

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Odontologia
Colegiado de Pós-Graduação em Odontologia

Sara Cristina Barbosa Aquino

**VERSÃO ÚNICA DO *CHILD PERCEPTIONS QUESTIONNAIRE* PARA
CRIANÇAS BRASILEIRAS COM IDADE ENTRE 5 E 14 ANOS**

Belo Horizonte
2025

Sara Cristina Barbosa Aquino

**VERSÃO ÚNICA DO *CHILD PERCEPTIONS QUESTIONNAIRE* PARA
CRIANÇAS BRASILEIRAS COM IDADE ENTRE 5 E 14 ANOS**

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 em Odontopediatria.

Orientador(a): Prof.^a Dr^a. Raquel Gonçalves Vieira de Andrade

Coorientador(a): Prof. Dr. Paulo Antônio Martins Junior

Belo Horizonte
2025

Ficha Catalográfica

A657vAquino, Sara Cristina Barbosa.
2025 Versão única do child perceptions
questionnaire para T crianças brasileiras com
idade entre 5 e 14 anos / Sara
Cristina Barbosa Aquino. -- 2025.

90 f. : il.

Orientadora: Raquel Gonçalves Vieira de
Andrade. Coorientador: Paulo Antônio Martins
Junior.

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

Elaborada por: Miriam Cândida de Jesus - CRB 6/2727.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
COLEGIADO DO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

FOLHA DE APROVAÇÃO

VERSÃO ÚNICA DO *CHILD PERCEPTIONS QUESTIONNAIRE* PARA
CRIANÇAS BRASILEIRAS COM IDADE ENTRE 5 E 14 ANOS

SARA CRISTINA BARBOSA AQUINO

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

Aprovada em 11 de julho de 2025, pela banca constituída pelos membros:

Profa. Raquel Gonçalves Vieira de Andrade - Orientadora - Faculdade de Odontologia da UFMG

Prof. Paulo Antonio Martins Júnior – Coorientador - Faculdade de Odontologia da UFMG

Profa. Neusa Barros Dantas Neta - Centro Universitário Facid/Wyden

Profa. Jéssica Madeira Bittencourt - Faculdade de Odontologia da UFMG

Belo Horizonte, 11 de julho de 2025.



Documento assinado eletronicamente por **Neusa Barros Dantas Neta, Usuária Externa**, em 11/07/2025, às 08:27, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Raquel Goncalves Vieira de Andrade, Professora do Magistério Superior**, em 11/07/2025, às 10:56, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Paulo Antonio Martins Junior, Professor do Magistério Superior**, em 11/07/2025, às 10:56, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Jéssica Madeira Bittencourt**,

Usuária Externa, em 11/07/2025, às 11:01, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **4322288** e o código CRC **2DC0CE4F**.

Referência: Processo nº 23072.219525/2025-35

Dedico esse trabalho aos meus pais e irmãos pelo apoio, amor, carinho e incentivo em todos os momentos, principalmente naqueles em que foram privados de minha companhia. Também a todas as famílias que confiaram e aceitaram participar desse estudo. Sem vocês, não conseguiria entender a real dimensão da qualidade de vida.

AGRADECIMENTOS

Sou grata a Deus por me recompensar neste momento, pelo objetivo alcançado e pelas pessoas que Ele colocou em minha vida para trilhar este caminho. Agradeço as escolhas que me levaram até aqui e pela ajuda que Ele sempre me propiciou.

Expresso minha imensa gratidão à minha orientadora Profa. Dra. Raquel Gonçalves Vieira-Andrade, pela disposição de sempre e pelo respeito demonstrado. Ensinou e esclareceu todas as dúvidas, corrigindo-me sem imposição, mas com muita paciência, sabedoria e arte. A sua dedicação e paixão pela vida acadêmica são uma inspiração para minha carreira.

Agradeço aos professores do Departamento de Odontopediatria por terem me acolhido, pelos ensinamentos, dedicação e amizade.

A todos os colegas que compartilharam muitas alegrias e tristezas, mas com final vitorioso!

Aos funcionários da UFMG pela atenção e presteza em todos os momentos do curso.

À secretaria do colegiado de pós-graduação que sempre estiveram comigo nessa caminhada, com todo carinho e disponibilidade para resolver os problemas.

Às crianças, adolescentes, pais e cuidadores que participaram desse estudo e contribuíram para meu crescimento pessoal e profissional.

À Esther Venâncio, aluna da graduação em odontologia da UFMG, contribuiu na coleta de dados nas escolas públicas sempre com alegria e disposição.

Ao meu pai, grande incentivador em meus estudos, agradeço por ser meu modelo de responsabilidade, compromisso, disposição e paciência para auxiliar-me nos momentos de incertezas e por acreditar em mim.

À minha mãe, meu reconhecimento pela presença, compreensão, amizade, preocupação e ajuda durante todo esse tempo. Obrigada pelo interesse nos meus trabalhos, nas minhas ideias, nas minhas dúvidas e nos meus projetos, sendo um amparo em todos os momentos da minha vida.

Aos meus irmãos pela compreensão e estímulos em tantos momentos, me concedendo total apoio nesta etapa da minha carreira.

À CAPES, por ter acreditado e investido nesta pesquisa, sendo de grande importância para o desenvolvimento desse trabalho.

“Sua visão se tornará clara somente quando você olhar para dentro do seu coração.
Quem olha para fora sonha. Quem olha para dentro acorda.”

Carl Jung

RESUMO

Na Odontologia, as medidas de qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB) fornecem informações para avaliar as necessidades e intervenções de tratamento, tomada de decisões clínicas, serviços e programas de saúde. Dois dos instrumentos mais comuns utilizados para avaliar a QVRSB de crianças brasileiras atualmente são o *Child Perception Questionnaire* (CPQ) em duas idades, 8-10 (CPQ₈₋₁₀), e a versão curta de 11-14 (versão curta do CPQ₁₁₋₁₄). Um estudo realizado na Nova Zelândia verificou que crianças a partir dos 5 anos de idade são capazes de responder satisfatoriamente a esses dois tipos de instrumentos. Assim, o objetivo do presente estudo foi validar uma versão única do *Child Perceptions Questionnaire* para crianças brasileiras de 5-14 anos de idade (CPQ₅₋₁₄ anos) e determinar se a utilização de um único instrumento para esta faixa etária é viável. Para tal, foi realizado um estudo transversal com uma amostra de conveniência de 200 crianças de 5 a 14 anos, oriundas de escolas públicas da cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Uma proporção foi mantida para as faixas etárias de 5 a 7 anos (n=60), 8 a 10 anos (n=60) e 11 a 14 anos (n=80), totalizando 20 crianças de cada idade. As crianças foram examinadas por uma única examinadora previamente treinada e calibrada para o diagnóstico da cárie dentária (ICDAS-II) ($Kappa > 0,80$). As crianças responderam à uma versão única do CPQ₅₋₁₄ em formato de entrevista. Um questionário contendo dados sociodemográficos e relacionados às características da criança foi respondido pelos pais e responsáveis. Análise fatorial exploratória (AFE) e confirmatória bifactor, além de correlação de Spearman, teste de Mann-Whitney, correlação intraclasse e Ômega de McDonald's foram realizados para avaliação psicométrica questionário. Os testes de esfericidade de Bartlett (2154,8, $p < 0,001$) e KMO (0,08) sugeriram interpretabilidade da matriz de correlação dos itens. A análise paralela e os parâmetros da AFE (UniCo=0,963; ECV= 0,873; MIREAL=0,191) sugeriram a unidimensionalidade do instrumento. O modelo bifactor demonstrou que o modelo unidimensional explicou melhor os itens (cargas fatoriais moderadas-altas) do que o modelo composto por 4 fatores. O instrumento apresentou boa consistência interna (ômega de McDonald's=0,93) e elevada confiabilidade (correlação intraclasse=0,838). A validade discriminante foi aprovada pela comparação de grupos de crianças com e sem cárie dentária ($p=0,002$). O escore total do instrumento apresentou uma correlação positiva e significativa com as questões globais do instrumento ($r=0,384$, $p<0,001$; $r=0,557$; $p<0,001$). Concluiu-se que a estrutura unidimensional do CPQ₅₋₁₄ apresentou elevada confiabilidade e boa consistência interna, sendo um instrumento válido para ser utilizado no Brasil.

