or mouth? 4. Were you worried about paying for your child's dental treatment? 5. Did you feel guilty because of problems with your child's teeth or mouth? 6. Did you feel angry or frustrated because of problems with your child's teeth or mouth? 7. Did you feel helpless because of problems with your child's teeth or mouth?	<b>Nos últimos 3 meses...</b> 1. Você acordou à noite por causa de problemas nos dentes ou na boca do seu filho? 2. Você faltou ao trabalho por causa de problemas nos dentes ou na boca do seu filho? 3. O seu filho precisou da sua atenção mais do que o normal por causa de problemas nos dentes ou na boca dele? 4. Você ficou preocupado em ter que pagar por tratamento dentário do seu filho? 5. Você se sentiu culpado por causa de problemas nos dentes ou na boca do seu filho? 6. Você se sentiu irritado ou frustrado por causa de problemas nos dentes ou boca do seu filho? 7. Você sentiu que ninguém te ajudou com os problemas nos dentes ou na boca do seu filho?
Instrução	<u>Finally, please tell us a few things about yourself</u>	<u>Finalmente, por favor conte-nos algumas coisas sobre você.</u>	<u>Finally, please tell us some things about you.</u>	<u>Por favor, agora nós queremos saber algumas coisas sobre VOCÊ.</u>
Opções	In general, how would you rate the health of your teeth and mouth?  In general, how would you describe your experiences with your dentist?  When was your last visit to a dentist?  What was the reason(s) for your last dental visit? Please check all that apply.	No geral, como você avaliaria a saúde dos seus dentes de sua boca?  No geral, como você descreveria suas experiências com seu dentista?  Quando foi a sua última visita ao dentista?  Qual foi a razão(ões) para a sua última visita ao dentista? Por favor marque todas as respostas que se aplicam a você	In general, how would you rate the health of your teeth and mouth?  In general, how would you describe your experiences with your dentist?  When was your last visit to the dentist?  What was the reason(s) for your last visit to the dentist? Please check all answers that apply to you.	No geral, como você avalia a saúde dos seus dentes e da sua boca?  No geral, como você descreve suas experiências com o seu dentista?  Quando foi a última vez que você foi ao dentista tratar dos seus dentes?  Na última vez que você foi ao dentista tratar dos seus dentes, qual foi o motivo da consulta? Por favor marque todas as respostas que se aplicam a você
Instrução	<u>Finally, please tell us a few things about yourself.</u>	<u>Finalmente, por favor conte-nos algumas coisas sobre você.</u>	<u>Finally, please tell us some things about you.</u>	<u>Por favor, agora nós queremos saber algumas coisas sobre VOCÊ.</u>
Opções	In general, how would you rate the health of your teeth and mouth?  In general, how would you describe your experiences with your dentist?  When was your last visit to a dentist?  What was the reason(s) for your last dental visit? Please check all that apply.	No geral, como você avaliaria a saúde dos seus dentes de sua boca?  No geral, como você descreveria suas experiências com seu dentista?  Quando foi a sua última visita ao dentista?  Qual foi a razão(ões) para a sua última visita ao dentista? Por favor marque todas as respostas que se aplicam a você	In general, how would you rate the health of your teeth and mouth?  In general, how would you describe your experiences with your dentist?  When was your last visit to the dentist?  What was the reason(s) for your last visit to the dentist? Please check all answers that apply to you.	No geral, como você avalia a saúde dos seus dentes e sua boca?  No geral, como você descreve suas experiências com o seu dentista?  Quando foi a última vez que você foi ao dentista tratar dos seus dentes?  Na última vez que você foi ao dentista tratar dos seus dentes, qual foi o motivo da consulta? Por favor marque todas as respostas que se aplicam a você.
Questão	What was the reason(s) for your last dental visit? Please check all that apply.	Qual foi a razão(ões) para a sua última visita ao dentista? Por favor marque todas as respostas que se aplicam a você	What was the reason(s) for your last visit to the dentist? Please check all answers that apply to you.	Na última vez que você foi ao dentista tratar dos seus dentes, qual foi o motivo da consulta? Por favor marque todas as respostas que se aplicam a você.
Alternativas	Routine exam and / or cleaning Emergency (tooth injury) Emergency (toothache) Having tooth (teeth) pulled Filling Root canal Crown(s) or cap(s) Dentures Braces/ space maintainers Other (Specify):	Exame de rotina e/ou limpeza Emergência (dente quebrado) Emergência (dor de dente) Extração de dente(s) Restauração (obturação) Tratamento de canal Coroa(s) ou peça(s) Dentadura Aparelhos/ mantenedores de espaço Outro (Especificar):	Routine exam and/or cleaning Emergency (broken tooth) Emergency (toothache) Tooth/teeth extraction Restoration (filling) Root canal Crown(s) or pieces(s) Dentures Braces/ Space maintainers Other: (specify)	Exame de rotina e/ou limpeza Emergência (dente quebrado) Emergência (dor de dente) Extração de dente(s) Restauração (obturação) Tratamento de canal Coroa(s) ou peça(s) Dentadura Aparelhos/ mantenedores de espaço Outros (Especificar):

Quadro 4. *Equivalência semântica do Teen Oral Health-Related Quality of Life (B-TOQOL) - Teen Self Report (Ages 13-18) para o Português Brasileiro.*