Palavras-chave: criança; qualidade de vida relacionada à saúde bucal; saúde bucal; questionários.

ABSTRACT

Validation of a single version of the Child Perceptions Questionnaire for Brazilian children and adolescents five to 14 years of age

In Dentistry, measures of oral health-related quality of life (OHRQoL) provide essential information for assessing treatment needs, guiding clinical decision-making, and evaluating interventions, services, and public health programs. Two of the most commonly used instruments to assess OHRQoL in Brazilian children are the Child Perceptions Questionnaire (CPQ) in two age-specific versions: 8–10 years (CPQ₈₋₁₀) and the short version for 11–14 years (short-form CPQ₁₁₋₁₄). A study conducted in New Zealand demonstrated that children as young as five years old are capable of reliably responding to both instruments. Therefore, the aim of the present study was to validate a unified version of the Child Perceptions Questionnaire for Brazilian children aged 5–14 years (CPQ₅₋₁₄) and to determine whether the use of a single instrument across this age range is feasible. A cross-sectional study was conducted with a convenience sample of 200 children aged 5 to 14 years, enrolled in public schools in Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. The sample was stratified by age group: 5–7 years ($n = 60$), 8–10 years ($n = 60$), and 11–14 years ($n = 80$), including 20 children per individual year of age. Children were clinically examined by a single examiner previously trained and calibrated for dental caries diagnosis using the ICDAS-II system ($Kappa > 0.80$). The children completed the unified version of the CPQ₅₋₁₄ through face-to-face interviews. Parents or legal guardians responded to a questionnaire containing sociodemographic and child-related variables. Psychometric evaluation included exploratory and bifactor confirmatory factor analyses, Spearman's correlation, Mann–Whitney test, intraclass correlation coefficient (ICC), and McDonald's omega. Bartlett's test of sphericity (2154.8, $p < 0.001$) and the KMO index (0.08) supported the interpretability of the item correlation matrix. Parallel analysis and exploratory factor analysis parameters (UniCo = 0.963; ECV = 0.873; MIREAL = 0.191) indicated unidimensionality. The bifactor model demonstrated that the unidimensional structure better explained item variance (moderate-to-high factor loadings) compared to a four-factor model. The instrument showed high internal consistency (McDonald's omega = 0.93) and strong reliability (ICC = 0.838). Discriminant validity was supported by statistically significant differences between children with and without dental caries ($p = 0.002$). The total CPQ₅₋₁₄ score showed a positive and significant correlation with the global rating items ($r = 0.384$, $p < 0.001$; $r = 0.557$, $p < 0.001$). In conclusion, the unidimensional structure of the CPQ₅₋₁₄ demonstrated high reliability and strong internal consistency, indicating that this is a valid instrument for assessing oral health-related quality of life in Brazilian children aged 5 to 14 years.

Keywords: child; oral health-related quality of Life; oral health; questionnaires.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Fluxograma de alocação de amostra de acordo com a faixa etária do estudo	18
Figura 2 – Localização de Belorizonte no estado de Minas Gerais	18
Figura 3 – Escola Municipal Dom Orione	19
Figura 4 – Foto das pesquisadoras na Escola Estadual Princesa Isabel	19
Figura 5 – Foto da fachada da Escola Estadual Professor Alcino Vieira com as pesquisadoras	20
Figura 6 – Fluxograma explicativo da metodologia do estudo	25

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Resultados da Análise Paralela	42
Tabela 2 - Discriminação e Thresholds dos itens	43

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BH	Belo Horizonte
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CHILD-OIDP	<i>Child-Oral Impacts on Daily Performances</i>
COHIP	<i>Child Oral Health Impact Profile</i>
COHQOL	<i>Child Oral Health Quality of Life</i>
COEP/UFMG	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais
CPQ	<i>Child Perceptions Questionnaire</i>
CPQ 8-10	<i>Child Perceptions Questionnaire 8-10</i>
CPQ 11-14	<i>Child Perceptions Questionnaire 11-14</i>
DAI	<i>Dental Aesthetic Index</i>
DDE	Defeito de Desenvolvimento de Esmalte
ECOHIS	<i>Early Childhood Oral Health Impacts Scale</i>
FIS	<i>Family Impact Scale</i>
ICDAS-II	<i>International Caries Detection and Assessment System – Version II</i>
IED	Índice de Estética Dental
ISF	<i>Impact Short Form</i>
MG	Minas Gerais
OMS	Organização Mundial de Saúde
P-CPQ	<i>Parental-Caregiver Perceptions Questionnaire</i>
QV	Qualidade de Vida
QVRSB	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
SMM	Salário Mínimo Mensal
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Science</i>
SOHO-5	<i>Scale of Oral Health Outcomes</i>
STROBE	<i>Strengthening the Reporting of Observational Studies in</i>

Epidemiology

UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USA	<i>United States of America</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	14
2 OBJETIVOS	16
2.1 Objetivo geral	16
2.2 Objetivos específicos	16
3 METODOLOGIA EXPANDIDA	17
3.1 Considerações éticas	17
3.2 Desenho de estudo.....	17
3.3 População e seleção da amostra.....	17
3.4 Local do estudo	18
3.5 Critérios de elegibilidade.....	20
3.5.1 Critérios de inclusão	20
3.5.2 Critérios de exclusão	20
3.6 Instrumentos de coleta de dados.....	21
3.6.1 Questionário sociodemográfico.....	21
3.6.2 Versão única do Questionário sobre a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal de Crianças de 5 a 14 anos (CPQ ₅₋₁₄).....	21
3.6.3 Ficha de Exame Clínico.....	22
3.7 Exames clínicos.....	23
3.8 Treinamento e calibração do examinador.....	23
3.9 Estudo piloto.....	24
3.11 Análise estatística.....	26
4 ARTIGO.....	29
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
REFERÊNCIAS	46
APÊNDICES.....	50
ANEXOS	67

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Na Odontologia, cada vez mais, as investigações acerca dos problemas que acometem a cavidade bucal de crianças e adolescentes estão utilizando a associação entre achados clínicos e medidas psicossociais, reconhecendo a importância da utilização das avaliações da qualidade de vida relacionada à saúde nos estudos clínicos e em estudos epidemiológicos (Foster-Page *et al.*, 2013).