Teen Self-Report Item	Original	Brazilian Translator 1 and 2 Synthesis of Translations	American Translator 1 and 2 Synthesis of Backtranslation	Final Version
Título	Teen Self-Report	Auto relato do Adolescente	Self- Report of Adolescent	Auto Relato do Adolescente (Idades de 13-18 anos)
Instrução	This survey asks about things that may have happened to you during the past three months because of your teeth or mouth. Please check the box that best describes your answer. These questions are only about your teeth or mouth. If the event occurred for other reasons, please choose "Did not happen".	Este questionário pergunta sobre coisas que podem ter acontecido com você durante os últimos três meses por causa dos seus dentes ou da sua boca. Por favor, marque a melhor resposta para cada pergunta. Estas perguntas são apenas sobre os seus dentes ou a sua boca. Se algo aconteceu por algum outro motivo, por favor escolha "Não aconteceu".	This questionnaire asks about things that may have happened to you in the last three months because of your teeth or mouth. Please, check the best answer for each question. These questions are only about your teeth or mouth. If something happened for some other reason, please choose "Did not happen".	Este questionário pergunta sobre coisas que podem ter acontecido com você durante os últimos três meses por causa dos seus dentes ou da sua boca. Por favor, marque a melhor resposta para cada pergunta. Estas perguntas são apenas sobre os seus dentes ou a sua boca. Se algo aconteceu por algum outro motivo, por favor escolha "Não aconteceu".
Instrução	For each question, we would like to know: A. How often it happened. B. How bothered you were by it. If it did not happen, choose "Did not happen".	Para cada questão, nós gostaríamos de saber: a) Com qual frequência isto aconteceu. b) O quanto você ficou incomodado por isso. Se isso não aconteceu, marque "Não aconteceu".	For each question, we would like to know: a) How often did it happen. b) How bothered were you about it. If it did not happen, choose "Did not happen".	Para cada questão, nós gostaríamos de saber: a) Com qual frequência isto aconteceu. b) O quanto você ficou incomodado por isso. Se isso não aconteceu, marque "Não aconteceu".
Instrução	<u>Please answer the question:</u>	<u>Por favor responda a estas perguntas:</u>	<u>Please answer these questions:</u>	<u>Por favor, responda as estas perguntas:</u>
Opções	How would you rate your health in general?	Como você avaliaria a sua saúde geral?	How would you rate your general health?	Como você avalia a sua saúde geral?
	In general, how would you rate the health of your teeth and mouth?	No geral, como você avaliaria a saúde dos seus dentes e de sua boca?	In general, how would you rate the health of your teeth and mouth?	No geral, como você avalia a saúde dos seus dentes e da sua boca?
	Compared to one year ago, how would you describe the health of your teeth and mouth now?	Comparado a um ano atrás, como você descreveria a saúde dos seus dentes e de sua boca. hoje?	Compared to one year ago, how would you describe the health of your teeth and mouth now?	Comparado a um ano atrás, como você descreve a saúde dos seus dentes e da sua boca hoje?
	1. Did you have pain because of your teeth or mouth?	Você teve dor por causa dos seus dentes ou de sua boca?	Did you have pain because of your teeth or mouth?	Você teve dor por causa de problemas nos seus dentes ou na sua boca?
	2. Did you have trouble eating any foods (hard / hot / cold) because of your teeth or mouth?	Você teve problemas para comer algum alimento (duro/quente/frio) por causa dos seus dentes ou de sua boca?	Did you have trouble eating any food (hard/hot/cold) because of your teeth or mouth?	Você teve dificuldade para comer algum alimento duro/quente/frio por causa de problemas nos seus dentes ou na sua boca?
	3. Did you have difficulty eating foods you would like to eat because of your teeth or mouth?	Você teve dificuldade para comer alimentos que você gostaria de comer por causa dos seus dentes ou de sua boca?	Did you have difficulty eating foods that you would like to eat because of your teeth or mouth?	Você teve dificuldade para comer alimentos que você gosta por causa de problemas nos seus dentes ou na sua boca?
	4. Did you have trouble paying attention in school because of your teeth or mouth?	Você teve problema para prestar atenção na escola por causa dos seus dentes ou de sua boca?	Did you have trouble paying attention at school because of your teeth or mouth?	Você teve dificuldade para prestar atenção na aula por causa de problemas nos seus dentes ou na sua boca?
	5. Did you miss school because of your teeth or mouth?	Você faltou à escola por causa dos seus dentes ou de sua boca?	Did you miss school because of your teeth or mouth?	Você faltou à escola por causa de problemas nos seus dentes ou na sua boca?
	6. Did you have trouble sleeping because of your teeth or mouth?	Você teve problema para dormir por causa dos seus dentes ou de sua boca?	Did you have trouble sleeping because of your teeth or mouth?	Você teve problema para dormir por causa dos seus dentes ou da sua boca?
	7. Did you not want to laugh or smile around others because of your teeth or mouth?	Você não quis sorrir ou rir perto de outras pessoas por causa dos seus dentes ou de sua boca?	Did you not want to laugh or smile near other people because of your teeth or mouth?	Você não quis sorrir ou gargalhar perto de outras pessoas por causa de problemas nos seus dentes ou na sua boca?
	8. Did you worry that you were not as good looking to others because of your teeth or mouth?	Você se preocupou em não ter uma boa aparência comparado(a) a outras pessoas por causa dos seus dentes ou de sua boca?	Did you worry about not having a good appearance compared to others because of your teeth or mouth?	Você se preocupou por não ter uma boa aparência comparado a outras pessoas por causa de problemas nos seus dentes ou na sua boca?
	9. Were you unhappy with the way you looked because of your teeth or mouth?	Você ficou triste com a sua aparência por causa dos seus dentes ou de sua boca?	Were you sad with your appearance because of your teeth or mouth?	Você ficou triste com a sua aparência por causa de problemas nos seus dentes ou na sua boca?
	10. Were you angry or upset because of your teeth or mouth?	Você ficou nervoso ou chateado por causa dos seus dentes ou de sua boca?	Did you become angry or upset because of your teeth or mouth?	Você ficou irritado ou chateado por causa de problemas nos seus dentes ou na sua boca?
	11. Did you feel worried because of your teeth or mouth?	Você se sentiu preocupado por causa dos seus dentes ou de sua boca?	Did you feel worried because of your teeth or mouth?	Você se sentiu preocupado por causa de problemas nos seus dentes ou na sua boca?
	12. Were you depressed because of your teeth or mouth?	Você ficou deprimido por causa dos seus dentes ou de sua boca?	Were you depressed because of your teeth or mouth?	Você ficou triste por causa de problemas nos seus dentes ou na sua boca?
	13. Did you have bad breath?	Você teve mau hálito?	Did you have bad breath?	Você teve mau hálito?
	14. Did you have food caught between your teeth?	Você ficou com alimento preso entre os dentes?	Did you get food stuck between your teeth?	Você ficou com comida agarrada entre os dentes?
	15. Did you have bleeding gums?	Você teve sangramento na gengiva?	Did you have bleeding gums?	Você teve sangramento na gengiva?
	16. Did you have mouth sores?	Você teve feridas na boca?	Did you have sores in the mouth?	Você teve feridas na boca?

Continuação Quadro 4. *Equivalência semântica do Teen Oral Health-Related Quality of Life (B-TOQOL) - Teen Self Report (Ages 13-18) para o Português Brasileiro.*

item	Teen Self-Report	Original	Brazilian Translator 1 and 2 Synthesis of Translations	American Translator 1 and 2 Synthesis of Backtranslation	Final Version
Título		Teen Self-Report	Auto relato do Adolescente	Self- Report of Adolescent	Auto Relato do Adolescente (Idades de 13-18 anos)
Opções	17. Did you have crooked teeth or spaces between teeth?	Você teve dentes tortos ou espaços entre os dentes?	Did you have crooked teeth or spaces between the teeth?	Você teve dentes tortos ou espaços entre os dentes?	
	In general, how would you describe your experiences with your dentist?	No geral, como você descreveria suas experiências com seu dentista?	In general, how would you describe your experiences with your dentist?	No geral, como você descreve <b>suas</b> experiências com o seu dentista?	
	When was your last visit to a dentist?	Quando foi a sua última visita ao dentista?	When was your last visit to the dentist?	Quando foi a última vez que você foi ao dentista tratar dos seus dentes?	
Opções	What was the reason(s) for your last dental visit? Please check all that apply.	Qual foi a razão(ões) para a sua última visita ao dentista? Por favor marque todas as respostas que se aplicam a você	What was the reason(s) for your last visit to the dentist? Please check all answers that apply to you.	Na última vez que você foi ao dentista tratar dos seus dentes, qual foi o motivo da consulta? Por favor marque todas as respostas que se aplicam a você	
	Finally, please tell us a few things about yourself.	Finalmente, por favor contemos algumas coisas sobre você.	Finally, please tell us some things about you.	Por favor, agora nós queremos saber algumas coisas sobre VOCÊ.	
	In general, how would you rate the health of your teeth and mouth?	No geral, como você avaliaria a saúde dos seus dentes de sua boca?	In general, how would you rate the health of your teeth and mouth?	No geral, como você avalia a saúde dos seus dentes e sua boca?	
Opções	In general, how would you describe your experiences with your dentist?	No geral, como você descreveria suas experiências com seu dentista?	In general, how would you describe your experiences with your dentist?	No geral, como você descreve suas experiências com o seu dentista?	
	When was your last visit to a dentist?	Quando foi a sua última visita ao dentista?	When was your last visit to the dentist?	Quando foi a última vez que você foi ao dentista tratar dos seus dentes?	
Opções	What was the reason(s) for your last dental visit? Please check all that apply.	Qual foi a razão(ões) para a sua última visita ao dentista? Por favor marque todas as respostas que se aplicam a você.	What was the reason(s) for your last visit to the dentist? Please check all answers that apply to you.	Na última vez que você foi ao dentista tratar dos seus dentes, qual foi o motivo da consulta? Por favor marque todas as respostas que se aplicam a você.	
	Questão	Routine exam and / or cleaning	Exame de rotina e/ou limpeza	Routine exam and/or cleaning	Exame de rotina e/ou limpeza
Alternativas	Emergency (tooth injury)	Emergência (dente quebrado)	Emergency (broken tooth)	Emergência (dente quebrado)	
	Emergency (toothache)	Emergência (dor de dente)	Emergency (toothache)	Emergência (dor de dente)	
	Having tooth (teeth) pulled	Extração de dente(s)	Tooth/teeth extraction	Extração de dente(s)	
	Filling	Restauração (obturação)	Restoration (filling)	Restauração (obturação)	
	Root canal	Tratamento de canal	Root canal	Tratamento de canal	
	Crown(s) or cap(s)	Coroa(s) ou peça(s)	Crown(s) or pieces(s)	Coroa(s) ou peça(s)	
	Dentures	Dentadura	Dentures	Dentadura	
	Braces/ space maintainers	Aparelhos/ mantenedores de espaço	Braces/ Space maintainers	Aparelhos/ mantenedores de espaço	

Quadro 5. Equivalência semântica do *Pediatric Oral Health-Related Quality of Life (B-TOQOL) - Parent Report on Teen (Ages 13-18) para o Português Brasileiro.*

Item	Parent Report on Teen	Brazilian Translator 1 and 2 Synthesis of Translations	American Translator 1 and 2 Synthesis of Backtranslation	Final Version
Título	Parent Report on Teen	Relato de Pais sobre Adolescentes	Parents' Report About Adolescents	Relato de Pais sobre Adolescentes (Idades de 13-18 anos)
Instrução	This survey asks about things that may have happened to your teen during the past three months because of his or her teeth or mouth. Please check the one best answer for each question. These questions are only about your teen's teeth or mouth. If the event occurred for other reasons, please choose "Did not happen". If you do not know whether or not your child experienced an event, or was bothered by an event, then choose "Don't know".	Este questionário pergunta sobre coisas que podem ter acontecido com o(a) seu(sua) filho(a) durante os últimos três meses por causa dos dentes ou da boca dele(a). Por favor, marque a melhor resposta para cada pergunta. Estas perguntas são apenas sobre os dentes ou a boca de seu(sua) filho(a). Se algo aconteceu por algum outro motivo, por favor escolha "Não aconteceu". Se você não sabe se o seu filho(a) passou ou não por essa situação, ou tenha dúvidas se ele foi ou não incomodado, marque "Não sei".	This questionnaire asks about things that may have happened to your teen in the last three months because of his or her teeth or mouth. Please, check the best answer for each question. These questions are only about your teen's teeth or mouth. If something happened for some other reason, please choose "Did not happen". If you do not know whether or not your teen went through this situation, or if you have doubts whether he was bothered or not, check "Don't know".	Este questionário pergunta sobre coisas que podem ter acontecido com o seu filho durante os últimos três meses por causa dos dentes ou da boca dele. Por favor, marque a melhor resposta para cada pergunta. Estas perguntas são apenas sobre os dentes ou a boca do seu filho. Se algo aconteceu por algum outro motivo, por favor escolha "Não aconteceu". Se você não sabe se o seu filho passou ou não por essa situação, ou tenha dúvidas se ele foi ou não incomodado, marque "Não sei".
Instrução	For each question, we would like to know: A. How often it happened. B. How bothered you were by it. If it did not happen, choose "Did not happen".	Para cada pergunta, nós gostaríamos de saber: a) Com qual frequência isto aconteceu. b) O quanto o seu filho(a) ficou incomodado por isso. Se isso não aconteceu, marque "Não aconteceu".	For each question, we would like to know: a) How often did it happen. b) How bothered was your teen about it. If it did not happen, choose "Did not happen".	Para cada pergunta, nós gostaríamos de saber: a) Com qual frequência isto aconteceu. b) O quanto o seu filho ficou incomodado por isso. Se isso não aconteceu, marque "Não aconteceu".
Instrução	Please answer the question:	Por favor, responda a estas perguntas:	Please, answer these questions:	Por favor, responda a estas perguntas:
Opções	How would you rate your child's health in general?	Como você avalia a saúde geral de seu(sua) filho(a)?	How would you rate your teen's general health?	Como você avalia a saúde geral do seu filho?
	In general, how would you rate the health of your child's teeth and mouth?	No geral, como você avaliaria a saúde dos dentes e boca do seu(sua) filho(a)?	In general, how would you rate the health of your teen's teeth and mouth?	No geral, como você avalia a saúde dos dentes e boca do seu filho?
	Compared to one year ago, how would you describe the health of your child's teeth and mouth now?	Comparado a um ano atrás, como você descreveria a saúde dos dentes e boca de seu(sua) filho(a) hoje?	Compared to one year ago, how would you describe the health of your teen's teeth and mouth now?	Comparado a um ano atrás, como você descreve a saúde dos dentes e boca do seu filho hoje?
	1. Did your child have pain because of his or her teeth or mouth?	O(a) seu(sua) filho(a) teve dor por causa dos dentes ou da boca dele(a)?	Did your teen have pain because of his or her teeth or mouth?	O seu filho teve dor por causa de problemas no dente ou na boca dele?
	2. Did your child have trouble eating any foods (hard / hot / cold) because of his or her teeth or mouth?	O(a) seu(sua) filho(a) teve problemas para comer algum alimento (duro/quente/frio) por causa dos dentes ou boca dele(a)?	Did your teen have trouble eating any food (hard/hot/cold) because of his or her teeth or mouth?	O seu filho teve dificuldade para comer algum alimento duro/quente/frio por causa de problemas nos dentes ou na boca dele?
	3. Did your child have difficulty eating foods he or she would like to eat because of his or her teeth or mouth?	O(a) seu(a) filho(a) teve dificuldade para comer alimentos que ele(a) gostaria de comer por causa dos dentes ou da boca dele(a)?	Did your teen have difficulty eating foods that he or she would like to eat because of his or her teeth or mouth?	O seu filho teve dificuldade para comer alimentos que ele gosta por causa de problemas nos dentes ou na boca dele?
	4. Did your child have trouble paying attention in school because of his or her teeth or mouth?	O(a) seu(sua) filho(a) teve problema para prestar atenção na escola por causa dos dentes ou da boca dele(a)?	Did your teen have trouble paying attention at school because of his or her teeth or mouth?	O seu filho teve dificuldade para prestar atenção na aula por causa de problemas nos dentes ou na boca dele?
	5. Did your child miss school because of his or her teeth or mouth?	O(a) seu(sua) filho(a) faltou à escola por causa dos dentes ou da boca dele(a)?	Did your teen miss school because of his or her teeth or mouth?	O seu filho faltou à escola por causa de problemas nos dentes ou na boca dele?
	6. Did your child have trouble sleeping because of his or her teeth or mouth?	O(a) seu(sua) filho(a) teve problema para dormir por causa dos dentes ou da boca dele(a)?	Did your teen have trouble sleeping because of his or her teeth or mouth?	O seu filho teve problema para dormir por causa dos dentes ou da boca dele?
	7. Did your child not want to laugh or smile around others because of his or her teeth or mouth?	O(a) seu(sua) filho(a) não quis sorrir ou rir perto de outras pessoas por causa dos dentes ou da boca dele(a)?	Did your teen not want to laugh or smile near other people because of his or her teeth or mouth?	O seu filho não quis sorrir ou gargalhar perto de outras pessoas por causa de problemas nos dentes ou na boca dele?
	8. Did your child worry that he or she was not as good looking to others because of his or her teeth or mouth?	O(a) seu filho(a) se preocupou em não ter boa aparência por causa dos dentes ou boca?	Did your teen worry about not having a good appearance compared to others because of his or her teeth or mouth?	O seu filho se preocupou por não ter boa aparência, por causa de problemas nos dentes ou na boca?
	9. Was your child unhappy with the way he or she looked because of his or her teeth or mouth?	O(a) seu(sua) filho(a) ficou triste com a sua aparência por causa dos dentes ou da boca dele(a)?	Was your teen sad with his or her appearance because of his or her teeth or mouth?	O seu filho ficou triste com a aparência dele por causa de problemas nos dentes ou na boca?
	10. Was your child angry or upset because of his or her teeth or mouth?	O(a) seu(sua) filho(a) ficou nervoso ou chateado por causa dos dentes ou da boca dele(a)?	Did your teen become angry or upset because of his or her teeth or mouth?	O seu filho ficou irritado ou chateado por causa de problemas nos dentes ou da boca dele?
	11. Did your child feel worried because of his or her teeth or mouth?	O(a) seu(sua) filho(a) se sentiu preocupado por causa dos dentes ou da boca dele(a)?	Did your teen feel worried because of his or her teeth or mouth?	O seu filho se sentiu preocupado por causa de problemas nos dentes ou na boca dele?
	12. Was your child depressed because of his or her teeth or mouth?	O(a) seu(sua) filho(a) ficou deprimido por causa dos dentes ou da boca dele(a)?	Was your teen depressed because of his or her teeth or mouth?	O seu filho ficou triste por causa de problemas nos dentes ou na boca dele?
	13. Did your child have bad breath?	O(a) seu(sua) filho(a) teve mau hálito?	Did your teen have bad breath?	O seu filho teve mau hálito?
	14. Did your child have food caught between his or her teeth?	O(a) seu(sua) filho(a) ficou com alimento preso entre os dentes?	Did your teen get food stuck between his or her teeth?	9. O seu filho ficou com comida agarrada entre os dentes?
	15. Did your child have bleeding gums?	O(a) seu(sua) filho(a) teve sangramento na gengiva?	Did your teen have bleeding gums?	10. O seu filho teve sangramento na gengiva?
	16. Did your child have mouth sores?	O(a) seu(sua) filho(a) teve feridas na boca?	Did your teen have sores in the mouth?	O seu filho teve feridas na boca?
	17. Did your child have crooked teeth or spaces between teeth?	O(a) seu(sua) filho(a) teve dentes tortos ou espaços entre os dentes?	Did your teen have crooked teeth or spaces between the teeth?	O seu filho teve dentes tortos ou espaços entre os dentes?
	In general, how would you rate the health of your teeth and mouth?	No geral, como você avaliaria a saúde dos seus dentes de sua boca?	In general, how would you rate the health of your teeth and mouth?	No geral, como você avalia a saúde dos seus dentes e da sua boca?