Ao longo dos anos, instrumentos que mensuram a qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB) foram desenvolvidos com o objetivo de auxiliar na avaliação das necessidades de tratamento, tomada de decisões clínicas, além das intervenções, serviços e programas de saúde. Atualmente, as principais medidas disponíveis para crianças incluem os questionários *Child Oral Health Quality of Life* (COHQOL) (Jokovic *et al.*, 2002; Locker *et al.*, 2002; Jokovic *et al.*, 2003; Jokovic *et al.*, 2004), o *Child Oral Health Impact Profile* (COHIP) (Broder *et al.*, 2007), o *Child-Oral Impacts on Daily Performances* (Child-OIDP) (Gherunpong *et al.*, 2004), o *Early Childhood Oral Health Impacts Scale* (ECOHIS) (Pahel *et al.*, 2007) e o *Scale of Oral Health Outcomes* (SOHO-5) (Tsakos *et al.*, 2012).

Até o momento, o COHQOL tem sido utilizado com mais frequência, sendo um conjunto de escalas que mede os efeitos negativos dos problemas orofaciais no bem-estar de crianças de 6 a 14 anos e suas famílias. As escalas compõem o *Child Perceptions Questionnaire* para duas idades (8-10 e 11-14 anos) (CPQ8-10, CPQ11-14), além do *Parental-Caregiver Perceptions Questionnaire* (P-CPQ) e o *Family Impact Scale* (FIS). O *Child Perceptions Questionnaire* para crianças menores de 8 anos de idade nunca foi desenvolvido ou validado, apesar da confiabilidade e a validade das versões do CPQ8-10 e do CPQ11-14 ter sido demonstrada por Jokovic *et al.* (2003) e Foster Page *et al.* (2005), junto com a versão curta do CPQ11-14 (Foster Page *et al.*, 2008). No entanto, o uso de duas medidas separadas limita a capacidade do CPQ para ser utilizado em estudos prospectivos que acompanham crianças em diferentes fases da vida. Ambos os instrumentos foram traduzidos e validados para o português brasileiro (Martins *et al.*, 2009; Torres *et al.*, 2009).

Apesar de existirem instrumentos para verificar a QVRSB de crianças menores de 8 anos de idade, a maioria deles até o presente momento utiliza os pais/responsáveis como informantes. Isso tem sido feito uma vez que existem preocupações acerca de que crianças mais jovens podem não atender às necessidades psicométricas e padrões de validade e confiabilidade aceitos pelos instrumentos, grande parte devido às limitações nas capacidades cognitivas e habilidades de comunicação das mesmas (Foster Page *et al.*, 2013).

Na atualidade, existem poucos instrumentos de autorrelato voltados para crianças a partir de 5 anos de idade, principalmente devido aos desafios conceituais e metodológicos envolvidos no desenvolvimento de medidas QVRSB para essa faixa etária (Tsakos *et al.*, 2012). Em torno dos 6 anos de idade, as crianças tendem a iniciar o pensamento abstrato e o auto-conceito (Hetherington *et al.*, 1999). Nessa fase, as crianças começam a comparar suas características e traços de personalidade, seja com outras crianças ou com alguma norma pré-existente, sendo capaz de fazer julgamentos acerca de sua própria aparência, acerca da qualidade de suas amizades e dos pensamentos, emoções e comportamentos de outras pessoas (Hetherington *et al.*, 1999). Gradualmente, aos 8 anos de idade, as crianças desenvolvem os conceitos de tempo e frequência do evento (French e Christie *et al.*, 1996). Assim, tais desafios levaram a dificuldades na criação de medidas para as crianças com idade inferior a 8 anos. No entanto, o desenvolvimento recente do *Scale of Oral Health Outcomes* (SOHO-5) resultou em uma medida eficiente para a autoavaliação da QVRSB em crianças de 5 anos de idade (Tsakos *et al.*, 2012). Além disso, um estudo prévio realizado na Nova Zelândia apontou que a partir dos 5 anos de idade a criança já é capaz de responder satisfatoriamente a uma versão única do CPQ8-10 e do CPQ11-14 (Foster Page *et al.*, 2013).

Com a descoberta de que crianças a partir dos 5 anos de idade podem utilizar medidas de auto-relato de QVRSB, o objetivo do presente estudo foi validar uma versão única do *Child Perceptions Questionnaire* para crianças brasileiras de 5-14 anos de idade (CPQ5-14anos) através da união do CPQ8-10 e versão curta do CPQ11-14 em crianças brasileiras de 5 a 14 anos de idade e determinar se a utilização de um único instrumento para esta faixa etária é viável.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Validar uma versão única do *Child Perceptions Questionnaire* para crianças brasileiras de 5-14 anos de idade (CPQ5-14anos).

2.2 Objetivos específicos

- Avaliar as propriedades psicométricas da versão única do CPQ5-14 anos
- Avaliar se a versão única CPQ5-14anos possui validade e confiabilidade.
- Avaliar a validade discriminante do instrumento na qualidade de vida de crianças de 5 a 14 anos.

3 METODOLOGIA EXPANDIDA

3.1 Considerações éticas

O presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), por meio do certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE: 12221419.8.0000.5149) e do parecer: 3387995 (ANEXO A). Posteriormente, foi coletado a anuência das escolas para que o exame clínico pudesse ser realizado dentro das suas dependências (APÊNDICE A, B e C).

Os pais/responsáveis assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D) concordando com sua participação e a de seus filhos na pesquisa e as crianças/adolescentes assentiram sua participação por meio da assinatura do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE). O TALE foi adaptado, de acordo com a faixa etária da criança, para melhor compreensão, sendo um termo adaptado para crianças de 05 a 09 anos (APÊNDICE E) e outro para crianças de 10 a 14 anos (APÊNDICE F).

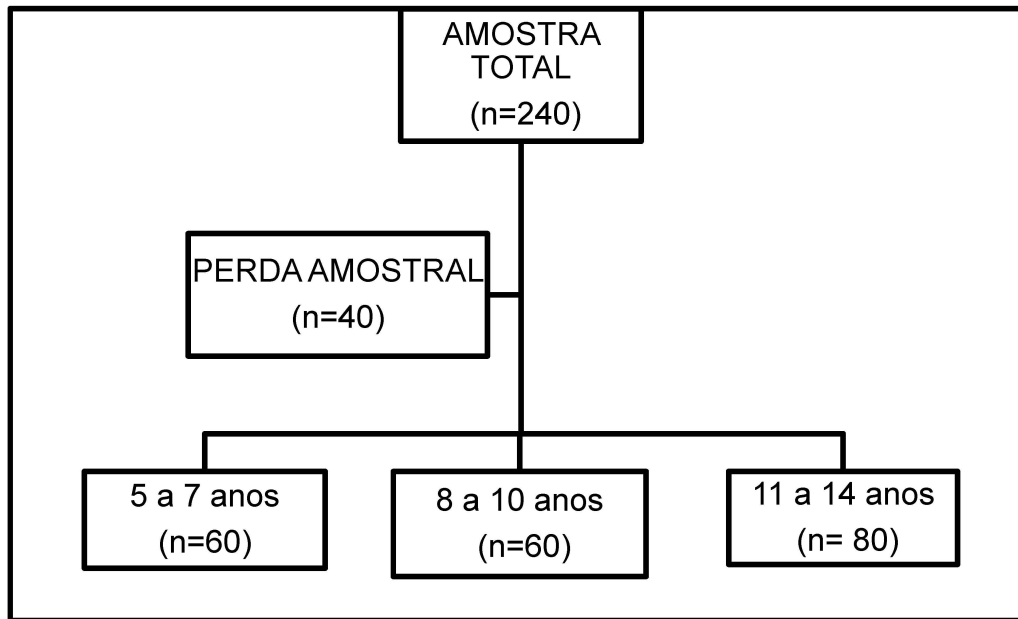
3.2 Desenho de estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal. O estudo foi realizado com uma amostra de conveniência de 200 crianças de 5 a 14 anos provenientes de escolas públicas de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

3.3 População e seleção da amostra

Inicialmente, a amostra do presente estudo foi composta por 240 crianças/adolescentes de 5 a 14 anos de idade. No entanto, houve uma perda de 40 indivíduos, restando 200 crianças/adolescentes. Destes, a amostra final contou com 20 crianças/adolescentes de cada faixa etária. A proporção de crianças/adolescentes foi mantida para as faixas etárias de 5 a 7 anos (n=60), 8 a 10 anos (n=60) e 11 a 14 anos (n=80). Segue-se o fluxograma (figura 1) que apresenta a alocação da amostra no presente estudo.

Figura 1 – Fluxograma de alocação da amostra conforme a faixa etária do estudo.



Fonte: Elaborado pela autora, 2025, p.18.

3.4 Local do estudo

O presente estudo foi realizado em três escolas públicas de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. O município possui aproximadamente 2.53 milhões de habitantes (IBGE, 2023) e está localizado na região central do estado de Minas Gerais (FIGURA 2), sudeste do Brasil. A taxa de analfabetismo da cidade, corresponde a 3,36% e seu índice de desenvolvimento humano (IDH), considerado como um dos melhores do estado é de 0,810 de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010).

Figura 2 – Localização de Belo Horizonte no estado de Minas Gerais, Brasil



Fonte: pt.wikipedia.org

A seleção das escolas públicas participantes da pesquisa foram realizadas por conveniência, Escola Municipal Dom Orione (FIGURA 3) é constituída por ensino infantil, fundamental e EJA e possui cerca de 670 matriculados com nível socioeconômico médio-alto (INEP, 2024). A Escola Estadual Princesa Isabel (FIGURA 4) possui 1174 alunos matriculados com nível socioeconômico médio-baixo constituída de ensino fundamental, médio e EJA (INEP, 2024), e a Escola Estadual Professor Alcindo Vieira (FIGURA 5) possui 359 matriculados com nível socioeconômico médio-alto sendo constituída somente pelo ensino fundamental (INEP, 2024).

FIGURA 3 – Foto da Escola Municipal Dom Orione, situada em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.



Fonte: Da autora, 2025, p.19.

FIGURA 4 – Foto das pesquisadoras na Escola Estadual Princesa Isabel, situada em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.



Fonte: Da autora, 2025, p.19.

FIGURA 5 –. Foto da fachada da Escola Estadual Professor Alcino Vieira com as pesquisadoras, situada em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.



Fonte: Da autora, 2025, p.20.

3.5 Critérios de elegibilidade

3.5.1 Critérios de inclusão

Crianças e adolescentes com idade entre 5 e 14 anos, regularmente matriculados em três escolas públicas da cidade de Belo Horizonte – MG, Brasil, bem como seus pais/responsáveis.

3.5.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos do estudo as crianças e adolescentes que possuíam dificuldade cognitiva (relacionadas à presença de condição médica prévia como problemas cognitivos ou neurológicos) que inviabilizava responder o instrumento de coleta de dados, bem como aquelas que estavam realizando tratamento ortodôntico no momento da coleta dos dados e as portadoras de doenças crônicas ou alterações sistêmicas que possam interferir nos resultados.

3.6 Instrumentos de coleta de dados

3.6.1 Questionário sociodemográfico

Para a coleta das informações socioeconômicas, foi elaborado pelos próprios pesquisadores um formulário que foi preenchido pelos pais ou responsáveis (APÊNDICE G). Este instrumento foi constituído de questões relacionadas à criança (idade, sexo, problema de saúde), aos responsáveis (idade, grau de parentesco com a criança, nível de escolaridade, ocupação e número de filhos) e às famílias (renda familiar mensal, número de pessoas que vivem da renda familiar), além do local de coleta das informações (escola pública).

3.6.2 Versão única do Questionário sobre a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal de Crianças de 5 a 14 anos (CPQ₅₋₁₄)

A QVRSB foi mensurada por meio da versão única do CPQ 5-14 anos, desenvolvida a partir da união do CPQ 8-10 (ANEXO B) (Martins *et al.*, 2009) e da versão curta do CPQ11-14 (ANEXO C) (Torres *et al.*, 2009).

O CPQ8-10 é um instrumento composto por 25 itens que são distribuídos em quatro domínios: sintomas bucais (cinco perguntas), limitações funcionais (cinco perguntas), bem-estar emocional (cinco perguntas) e bem-estar social (10 perguntas). As opções de resposta seguem uma escala ordinal de cinco pontos: “Nenhuma vez”=0; “Uma ou Duas vezes”=1; “Às vezes”=2; “Muitas vezes”=3; “Todos os dias ou quase todos os dias”=4 (JOCKOVIC *et al.*, 2004). Este instrumento foi validado e adaptado trans- culturalmente para uso na população brasileira (Martins *et al.*, 2009; Barbosa *et al.*, 2011).

Já a forma curta do CPQ11-14 é composta por 16 itens distribuídos em quatro domínios: sintomas bucais, limitações funcionais, bem-estar emocional e bem-estar social. Cada item aborda a frequência de eventos nos últimos três meses e a mesma escala ordinal de cinco pontos do CPQ8-10 é utilizada com as seguintes opções: “Nunca”=0; “Uma/Duas vezes”=1; “Às vezes”=2; “Frequentemente”=3; “Todo dia/Quase todos os dias”=4 (Jockovic *et al.*, 2006). Este último instrumento também foi validado no Brasil para uso em adolescentes nativos na língua portuguesa (Torres *et al.*, 2009). Para ambos os instrumentos, maiores escores na pontuação final dos questionários indicam maior impacto na QVRSB das crianças.