Continuação Quadro 5. *Equivalência semântica do Pediatric Oral Health-Related Quality of Life (B-TOQOL) - Parent Report on Teen (Ages 13-18) para o Português Brasileiro.*

Item	Parent Report on Teen	Original	Brazilian Translator 1 and 2 Synthesis of Translations	American Translator 1 and 2 Synthesis of Backtranslation	Final Version
Título		Parent Report on Teen	Relato de Pais sobre Adolescentes	Parents' Report About Adolescents	Relato de Pais sobre Adolescentes (Idades de 13-18 anos)
Opções		In general, how would you describe your experiences with your dentist?	No geral, como você descreveria suas experiências com seu dentista?	In general, how would you describe your experiences with your dentist?	No geral, como você descreve suas experiências com o seu dentista?
		When was your last visit to a dentist?	Quando foi a sua última visita ao dentista?	When was your last visit to the dentist?	Quando foi a última vez que você foi ao dentista tratar dos seus dentes?
		What was the reason(s) for your last dental visit? Please check all that apply.	Qual foi a razão(ões) para a sua última visita ao dentista? Por favor marque todas as respostas que se aplicam a você.	What was the reason(s) for your last visit to the dentist? Please check all answers that apply to you.	Na última vez que você foi ao dentista tratar dos seus dentes, qual foi o motivo da consulta? Por favor marque todas as respostas que se aplicam a você.
Instrução		<u>Finally, please tell us a few things about yourself.</u>	<u>Finalmente, por favor conte-nos algumas coisas sobre você.</u>	<u>Finally, please tell us some things about you.</u>	<u>Por favor, agora nós queremos saber algumas coisas sobre VOCÊ.</u>
		In general, how would you rate the health of your teeth and mouth?	No geral, como você avaliaria a saúde dos seus dentes de sua boca?	In general, how would you rate the health of your teeth and mouth?	No geral, como você avalia a saúde dos seus dentes e sua boca?
Opções		In general, how would you describe your experiences with your dentist?	No geral, como você descreveria suas experiências com seu dentista?	In general, how would you describe your experiences with your dentist?	No geral, como você descreve suas experiências com o seu dentista?
		When was your last visit to a dentist?	Quando foi a sua última visita ao dentista?	When was your last visit to the dentist?	Quando foi a última vez que você foi ao dentista tratar dos seus dentes?
Questão		What was the reason(s) for your last dental visit? Please check all that apply.	Qual foi a razão(ões) para a sua última visita ao dentista? Por favor marque todas as respostas que se aplicam a você	What was the reason(s) for your last visit to the dentist? Please check all answers that apply to you.	Na última vez que você foi ao dentista tratar dos seus dentes, qual foi o motivo da consulta? Por favor marque todas as respostas que se aplicam a você
Alternativas		Routine exam and / or cleaning	Exame de rotina e/ou limpeza	Routine exam and/or cleaning	Exame de rotina e/ou limpeza
		Emergency (tooth injury)	Emergência (dente quebrado)	Emergency (broken tooth)	Emergência (dente quebrado)
		Emergency (toothache)	Emergência (dor de dente)	Emergency (toothache)	Emergência (dor de dente)
		Having tooth (teeth) pulled	Extração de dente(s)	Tooth/teeth extraction	Extração de dente(s)
		Filling	Restauração (obturação)	Restoration (filling)	Restauração (obturação)
		Root canal	Tratamento de canal	Root canal	Tratamento de canal
	Crown(s) or cap(s)	Coroa(s) ou peça(s)	Crown(s) or pieces(s)	Coroa(s) ou peça(s)	
	Dentures	Dentadura	Dentures	Dentadura	
	Braces/ space maintainers	Aparelhos/ mantenedores de espaço	Braces/ Space maintainers	Aparelhos/ mantenedores de espaço	
	Other (Specify):	Outro (Especificar):	Other: (specify)	Outros (Especificar):	

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os principais benefícios deste estudo foram a tradução e adaptação transcultural de dois questionários de qualidade de vida relacionada à saúde bucal voltados para crianças e adolescentes de grupos minoritários e de baixa renda. Isso é extremamente importante para o Brasil tendo em vista, infelizmente, a desigualdade social ainda é muito presente no país. Outra vantagem desses instrumentos é que eles expandem a compreensão do construto de QVRSB ao incorporar avaliações a respeito da frequência de acontecimentos dos eventos mas também sobre o quanto esses eventos incomodam a vida das pessoas.

Ademais, é importante ressaltar que a possibilidade de se ter acesso a questionários construídos com a mesma base teórica para indivíduos de 2 a 18 anos, é excelente para permitir estudos longitudinais (coortes) sobre QVRSB nesses indivíduos, já que o acompanhamento pode ser iniciado na primeira infância e se estender à fase final da adolescência. Outro benefício que eles apresentam é a disponibilidade de versões tanto para crianças e adolescentes quanto para os pais/responsáveis, o que permite uma visão mais completa a respeito de como os problemas bucais impactam a qualidade de vida da família.

Futuramente, esses questionários serão testados quanto às suas propriedades psicométricas para determinar a sua validade e confiabilidade, além de estudos clínicos para se testar a responsividade. Isso possibilita a validação desses instrumentos que avaliam o impacto de problemas bucais na qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças e adolescentes, permitindo promissoras pesquisas para a área da Odontologia.

A disponibilização deste instrumento para pesquisadores e profissionais da saúde no Brasil permitirá a realização de pesquisas promissoras na área de Odontologia, facilitando a coletas de informações essenciais para definição de prioridade em tratamentos e formulação de novos programas de saúde bucal. Sendo assim, gera perspectivas de traçar novas estratégias de saúde pública para a prevenção, tratamento de problemas bucais e melhor acesso à saúde bucal para a população.

## REFERÊNCIAS

ALRASHED, M.; ALQERBAN, A. The relationship between malocclusion and oral health-related quality of life among adolescents: a systematic literature review and meta-analysis. *Eur J Orthod*, v. 43, n. 2, p. 173-183, 2021.

BARASUOL, J. C., *et al.* Association between dental pain and oral health-related quality of life in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Community Dent Oral Epidemiol*, v. 48, n. 4, p. 257-263, 2020.

BITTENCOURT, J. M., *et al.* Early childhood caries and oral health-related quality of life of Brazilian children: Does parents' resilience act as moderator? *Int J Paediatr Dent*, v. 31, n. 3, p. 383-393, 2021.

BEATON, D. E., *et al.* Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, v. 25, n. 24, p. 3186–3191, 2000.

BORSA, J. C. Cross-Cultural Adaptation and Validation of Psychological Instruments: some considerations. *Paidéia*, v. 22, n. 53, p. 423–432, 2012.

BROADER, H. L., MCGRATH, C., CISNEROS, G. J. Questionnaire development: face validity and item impact testing of the Child Oral Health Impact Profile. *Community Dent Oral Epidemiol*, v. 35, p. 8-19, 2007.

BRODER, H. L., *et al.* Reliability and convergent and discriminant validity of the Child Oral Health Impact Profile (COHIP Child's Version). *Community Dent Oral Epidemiol*, v. 35, p. 20–31, 2007.

CHAFFEE, B. W., *et al.* Oral health-related quality-of-life scores differ by socioeconomic status and caries experience. *Community Dent Oral Epidemiol*, v. 45, n. 3, p. 216-224, 2017.

GHERUNPONG, S., TSAKOS, G., SHEIHAM, A. Developing and evaluating an oral health-related quality of life index for children; the CHILD-OIDP. *Community Dent Health*, v. 21, p. 161-169, 2004.