Com base nesse contexto, as crianças e adolescentes responderam a versão única do CPQ₅₋₁₄ (união do CPQ8-10 e versão curta do CPQ11-14) (APÊNDICE H). Para o desenvolvimento da versão única do CPQ5-14, os pesquisadores analisaram a versão brasileira dos dois questionários (CPQ8-10 e versão curta do CPQ 11-14). Foram mantidos na versão única do CPQ5-14 as perguntas específicas do CPQ8-10, bem como as perguntas específicas do CPQ11-14 (versão curta), com exceção da “Dificuldade de comer/beber alimentos gelados” do CPQ8-10 em que optou-se por manter apenas a pergunta “Dificuldade de comer/beber alimentos quentes ou frios” do CPQ11-14 (versão curta) uma vez que se trata da mesma abordagem.

Para os itens comuns entre o CPQ8-10 e o CPQ11-14 (versão curta) foram mantidas as versões das perguntas do CPQ8-10. Assim, foram selecionadas um total de 27 itens com base nos itens comuns e específicos de cada questionário. Para as opções de resposta para cada uma pergunta do novo questionário foram mantidas as opções do CPQ8-10 devido a maior facilidade de entendimento para a amostra do estudo. O questionário completo e as opções de resposta para cada um dos itens encontram-se no ANEXO D.

Além dessas perguntas, foram utilizadas as duas perguntas gerais da versão brasileira do CPQ8-10 (Martins *et al.*, 2009) (ANEXO D): “**você acha que os seus dentes e a sua boca são:**”, sendo as opções de resposta: “muito bons”, “bons”, “mais ou menos” ou “ruins”. Já a segunda pergunta, por sua vez, questiona sobre “**o quanto os seus dentes ou a sua boca te incomodam?**”, sendo as opções de resposta: “não incomodam”, “quase nada”, “um pouco” ou “muito”.

A aplicação do questionário foi realizada individualmente através de entrevista em sala previamente reservada pelos pesquisadores. Após a entrevista, cada um dos questionários foi colocado em um envelope lacrado e codificado (recebendo um número correspondente) para ser lançado no banco de dados sem permitir a identificação dos participantes e assim garantir o sigilo das respostas.

3.6.3 Ficha de exame clínico

Os achados obtidos no exame clínico foram anotados em ficha clínica (APÊNDICE H).

3.7 Exames clínicos

Os exames clínicos bucais foram realizados por uma única examinadora (SCBA) previamente treinada e calibrada para avaliação da cárie dentária através do *International Caries Detection and Assessment System – Version II (ICDAS-II)* (APÊNDICE I). Os exames foram padronizados e realizados com as crianças e adolescentes sentados de frente para a examinadora sob luz artificial (lanterna Petzl), com auxílio de espelho clínico e sonda manual milimetrada (Trinity® PCP15, modelo North Carolina University, Paraná, Brasil), após escovação dentária com kit individual disponibilizado pela pesquisadora.

Os critérios de biossegurança foram rigorosamente seguidos com a utilização de gorro, máscara, óculos, espátula de madeira e luvas descartáveis e os participantes que apresentaram necessidade de tratamento odontológico foram encaminhados por escrito para tratamento em serviço público de saúde.

Para o diagnóstico da cárie dentária foi utilizado o ICDAS-II. Este sistema permite avaliar a presença, severidade e atividade das lesões de cárie, sendo considerado uma ferramenta confiável e efetiva para uso em pesquisas (PITTS, 2004). O ICDAS-II é composto por códigos, em que cada dígito representa um aspecto específico da condição dentária observada durante o exame, abrangendo a atividade da cárie dentária, a condição da superfície do dente e a severidade da lesão cariosa, desde os estágios iniciais até cavitações extensas. Para o presente estudo foi utilizado a presença ou ausência de dentes cavitados na criança.

3.8 Treinamento e calibração do examinador

A pesquisadora principal (SCBA) foi treinada e calibrada para o uso dos índices cárie dentária ICDAS-II, antes do início do estudo, com o intuito de se assegurar a confiabilidade da coleta de dados. O processo de calibração foi conduzido por uma cirurgiã-dentista doutora e expert no diagnóstico de cárie com o ICDAS-II.

A calibração para ICDAS foi realizada em sistema *in lux*, termo usado para designar calibrações realizadas, exclusivamente, por meio de imagens (Machado *et al.*, 2013). A calibração ocorreu em três etapas. Na primeira fase, foi realizada uma discussão dos critérios de diagnóstico para cárie dentária, por meio de um treinamento teórico com duração de 4 horas.

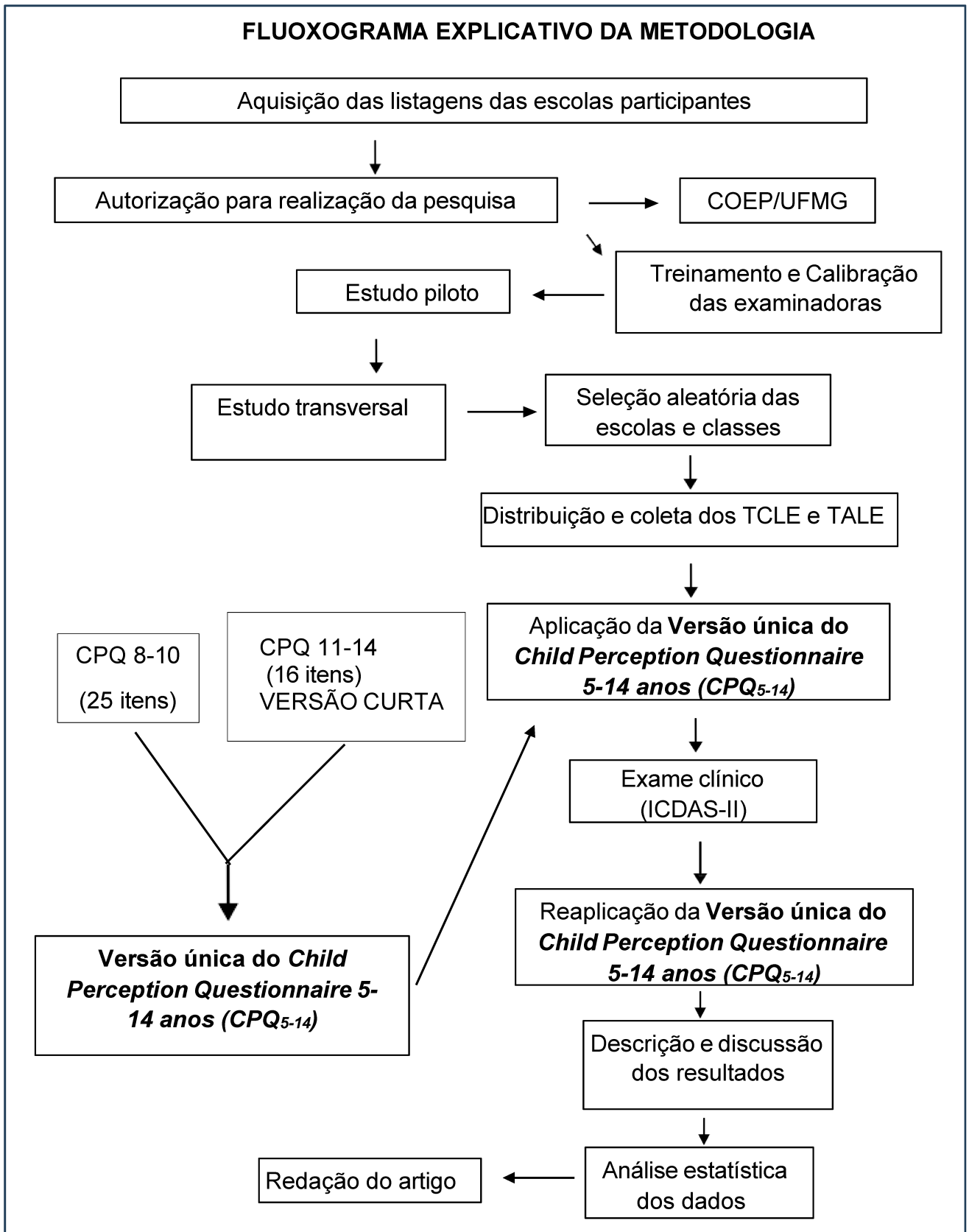
Na segunda etapa foram avaliadas 50 fotografias clínicas de dentes decíduos e permanentes que apresentavam diversos estágios de cárie dentária. Na terceira etapa, realizada após 07 dias, a pesquisadora reavaliou as mesmas 50 fotografias para a análise de concordância intra-examinador. Os resultados foram comparados com o padrão-ouro para obtenção do valor de kappa interexaminador. O teste Kappa foi utilizado para verificar a concordância interexaminadores e intraexaminador, mostrando valores de 0,96 e 0,98 para as duas calibrações respectivamente. Devido aos valores de Kappa obtidos, a pesquisadora foi considerada apta para conduzir a avaliação das variáveis clínicas bucais deste estudo.