GILCHRIST, F., *et al.* Assessment of the quality of measures of child oral health-related quality of life. *BMC Oral Health*, v. 14, p. 40, 2014.

GRADÍN, C. Race and Income Distribution: Evidence from the USA, Brazil and South Africa. *Review of Development Economics*, v.18, n.1, p. 73-92, 2014.

HERDMAN, M.; FOX-RUSHBY, J.; BADIA, X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: The universalist approach. *Qual Life Res*, v. 7, n. 4, p. 323-335, 1998.

HUNTINGTON, N. L., *et al.* Development and validation of a measure of pediatric oral health-related quality of life: the POQL. *J Public Health Dent*, v. 71, p. 185-193, 2011.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estimativas da população residente com data de referência no ano de 2020.

INSTITUTE OF MEDICINE (US). Committee on Quality of Health Care in America. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21<sup>st</sup> Century*. Washington, DC: National Academies Press; 2001.

JÄLEVIK, B., *et al.* Can molar incisor hypomineralization cause dental fear and anxiety or influence the oral health-related quality of life in children and adolescents?- a systematic review. *Eur Arch Paediatr Dent*, 2021.

JOKOVIC, A. *et al.* Validity and reliability of a questionnaire for measuring child oral-health-related quality of life. *J Dent Res*, v. 81, p. 459-463, 2002.

JU, X., *et al.* Poor self-rated oral health associated with poorer general health among

Indigenous Australians. *BMC Public Health*, v. 21, n. 1, p.424, 2021.

KRAGT, L., *et al.* The impact of malocclusions on oral health-related quality of life in children- a systematic review and meta-analysis. *Clin Oral Investig*, v. 20, n. 8, p. 1881-1894, 2016.

LEE, G. H. *et al.* Translation and validation of a Chinese language version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). *Int J Paediatr Dent*, v. 19, p. 399-405, 2009.

MILANI, A. J., *et al.* Impact of traumatic dental injury treatment on the Oral Health-Related Quality of Life of children, adolescents, and their family: Systematic review and meta-analysis. *Dent Traumatol*, 2021.

NORA, Â. D., *et al.* Is Caries Associated with Negative Impact on Oral Health-Related Quality of Life of Pre-school Children? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Pediatr Dent*, v. 40, n. 7, p. 403-411, 2018.

PAHEL, B. T. *et al.* Parental perceptions of children's oral health: The Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). *Health Qual Life Outcomes*, v. 5, p. 6, 2007.

PERAZZO, M. F., *et al.* Patient-centered assessments: how can they be used in dental clinical trials? *Braz Oral Res*, v. 34, s. 3, 2020.

PERAZZO, M. F., *et al.* Oral Health-Related Quality Of Life of Pre-School Children: Review and Perspectives for New Instruments. *Braz Dent J*, v. 31, n. 6, p. 568-581, 2020.

SISCHO, L., BRODER, H. L. Oral health-related quality of life: what, why, how, and future implications. *J Dent Res*, v. 90, n. 11, p. 1264-70, 2011.

STEELE M. M., STEELE R. G., VARNI, J. W. Reliability and Validity of the PedsQLTM oral health scale: measuring the relationship between Child Oral Health

and Health-Related Quality of Life. *Child Heal Care*, v. 38, p. 228-244, 2009.

THOMSON, W. M., BRODER, H. L. Oral-Health-Related Quality of Life in Children and Adolescents. *Pediatr Clin North Am*, v. 65, n. 5, p.1073-1084, 2018.

TSAKOS, G., *et al.* Developing a new self-reported scale of oral health outcomes for 5-year-old children (SOHO-5). *Health Qual Life Outcomes*, v. 10, p. 62, 2012.

WRIGHT, W. G. *et al.* Development of the Teen Oral Health-Related Quality of Life Instrument. *J Public Health Dent*, v. 77, n. 2, p. 115-124, 2017.

YAZICIOGLU İ, *et al.* Validity and reliability of a Turkish pediatric oral health-related quality of life measure. *Eur Oral Res*, v. 52, n. 1, p. 27-35, 2018.

ZAROR, C., *et al.* Impact of early childhood caries on oral health-related quality of life: A systematic review and meta-analysis. *Int J Dent Hyg*, 2021

## ANEXOS

### ANEXO A – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP-UFMG)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** VALIDAÇÃO DO PEDIATRIC ORAL HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE (POQL) E DO TEEN ORAL HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE (TOQOL)

**Pesquisador:** PAULO ANTONIO MARTINS JUNIOR

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 92157418.7.0000.5149

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.884.044

##### Apresentação do Projeto:

A necessidade de determinar o impacto de anormalidades orofaciais na vida diária de indivíduos tem impulsionado a construção e desenvolvimento de instrumentos de mensuração da qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB). O conhecimento dos fatores clínicos e socioeconômicos associados à QVRSB, e as consequências trazidas por uma saúde bucal comprometida à vida diária dos indivíduos pode contribuir para o entendimento da dimensão das inequidades e definição de grupos que necessitam de maiores cuidados em saúde bucal. Embora a progressão e desenvolvimento da cárie dentária tenham diminuído ao longo dos anos, algumas populações menos favorecidas socioeconomicamente são consideradas de alto risco, apresentando maiores prevalências de cárie dentária quando comparado à população geral. Alguns conhecimentos e crenças podem afetar o comportamento dos pais em relação aos cuidados preventivos sobre a saúde bucal dos seus filhos, sendo reconhecidos como importantes determinantes da cárie dentária. O estudo será realizado na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (FO-UFMG), em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Será realizado um estudo transversal que objetiva a validação de dois instrumentos psicométricos (POQL e TOQOL) para a língua portuguesa do Brasil. Para isto, ambos os estudos serão desenvolvidos em duas etapas. A primeira, corresponde a adaptação transcultural do instrumento, enquanto a segunda, testará as propriedades psicométricas. Ambas as partes serão compostas por amostras de conveniência representadas por crianças e adolescentes atendidas nas clínicas da Faculdade de Odontologia (FO)

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4592

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estimado pai/responsável, venho por meio deste, convidá-lo a participar da pesquisa “*Validação do Pediatric Oral Health-Related Quality Of Life (POQL) e do Teen Oral Health-Related Quality Of Life (TOQOL)*”.

Sou aluna de Mestrado em Odontopediatria pelo Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais e estamos realizando uma pesquisa. A pesquisa deseja adaptar para o Brasil os questionários *Pediatric Oral Health-Related Quality Of Life (POQL) e do Teen Oral Health-Related Quality Of Life (TOQOL)*, que avaliam a qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Ao participar da pesquisa, a/o criança/adolescente contribuirá para a obtenção de instrumentos a serem utilizados em pesquisas futuras, auxiliando políticas de saúde.

Assim, estamos visitando as clínicas da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais e realizando o trabalho com as crianças, adolescentes e os pais/responsáveis. O(A) senhor(a) e seu(ua) filho(a) estão sendo convidados(as) para participar, como voluntários, nesta pesquisa. Para participar, você deverá responder aos questionários. Após devolver os questionários e este termo de autorização, será realizado um exame bucal simples no seu(sua) filho(a), caso o senhor(a) permita. Neste exame será observado se seu(ua) filho(a) apresenta cárie dentária e esse exame dura cerca de 5 minutos. Neste exame usaremos espelho clínico, gaze e algodão, todos esterilizados. Gaze e algodão serão usados para secar os dentes e o espelho clínico será usado para visualizar cada dente do seu(ua) filho(a). Estes procedimentos apresentam o mínimo de risco e desconforto, os quais podem ser representados pelo constrangimento na participação do estudo ou tempo gasto para responder aos questionários (cerca de 15 minutos) e ser examinado clinicamente. O exame será realizado por dois pesquisadores, que usarão avental, óculos, gorro, máscara e luvas descartáveis. Este exame será realizado na própria Universidade. O(A) senhor(a) será informado caso seu(ua) filho(a) precise de tratamento odontológico. Como ele(a) já estará em acompanhamento na clínica, o tratamento será fornecido de acordo com a necessidade do seu(ua) filha.

A direção do curso de Odontologia permitiu a realização do estudo e, sendo assim, pedimos a sua autorização para a participação. Gostaria de esclarecer que o senhor(a) e seu(sua) filho(a) tem o direito de participar ou não do estudo e podem desistir em qualquer momento. O senhor(a) não terá nenhum tipo de despesa pela participação na pesquisa, assim como não receberá qualquer remuneração. Sua identidade não será revelada. A menos que requerido por lei ou por sua solicitação, somente o pesquisador e a equipe do estudo, Comitê de Ética independente e inspetores de agências regulamentadoras do governo (quando necessário) terão acesso a suas informações para verificar os dados do estudo.

A realização deste estudo foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 – Unidade Administrativa II – 2º andar – Sala 2005 – Cep 31270-901 – Belo Horizonte – MG - telefone 31 3409-4592 – e-mail: coep@prpq.ufmg.br). Em caso de quaisquer dúvidas éticas, não deixe de consultar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais. Este documento possui duas vias, devendo uma delas ser assinada e entregue ao pesquisador, e a outra ficará com o (a) senhor(a). Ao assinar este documento o (a) senhor(a) autoriza a realização do exame na criança/adolescente bem como concorda em participar da pesquisa respondendo aos questionários.

SUA ASSINATURA INDICA QUE VOCÊ LEU E ENTENDEU TODAS AS INFORMAÇÕES EXPLICADAS ANTERIORMENTE.

Nome do participante: \_\_\_\_\_

Documento (CI): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

Atenciosamente, Luna Chagas Clementino (Telefone: 31 99308-2566).

## APÊNDICE B – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido

### TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “*Validação do Pediatric Oral Health-Related Quality Of Life (POQL) e do Teen Oral Health-Related Quality Of Life (TOQOL)*”. Seus pais permitiram que você participe.

Queremos adaptar para o Brasil os questionários *Pediatric Oral Health-Related Quality Of Life (POQL)* e *do Teen Oral Health-Related Quality Of Life (TOQOL)*, que avaliam a qualidade de vida relacionada à saúde bucal.

Você não precisa participar da pesquisa se não quiser e não terá nenhum problema se desistir.

A pesquisa será feita nas clínicas da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Nós iremos entregar um questionário que você deverá ler com atenção e responder às perguntas selecionando as opções que você achar melhores em relação aos seus dentes e sua boca. Iremos, também, realizar um exame da sua boca e seus dentes. Neste exame será observado se você apresenta cárie dentária.

Para isso, vamos secar seus dentes com gaze e vamos ver cada um dos seus dentes com um espelho clínico.

Os dentistas usarão luvas descartáveis, máscara, avental, gorro e óculos. Os riscos dessa pesquisa são pequenos, e podem ser a vergonha e o cansaço para responder às perguntas. Para diminuir esses riscos, os questionários não serão identificados com o seu nome, e serão curtos e rápidos (cerca de 10 minutos). O exame não causará desconforto e vai durar cerca de 5 minutos. Como você já está sendo atendido na clínica odontológica da Faculdade de Odontologia da UFMG, se você tiver algum problema dentário, o tratamento será feito de acordo com o que você precisar. Caso você ou alguém da sua família queira saber mais sobre a pesquisa, pode nos procurar pelos telefones (31) 993082566 e (31) 2512-3830, e ainda pelos e-mails [lnacclementino@gmail.com](mailto:lnacclementino@gmail.com) da pesquisadora Luna Chagas Clementino.

Ninguém saberá que você está participando da pesquisa; não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que você nos der. Os resultados da pesquisa vão ser publicados, mas sem identificar as crianças e adolescentes que participaram.

Ao assinar esse documento, você concorda em participar deste estudo e que seja realizado exame clínico, bem como, o preenchimento do questionário. Autoriza também que os dados obtidos através do exame clínico e das respostas aos questionários sejam apresentados e publicados em eventos e artigos científicos, mas não vamos mostrar o seu nome em nenhum lugar.

=====

#### CONSENTIMENTO PÓS INFORMADO

Eu \_\_\_\_\_ aceito participar da pesquisa “*Validação do Pediatric Oral Health-Related Quality Of Life (POQL) e do Teen Oral Health-Related Quality Of Life (TOQOL)*”.

Entendi que posso dizer “sim” e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer “não” e desistir e que ninguém vai ficar bravo.

Os pesquisadores tiraram minhas dúvidas e conversaram com os meus responsáveis. Recebi uma cópia deste termo de assentimento e li e concordo em participar da pesquisa.

Belo Horizonte, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_

Assinatura do menor

\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) pesquisador(a)



**POR FAVOR, RESPONDA A ESTAS PERGUNTAS:**

Como você avalia a saúde geral do seu filho?	Excelente	Muito boa	Boa	Mais ou menos	Ruim
	[ ] <sub>5</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>

No geral, como você avalia a saúde dos <b>dentes e boca</b> do seu filho?	Excelente	Muito boa	Boa	Mais ou menos	Ruim
	[ ] <sub>5</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>

Comparado a um ano atrás, como você descreve a saúde dos <b>dentes e boca</b> do seu filho <b>hoje</b> ?	Muito melhor	Melhor	A mesma coisa	Pior	Muito Pior
	[ ] <sub>5</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>

Nos últimos 3 meses;	a) Com qual frequência isto aconteceu?					b) O quanto o seu filho ficou incomodado?					
	O tempo todo	Algumas vezes	De vez em quando	Não aconteceu	Não sei	Muito incomodado	Incomodado	Um pouco incomodado	Nunca ficou incomodado	Não aconteceu	Não sei
1. O seu filho teve dor por causa de problemas nos dentes ou na boca dele?	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>
2. O seu filho teve dificuldade para comer algum alimento duro/quente/frio por causa de problemas nos dentes ou na boca dele?	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>
3. O seu filho faltou à escola por causa de problemas nos dentes ou na boca dele?	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>
4. O seu filho ficou irritado ou chateado por causa de problemas nos dentes ou na boca dele?	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>
5. O seu filho se sentiu preocupado por causa de problemas nos dentes ou na boca dele?	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>
6. O seu filho já chorou por causa de problemas nos dentes ou na boca dele?	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>

**Agora, nós vamos perguntar sobre coisas que podem ter acontecido com VOCÊ e SUA FAMÍLIA durante os últimos 3 meses por causa dos dentes ou da boca do seu filho.**

Nos últimos 3 meses;	a) Com qual frequência isto aconteceu?					b) O quanto você ficou incomodado?					
	O tempo todo	Algumas vezes	De vez em quando	Não aconteceu	Não sei	Muito incomodado	Incomodado	Um pouco incomodado	Nunca ficou incomodado	Não aconteceu	Não sei
1. Você acordou à noite por causa de problemas nos dentes ou na boca do seu filho?	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>
2. Você faltou ao trabalho por causa de problemas nos dentes ou na boca do seu filho?	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>
3. O seu filho precisou da sua atenção mais do que o normal por causa de problemas nos dentes ou na boca dele?	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>
4. Você ficou preocupado em ter que pagar por tratamento dentário do seu filho?	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>
5. Você se sentiu culpado por causa de problemas nos dentes ou na boca do seu filho?	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>
6. Você se sentiu irritado ou frustrado por causa de problemas nos dentes ou na boca do seu filho?	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>
7. Você sentiu que ninguém te ajudou por causa de problemas nos dentes ou na boca do seu filho?	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>

**Por favor, agora nós queremos saber algumas coisas sobre VOCÊ.**

No geral, como você avalia a saúde dos seus dentes e sua boca?	Excelente	Muito boa	Boa	Mais ou menos	Ruim
	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1

No geral, como você descreve suas experiências com o seu dentista?	Excelente	Muito boa	Boa	Mais ou menos	Ruim
	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1

Quando foi a última vez que você foi ao dentista tratar dos seus dentes?	Menos de 6 meses atrás	Entre 6 a 12 meses atrás	Mais de 1 ano mas menos que 2 anos atrás	Entre 2 a 5 anos atrás	Mais de 5 anos atrás ou nunca
	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1

Na última vez que você foi ao dentista tratar dos <b>seus</b> dentes, qual foi o motivo da consulta? <i>Por favor marque todas as respostas que se aplicam a você</i>	Exame de rotina e/ou limpeza	Emergência (dente quebrado)	Emergência (dor de dente)	Extração de dente(s)	Restauração (obturaçãõ)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tratamento de canal	Coroa(s) ou peça(s)	Dentadura	Aparelhos/ Mantenedores de espaço	Outro: (especificar)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____

**OBRIGADO!**



**POR FAVOR, RESPONDA A ESTAS PERGUNTAS:**

Como você avalia a saúde geral do seu filho?	Excelente	Muito boa	Boa	Mais ou menos	Ruim
	[ ] <sub>5</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>