3.9 Estudo piloto

Um estudo piloto foi realizado com 10% da amostra, com o objetivo de avaliar a metodologia aplicada. Após a assinatura do TCLE e TALE, foram realizadas as aplicações dos questionários e os exames clínicos. Os resultados indicaram que não era necessário realizar adaptações na metodologia proposta. Dado que a metodologia foi considerada satisfatória, esses participantes foram incluídos no estudo principal.

A FIGURA 5 a seguir detalha a metodologia empregada no presente estudo.

FIGURA 6 – Fluxograma explicativo da metodologia do estudo.



Fonte: Elaborado pela autora, 2025, p.25.

3.11 Análise estatística

Inicialmente, foi realizada Análise Fatorial Exploratória (AFE) no programa Factor, versão 12.06.08, com o objetivo de avaliar a estrutura fatorial do questionário CPQ5-14 anos. A análise foi implementada utilizando uma matriz policórica e método de extração *Robust Diagonally Weighted Least Squares* (RDWLS) (Asparouhov; Muthen, 2010). A decisão sobre o número de fatores a ser retido foi realizada por meio da técnica da Análise Paralela com permutação aleatória dos dados observados (Timmerman; Lorenzo-Seva, 2011) e a rotação utilizada foi a *Robust Promin* (Lorenzo-Seva; Ferrando, 2019). Os indicadores da unidimensionalidade do instrumento foram avaliados a partir dos índices *Unidimensional Congruence* (UniCo), *Explained Common Variance* (ECV) e *Mean of Item Residual Absolute Loadings*, sendo que valores de UniCo > 0,95, ECV > 0,85 e MIREAL < 0,30 são indicativos de unidimensionalidade (Ferrando; Lorenzo-Seva, 2018).

A estabilidade dos fatores foi avaliada por meio do índice *H* (Ferrando; Lorenzo-Seva, 2018). O índice *H* avalia quão bem um conjunto de itens representa um fator comum (Ferrando; Lorenzo-Seva, 2018). Os valores de *H* variam de 0 a 1. Valores altos de *H* (> 0,80) sugerem uma variável latente bem definida, que é mais provável que seja estável em diferentes estudos. Valores baixos de *H* sugerem uma variável latente mal definida, e provavelmente instável entre diferentes estudos (Ferrando; Lorenzo-Seva, 2018).

A Análise Fatorial Confirmatória (AFC) bifactor foi realizada por meio do software Mplus versão 8.6 Muthen e Muthen (2021) para confirmar a estrutura observada na AFE, permitindo a avaliação simultânea de um fator geral e dos quatro fatores específicos (Sintomas Orais, Limitação Funcional, Bem-estar Emocional e Bem-estar Social) teoricamente esperados. A adequação do modelo da AFE e AFC foi avaliada por meio dos índices de ajuste *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA), *Comparative Fit Index* (CFI) e *Tucker-Lewis Index* (TLI). Valores de RMSEA devem ser menores que 0,08, valores de CFI e TLI devem ser acima de 0,90, ou preferencialmente, 0,95. (Brown, 2006)

Além disso, a validade discriminante, a validade convergente e a correlação intraclasse foram realizadas por meio do *Statistical Package for the Social Sciences*

(SPSS for Windows, version 25.0, IBM Inc, Armonk, NY, USA). A validade discriminante foi avaliada pelo teste não paramétrico de *Mann-Whitney* para determinar se as crianças com cárie dentária apresentavam maior impacto negativo em sua QBRSV. O nível de significância estatística adotado foi de $p < 0,05$. Já a validade convergente foi avaliada por meio da correlação entre o escore geral do CPQ5-14 e os escores das duas questões globais do instrumento, por meio da correlação de Spearman. Além disso, a correlação intraclasse foi utilizada para a confiabilidade teste-reteste do questionário. Um valor superior a 0,70 demonstra boa reprodutibilidade (Wilson-Genderson *et al.*, 2007). A confiabilidade do instrumento foi avaliada por meio do teste-reteste, por meio da correlação intraclasse (CCI), e consistência interna, através do Ômega de McDonald. Um CCI $> 0,70$ indica boa reprodutibilidade, e um CCI $> 0,80$ é considerado excelente (Cronbach, 1951).

4 ARTIGO

Os resultados serão apresentados em formato de artigo científico a ser submetido da revista científica *Community Dentistry & Oral Epidemiology* (Qualis A1, Fator de impacto: 1,8) (ANEXO E)

VALIDAÇÃO DA VERSÃO ÚNICA DO *CHILD PERCEPTIONS QUESTIONNAIRE* PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES BRASILEIROS COM IDADE ENTRE 5 E 14 ANOS

Sara Cristina Barbosa Aquino¹, Paulo Antônio Martins-Júnior¹, Saul Martins de Paiva¹,
Raquel Gonçalves Vieira-Andrade¹

¹Department of Child and Adolescent's Oral Health, School of Dentistry, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte-MG, Brazil.

Sara Cristina Barbosa Aquino, Email: saracrisdeaquino@gmail.com, ORCID: 0009-0006-1376-364X

Paulo Antônio Martins-Júnior, Email: pauloa.martinsjunior@gmail.com, ORCID: 0009-0001-1300-2764

Saul Martins de Paiva, Email: paivasaul@gmail.com, ORCID: 0000-0002-3968-1638

Corresponding author

Raquel Gonçalves Vieira-Andrade

Department of Oral Health of Children and Adolescents, School of Dentistry, Universidade Federal de Minas Gerais, Avenida Antônio Carlos, 6627, Pampulha
CEP: 31270-540 – Belo Horizonte, MG, Brazil.

Email: raquelvieira.andrade@gmail.com

Phone/Fax: +553134092470/ +553134092472

ORCID: 0000-0003-0284-7216

Thematic Area

Social/Community Dentistry

Agradecimentos

Os autores agradecem o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) - Código de Financiamento 001.

VALIDAÇÃO DA VERSÃO ÚNICA DO *CHILD PERCEPTIONS QUESTIONNAIRE* PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES BRASILEIROS COM IDADE ENTRE 5 E 14 ANOS

Resumo

Objetivo: Desenvolver e validar uma versão única do *Child Perceptions Questionnaire* para crianças brasileiras de 5- 14 anos de idade (CPQ5-14anos). **Métodos:** O CPQ5-14 anos foi desenvolvido com base nos itens comuns e específicos do CPQ8-10 e CPQ11-14. Para avaliação das propriedades psicométricas, realizou-se um estudo transversal com uma amostra de 200 crianças de 5 a 14 anos, oriundas de escolas públicas da cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. As crianças foram examinadas por uma única examinadora calibrada para avaliação da cárie dentária (ICDAS-II) ($Kappa > 0,80$). As crianças responderam à uma versão única do CPQ5-14 em formato de entrevista. A confiabilidade do instrumento foi testada por meio da consistência interna (alfa de Cronbach e ômega de McDonald) e do teste-reteste. Análise fatorial exploratória e confirmatória avaliaram a estrutura fatorial e a dimensionalidade do instrumento. A validade foi testada por meio da validade convergente e discriminante. **Resultados:** Os testes de esfericidade de Bartlett (2154,8, $p < 0,001$) e KMO (0,08) sugeriram interpretabilidade da matriz de correlação dos itens. A análise paralela e os parâmetros da AFE (UniCo=0,963; ECV= 0,873; MIREAL=0,191) sugeriram a unidimensionalidade do instrumento. O modelo bifactor demonstrou que o modelo unidimensional explicou melhor os itens (cargas fatoriais moderadas-altas) do que o modelo composto por 4 fatores. O instrumento apresentou boa consistência interna (ômega de McDonald's=0,93) e elevada confiabilidade (correlação intraclasse=0,838). A validade discriminante foi aprovada pela comparação de grupos de crianças com e sem cárie dentária ($p=0,002$). O escore total do instrumento apresentou uma correlação positiva e significativa com as questões globais do instrumento ($r=0,384$, $p<0,001$; $r=0,557$; $p<0,001$). **Conclusão:** Concluiu-se que a estrutura unidimensional do CPQ₅₋₁₄ apresentou elevada confiabilidade e boa consistência interna, sendo um instrumento válido para ser utilizado no Brasil.

Palavras-chave: CPQ₈₋₁₀; CPQ₁₁₋₁₄; crianças; qualidade de vida; saúde bucal.

1 Introdução

A incorporação das percepções subjetivas de saúde bucal, em conjunto com os critérios normativos do cirurgião-dentista, é essencial em estudos clínicos, pesquisas epidemiológica e avaliação de programas de saúde (Foster-Page *et al.*, 2013; Stefani *et al.*, 2019). Dentre os contrutos subjetivos, destaca-se a qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB) que avalia o impacto da condição bucal no bem-estar e em atividades diárias do indivíduo (Locker; Allen, 2007).

Atualmente, as principais medidas disponíveis para mensurar QVRSB de crianças incluem os questionários *Child Oral Health Quality of Life* (COHQOL) (Jokovic *et al.*, 2002; Locker *et al.*, 2002; Jokovic *et al.*, 2003; Jokovic *et al.*, 2004), o *Child Oral Health Impact Profile* (COHIP) (Broder *et al.*, 2007), o *Child-Oral Impacts on Daily Performances* (Child-OIDP) (Gherunpong *et al.*, 2004), o *Early Childhood Oral Health Impacts Scale* (ECOHIS) (Pahel *et al.*, 2007) e o *Scale of Oral Health Outcomes* para crianças de 5 anos (SOHO-5) (Tsakos *et al.*, 2012).

Até o momento, o COHQOL tem sido utilizado com mais frequência e engloba um conjunto de escalas que mensura os efeitos negativos dos problemas orofaciais no bem-estar de crianças de 6 a 14 anos e suas famílias. As escalas compreendem o *Child Perceptions Questionnaire* para duas idades: 8-10 anos (CPQ8-10) e 11-14 anos (CPQ11-14), além do *Parental-Caregiver Perceptions Questionnaire* (P-CPQ) e o *Family Impact Scale* (FIS). No entanto, o *Child Perceptions Questionnaire* para crianças menores de 8 anos de idade nunca foi desenvolvido ou validado para uso em crianças brasileiras, apesar da confiabilidade e a validade das versões do CPQ8-10 e do CPQ11-14 ter sido demonstrada (Jokovic *et al.*, 2003; Foster-Page *et al.*, 2005), junto com a versão curta mais recente do CPQ11-14 (Foster-Page *et al.*, 2008).

Entretanto, estudos demonstram que, por volta dos 6 anos, as crianças começam a desenvolver pensamento abstrato e autoconceito (Hetherington *et al.*, 1999), e aos 8 anos consolidam noções de tempo e frequência (French e Christie, 1996). O desenvolvimento do SOHO-5 mostrou que é possível avaliar de forma confiável crianças a partir dos 5 anos, e um estudo realizado na Nova Zelândia evidenciou que, a partir dessa idade, crianças já são capazes de responder satisfatoriamente a uma versão única do CPQ8-10 e do CPQ11-14 (Foster-Page *et al.*, 2013).

Apesar de existirem instrumentos para mensurar a QVRSB em crianças menores de 8 anos, como o ECOHIS e o SOHO-5, o primeiro utiliza exclusivamente o relato proxy de pais ou responsáveis para crianças de 2 a 5 anos (Scarpelli *et al.*, 2012; Martins-Junior *et al.*, 2012), enquanto o SOHO-5 é uma medida de autorrelato restrita a crianças de 5 anos (Tsakos *et al.*, 2012). Diante disso, observa-se que, no contexto brasileiro, ainda há uma lacuna significativa quanto à existência de um único instrumento de avaliação da QVRSB que contemple a faixa etária de 5 a 14 anos. O uso de duas medidas distintas limita comparações longitudinais e dificulta a aplicação prática em estudos prospectivos, serviços de saúde e pesquisas clínicas. Além disso, a adoção de questionários diferentes pode aumentar o tempo de coleta de dados e comprometer a padronização dos resultados, sobretudo em estudos de seguimento.