No geral, como você avalia a saúde dos <b>dentes e boca</b> do seu filho?	Excelente	Muito boa	Boa	Mais ou menos	Ruim
	[ ] <sub>5</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>

Comparado a um ano atrás, como você descreve a saúde dos <b>dentes e boca</b> do seu filho <b>hoje</b> ?	Muito melhor	Melhor	A mesma coisa	Pior	Muito Pior
	[ ] <sub>5</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>

Nos últimos 3 meses;	a) Com qual frequência isto aconteceu?					b) O quanto o seu filho ficou incomodado?					
	O tempo todo	Algumas vezes	De vez em quando	Não aconteceu	Não sei	Muito incomodado	Incomodado	Um pouco incomodado	Nunca ficou incomodado	Não aconteceu	Não sei
1. O seu filho teve dor por causa de problemas nos dentes ou na boca dele?	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>
2. O seu filho teve dificuldade para comer algum alimento duro/quente/frio por causa de problemas nos dentes ou na boca dele?	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>
3. O seu filho teve dificuldade para prestar atenção na aula por causa de problemas nos dentes ou na boca dele?	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>
4. O seu filho faltou à escola por causa de problemas nos dentes ou na boca dele?	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>
5. O seu filho não quis sorrir ou gargalhar perto de outras pessoas por causa de problemas nos dentes ou na boca dele?	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>
6. O seu filho se preocupou por não ter boa aparência por causa de problemas nos dentes ou na boca?	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>

Nos últimos 3 meses;	a) Com qual frequência isto aconteceu?					b) O quanto o seu filho ficou incomodado?					
	O tempo todo	Algumas vezes	De vez em quando	Não aconteceu	Não sei	Muito incomodado	Incomodado	Um pouco incomodado	Nunca ficou incomodado	Não aconteceu	Não sei
7. O seu filho ficou triste com a aparência dele por causa de problemas nos dentes ou na boca?	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>
8. O seu filho ficou irritado ou chateado por causa de problemas nos dentes ou na boca dele?	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>
9. O seu filho se sentiu preocupado por causa de problemas nos dentes ou na boca dele?	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>
10. O seu filho já chorou por causa de problemas nos dentes ou na boca dele?	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>

**Agora, nós vamos perguntar sobre coisas que podem ter acontecido com VOCÊ e SUA FAMÍLIA durante os últimos 3 meses por causa dos dentes ou da boca do seu filho.**

Nos últimos 3 meses;	a) Com qual frequência isto aconteceu?					b) O quanto o seu filho ficou incomodado?					
	O tempo todo	Algumas vezes	De vez em quando	Não aconteceu	Não sei	Muito incomodado	Incomodado	Um pouco incomodado	Nunca ficou incomodado	Não aconteceu	Não sei
1. Você acordou à noite por causa de problemas nos dentes ou na boca do seu filho?	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>
2. Você faltou ao trabalho por causa de problemas nos dentes ou na boca do seu filho?	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>
3. O seu filho precisou da sua atenção mais do que o normal por causa de problemas nos dentes ou na boca dele?	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>
4. Você ficou preocupado em ter que pagar por tratamento dentário do seu filho?	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>
5. Você se sentiu culpado por causa de problemas nos dentes ou na boca do seu filho?	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>

Nos últimos 3 meses;	a) Com qual frequência isto aconteceu?					b) O quanto o seu filho ficou incomodado?					
	O tempo todo	Algumas vezes	De vez em quando	Não aconteceu	Não sei	Muito incomodado	Incomodado	Um pouco incomodado	Nunca ficou incomodado	Não aconteceu	Não sei
6. Você se sentiu irritado ou frustrado por causa de problemas nos dentes ou boca do seu filho?	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>
7. Você sentiu que ninguém te ajudou por causa de problemas nos dentes ou na boca do seu filho?	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>

**Por favor, agora nós queremos saber algumas coisas sobre VOCÊ.**

No geral, como você avalia a saúde dos <b>seus</b> dentes e da <b>sua</b> boca?	Excelente	Muito boa	Boa	Mais ou menos	Ruim
	[ ] <sub>5</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>

No geral, como você descreve <b>suas</b> experiências com o seu dentista?	Excelente	Muito boa	Boa	Mais ou menos	Ruim
	[ ] <sub>5</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>

Quando foi a última vez que você foi ao dentista tratar dos <b>seus</b> dentes?	Menos de 6 meses atrás	Entre 6 a 12 meses atrás	Mais de 1 ano mas menos que 2 anos atrás	Entre 2 a 5 anos atrás	Mais de 5 anos atrás ou nunca
	[ ] <sub>5</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>

Na última vez que você foi ao dentista tratar dos <b>seus</b> dentes, qual foi o motivo da consulta?	Exame de rotina e/ou limpeza	Emergência (dente quebrado)	Emergência (dor de dente)	Extração de dente(s)	Restauração (obturação)
	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
<i>Por favor marque todas as respostas que se aplicam a voc�e</i>	Tratamento de canal	Coroa(s) ou peça(s)	Dentadura	Aparelhos/ Mantenedores de espaço	Outro: (especificar)
	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]_____

**OBRIGADO!**



**POR FAVOR, RESPONDA A ESTAS PERGUNTAS:**

Como você avalia a sua saúde geral?	Excelente	Muito boa	Boa	Mais ou menos	Ruim
	[ ] <sub>5</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>

No geral, como você avalia a saúde dos seus <b>dentes</b> e de sua <b>boca</b> ?	Excelente	Muito boa	Boa	Mais ou menos	Ruim
	[ ] <sub>5</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>

Comparado a um ano atrás, como você descreve a saúde dos seus <b>dentes</b> e de sua <b>boca, hoje</b> ?	Muito melhor	Melhor	A mesma coisa	Pior	Muito pior
	[ ] <sub>5</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>

Nos últimos 3 meses;	a) Com qual frequência isto aconteceu?				b) O quanto você ficou incomodado?				
	O tempo todo	Algumas vezes	De vez em quando	Não aconteceu	Muito incomodado	Incomodado	Um pouco incomodado	Nunca ficou incomodado	Não aconteceu
1. Você teve dor por causa de problemas nos seus dentes ou na sua boca?	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>
2. Você teve dificuldade para comer algum alimento duro/quente/frio por causa de problemas nos seus dentes ou na sua boca?	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>
3. Você teve dificuldade para prestar atenção na aula por causa de problemas nos seus dentes ou na sua boca?	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>
4. Você faltou à escola por causa de problemas nos seus dentes ou na sua boca?	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>
5. Você não quis sorrir ou gargalhar perto de outras pessoas por causa de problemas nos seus dentes ou na sua boca?	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>
6. Você se preocupou por não ter uma boa aparência comparado a outras pessoas por causa de problemas nos seus dentes ou na sua boca?	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>

Nos últimos 3 meses;	a) Com qual frequência isto aconteceu?				b) O quanto você ficou incomodado?				
	O tempo todo	Algumas vezes	De vez em quando	Não aconteceu	Muito incomodado	Incomodado	Um pouco incomodado	Nunca ficou incomodado	Não aconteceu
7. Você ficou triste com a sua aparência por causa de problemas nos seus dentes ou na sua boca?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
8. Você ficou irritado ou chateado por causa de problemas nos seus dentes ou na sua boca?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
9. Você se sentiu preocupado por causa de problemas nos seus dentes ou na sua boca?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
10. Você já chorou por causa de problemas nos seus dentes ou na sua boca?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

No geral, como você descreve <u>suas</u> experiências com o seu dentista?	Excelente	Muito boa	Boa	Mais ou menos	Ruim
	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1

Quando foi a última vez que você foi ao dentista tratar dos <u>seus</u> dentes?	Menos de 6 meses atrás	Entre 6-12 meses atrás	Mais de 1 ano mas menos que 2 anos atrás	Entre 2 a 5 anos atrás	Mais de 5 anos atrás ou nunca
	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1

Na última vez que você foi ao dentista tratar dos <u>seus</u> dentes, qual foi o motivo da consulta?	Exame de rotina e/ou limpeza	Emergência (dente quebrado)	Emergência (dor de dente)	Extração de dente(s)	Restauração (obturação)/massinha
<i>Por favor marque todas as respostas que se aplicam a voc�e</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tratamento de canal	Coroa(s) ou pe�a(s)	Selantes	Aparelhos/ Mantenedores de espaço	Outro: (especificar)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____

**OBRIGADO!**



**POR FAVOR, RESPONDA A ESTAS PERGUNTAS:**

Como você avalia a sua saúde geral?	Excelente	Muito boa	Boa	Mais ou menos	Ruim
	[ ] <sub>5</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>

No geral, como você avalia a saúde dos <b>seus dentes e da sua boca</b> ?	Excelente	Muito boa	Boa	Mais ou menos	Ruim
	[ ] <sub>5</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>

Comparado a um ano atrás, como você descreve a saúde dos seus <b>dentes e da sua boca hoje</b> ?	Muito Melhor	Melhor	A mesma coisa	Pior	Muito pior
	[ ] <sub>5</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>

Nos últimos 3 meses;	a) Com qual frequência isto aconteceu?				b) O quanto você ficou incomodado?				
	O tempo todo	Algumas vezes	De vez em quando	Não aconteceu	Muito incomodado	Incomodado	Um pouco incomodado	Nunca ficou incomodado	Não aconteceu
1. Você teve dor por causa de problemas nos seus dentes ou na sua boca?	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>
2. Você teve dificuldade para comer algum alimento duro/quente/frio por causa de problemas nos seus dentes ou na sua boca?	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>
3. Você teve dificuldade para comer alimentos que você gosta por causa de problemas nos seus dentes ou na sua boca?	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>
4. Você teve dificuldade para prestar atenção na aula por causa de problemas nos seus dentes ou na sua boca?	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>
5. Você faltou à escola por causa de problemas nos seus dentes ou na sua boca?	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>
6. Você teve problema para dormir por causa dos seus dentes ou da sua boca?	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>
7. Você não quis sorrir ou gargalhar perto de outras pessoas por causa de problemas nos seus dentes ou na sua boca?	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>

Nos últimos 3 meses;	a) Com qual frequência isto aconteceu?				b) O quanto você ficou incomodado?				
	O tempo todo	Algumas vezes	De vez em quando	Não aconteceu	Muito incomodado	Incomodado	Um pouco incomodado	Nunca ficou incomodado	Não aconteceu
8. Você se preocupou por não ter uma boa aparência comparado a outras pessoas por causa de problemas nos seus dentes ou na sua boca?	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>
9. Você ficou triste com a sua aparência por causa de problemas nos seus dentes ou na sua boca?	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>
10. Você ficou irritado ou chateado por causa de problemas nos seus dentes ou na sua boca?	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>
11. Você se sentiu preocupado por causa de problemas nos seus dentes ou na sua boca?	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>
12. Você ficou triste por causa de problemas nos seus dentes ou na sua boca?	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>
13. Você teve mau hálito?	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>
14. Você ficou com comida agarrada entre os dentes?	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>
15. Você teve sangramento na gengiva?	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>
16. Você teve feridas na boca?	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>
17. Você teve dentes tortos ou espaços entre os dentes?	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>

**Por favor, agora nós queremos saber algumas coisas sobre VOCÊ.**

No geral, como você descreve <b>suas</b> experiências com o seu dentista?	Excelente	Muito boa	Boa	Mais ou menos	Ruim
	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Quando foi a última vez que você foi ao dentista tratar dos <b>seus</b> dentes?	Menos de 6 meses atrás	Entre 6 a 12 meses atrás	Mais de 1 ano mas menos que 2 anos atrás	Entre 2 a 5 anos atrás	Mais de 5 anos atrás ou nunca
	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Na última vez que você foi ao dentista tratar dos <b>seus</b> dentes, qual foi o motivo da consulta?  <i>Por favor marque todas as respostas que se aplicam a você</i>	Exame de rotina e/ou limpeza	Emergência (dente quebrado)	Emergência (dor de dente)	Extração de dente(s)	Restauração (obturação)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tratamento de canal	Coroa(s) ou peça(s)	Selante	Aparelhos/ Mantenedores de espaço	Outro: (especificar)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____

**OBRIGADO!**



**POR FAVOR, RESPONDA A ESTAS PERGUNTAS:**

Como você avalia a saúde geral do seu filho?	Excelente	Muito boa	Boa	Mais ou menos	Ruim
	[ ] <sub>5</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>

No geral, como você avalia a saúde dos <b>dentes e boca</b> do seu filho?	Excelente	Muito boa	Boa	Mais ou menos	Ruim
	[ ] <sub>5</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>

Comparado a um ano atrás, como você descreve a saúde dos <b>dentes e boca</b> do seu filho <b>hoje</b> ?	Muito Melhor	Melhor	A mesma coisa	Pior	Muito pior
	[ ] <sub>5</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>

Nos últimos 3 meses;	a) Com qual frequência isto aconteceu?					b) O quanto o seu filho ficou incomodado?					
	O tempo todo	Algumas vezes	De vez em quando	Não aconteceu	Não Sei	Muito incomodado	Incomodado	Um pouco incomodado	Nunca ficou incomodado	Não aconteceu	Não sei
1. O seu filho teve dor por causa de problemas no dente ou na boca dele?	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>
2. O seu filho teve dificuldade para comer algum alimento duro/quente/frio por causa de problemas nos dentes ou na boca dele?	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>
3. O seu filho teve dificuldade para comer alimentos que ele gosta por causa de problemas nos dentes ou na boca dele?	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>
4. O seu filho teve dificuldade para prestar atenção na aula por causa de problemas nos dentes ou na boca dele?	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>
5. O seu filho faltou à escola por causa de problemas nos dentes ou na boca dele?	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>

Nos últimos 3 meses;	a) Com qual frequência isto aconteceu?					b) O quanto o seu filho ficou incomodado?					
	O tempo todo	Algumas vezes	De vez em quando	Não aconteceu	Não Sei	Muito incomodado	Incomodado	Um pouco incomodado	Nunca ficou incomodado	Não aconteceu	Não sei
6. O seu filho teve problema para dormir por causa dos dentes ou da boca dele?	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>
7. O seu filho não quis sorrir ou gargalhar perto de outras pessoas por causa de problemas nos dentes ou na boca dele?	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>
8. O seu filho se preocupou por não ter boa aparência, por causa de problemas nos dentes ou na boca?	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>
9. O seu filho ficou triste com a aparência dele por causa de problemas nos dentes ou na boca?	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>
10. O seu filho ficou irritado ou chateado por causa de problemas nos dentes ou da boca dele?	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>
11. O seu filho se sentiu preocupado por causa de problemas nos dentes ou na boca dele?	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>
12. O seu filho ficou triste por causa de problemas nos dentes ou na boca dele?	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>
13. O seu filho teve mau hálito?	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>
14. O seu filho ficou com comida agarrada entre os dentes?	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>
15. O seu filho teve sangramento na gengiva?	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>
16. O seu filho teve feridas na boca?	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>
17. O seu filho teve dentes tortos ou espaços entre os dentes?	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>	[ ] <sub>4</sub>	[ ] <sub>3</sub>	[ ] <sub>2</sub>	[ ] <sub>1</sub>	[ ] <sub>0</sub>	[ ] <sub>9</sub>

**Por favor, agora nós queremos saber algumas coisas sobre VOCÊ.**

No geral, como você avalia a saúde dos <b>seus</b> dentes e da <b>sua</b> boca?	Excelente	Muito boa	Boa	Mais ou menos	Ruim
	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
No geral, como você descreve <b>suas</b> experiências com o seu dentista?	Excelente	Muito boa	Boa	Mais ou menos	Ruim
	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Quando foi a última vez que você foi ao dentista tratar dos <b>seus</b> dentes?	Menos de 6 meses atrás	Entre 6-12 meses atrás	Mais de 1 ano mas menos que 2 anos atrás	Entre 2 a 5 anos atrás	Mais de 5 anos atrás ou nunca
	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Na última vez que você foi ao dentista tratar dos <b>seus</b> dentes, qual foi o motivo da consulta? <i>Por favor marque todas as respostas que se aplicam a você</i>	Exame de rotina e/ou limpeza	Emergência (dente quebrado)	Emergência (dor de dente)	Extração de dente(s)	Restauração (obturação)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tratamento de canal	Coroa(s) ou peça(s)	Dentadura	Aparelhos/ Mantenedores de espaço	Outro: (especificar)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____

**OBRIGADO!**