No entanto, em torno dos 6 anos de idade, as crianças tendem a iniciar o pensamento abstrato e o auto-conceito (Hetherington *et al.*, 1999). Gradualmente, aos 8 anos de idade, as crianças desenvolvem os conceitos de tempo e frequência do evento (French e Christie *et al.*, 1996). O desenvolvimento do SOHO-5 resultou em uma medida eficiente para a autoavaliação da QVRSB em crianças de 5 anos de idade (Tsakos *et al.*, 2012). Além disso, um estudo prévio realizado na Nova Zelândia apontou que a partir dos 5 anos de idade a criança já é capaz de responder satisfatoriamente a uma versão única do CPQ8-10 e do CPQ11-14 (Foster-Page *et al.*, 2013). Diante disso, percebe-se o uso limitado do CPQ para ser utilizado em estudos prospectivos que acompanham crianças em diferentes fases da vida, uma vez que esse instrumento não engloba crianças abaixo de 8 anos de idade no contexto brasileiro, além de ser necessário o uso de duas medidas separadas quando se pretende abranger uma faixa etária maior (Martins *et al.*, 2009; Goursand *et al.*, 2008; Torres *et al.*, 2009).

Dessa forma, o objetivo do presente estudo será verificar a validade e a confiabilidade de uma única versão do Child Perceptions Questionnaire para crianças brasileiras de 5 a 14 anos de idade (CPQ5-14 anos).

2 Materiais e Métodos

O presente estudo foi realizado em conformidade com as diretrizes do *Consensus-based Standards for the selection of health Measurement Instruments* (COSMIN) para estudos de instrumentos de relato do paciente (MOKKINK *et al.*, 2016).

2.1 Considerações éticas

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Minas Gerais (parecer nº 3387995) e recebeu o certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE:12221419.8.0000.5149). Posteriormente, foi coletado a concordância das escolas para participarem do estudo por meio do termo de anuência.

Todos os pais/responsáveis foram convidados a participar do estudo por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), obtendo informações sobre os benefícios e riscos da pesquisa. As crianças/adolescentes também foram convidadas a participar através do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), adaptado de acordo com cada faixa etária, que detalhou todas as informações sobre a pesquisa e o questionário, além dos benefícios e riscos.

2.2 Desenho do estudo, amostra e critérios de elegibilidade

Um estudo epidemiológico transversal foi realizado com uma amostra de crianças/adolescentes de 5 a 14 anos de idade, no período de agosto de 2023 a setembro de 2024. Os grupos deste estudo foram selecionados na proporção de 20 crianças para cada faixa etária de 5 a 7 anos (n=60), 8 a 10 anos (n=60)

e 11 a 14 anos (80). A população foi composta por uma amostra de conveniência de 200 crianças/adolescentes, matriculadas em escolas de ensino público, sendo elas: Escola Municipal Dom Orione, Escola Estadual Princesa Isabel e Escola Estadual Professor Alcino Vieira. Todas as escolas participantes estão localizadas na cidade de Belo Horizonte, capital do estado de Minas Gerais, que possui uma população de aproximadamente 2,53 milhões de pessoas (IBGE, 2023) e um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,810.

Os critérios de inclusão foram crianças/adolescentes de 5 a 14 anos de idade regularmente matriculadas em escolas públicas de Belo Horizonte - MG. Foram excluídos do estudo as crianças/adolescentes que estavam realizando tratamento ortodôntico no momento da coleta dos dados, bem como aqueles com quaisquer síndromes, alterações neurológicas e portadoras de doenças crônicas ou sistêmicas que possam interferir nos resultados.

2.3 Estudo piloto

Um estudo piloto foi realizado com 10% da amostra, com o objetivo de avaliar a metodologia aplicada. Os resultados indicaram que não era necessário realizar adaptações na metodologia proposta. Dado que a metodologia foi considerada satisfatória, esses participantes foram incluídos no estudo principal.

2.4 Treinamento e calibração

Uma única pesquisadora foi treinada e calibrada por um pesquisador de referência (padrão-ouro) para avaliação da cárie dentária, por meio do *International Caries Detection and Assessment System* simplificado (ICDAS II) (Pitts *et al.*, 2014). As análises de concordância intra-examinador e interexaminadores foram realizadas por meio dos testes Kappa e de correlação intraclassa, que mostraram valores superiores a 0,96 e 0,94 respectivamente.

2.5 Instrumentos de coleta de dados

Os questionários foram empregados no formato autoaplicado para os pais/responsáveis e em formato de entrevista para as crianças e adolescentes. A QVRSB foi mensurada por meio das versões brasileiras do CPQ8-10 e da versão curta do CPQ11-14 (Torres *et al.*, 2009).

O CPQ8-10 é um instrumento composto por 25 itens que são distribuídos em quatro domínios: sintomas bucais (cinco perguntas), limitações funcionais (cinco perguntas), bem-estar emocional (cinco perguntas) e bem-estar social (10 perguntas). As opções de resposta seguem uma escala ordinal de cinco pontos: “Nenhuma vez”=0; “Uma ou Duas vezes”=1; “Às vezes”=2; “Muitas vezes”=3; “Todos os dias ou quase todos os dias”=4 (Jockovic *et al.*, 2004). Este instrumento foi validado e adaptado transculturalmente para uso na população brasileira (Martins *et al.*, 2009).

A versão curta do CPQ11-14 é composta por 16 itens que avaliam os mesmos domínios. Cada

pergunta refere-se à frequência dos eventos nos últimos três meses, utilizando a mesma escala de resposta, com opções de “Nunca”=0; “Uma/Duas vezes”=1; “Às vezes”=2; “Frequentemente”=3; “Todo dia/Quase todos os dias”=4 (JOCKOVIC et al., 2006). Ambos os questionários demonstraram validade e confiabilidade no contexto brasileiro (Torres *et al.*, 2009). Neles, escores mais elevados indicam maior impacto na QVRSB das crianças.

Para o desenvolvimento da versão única do CPQ5-14, os pesquisadores analisaram cuidadosamente os dois instrumentos. Foram mantidas todas as perguntas específicas de cada versão, com exceção da “Dificuldade de comer/beber alimentos gelados” do CPQ8-10, substituída pela pergunta equivalente do CPQ11-14 (“Dificuldade de comer/beber alimentos quentes ou frios”), por abordarem o mesmo aspecto. Nos itens coincidentes entre as versões, optou-se por adotar a redação do CPQ8-10. Dessa forma, a versão única reuniu 27 perguntas selecionadas a partir dos itens comuns e específicos. As opções de resposta seguiram o padrão do CPQ8-10, por serem mais fáceis de compreensão pelas crianças participantes. Além desses itens, foram incluídas duas perguntas gerais do CPQ8-10, que investigam a percepção da criança sobre sua saúde bucal (“muito bons”, “bons”, “mais ou menos” ou “ruins”) e o grau de incômodo causado pelos dentes e boca (“não incomodam”, “quase nada”, “um pouco” ou “muito”).

A aplicação do questionário foi realizada individualmente, através de entrevista, com o pesquisador disponível para ler os itens e auxiliar no preenchimento quando necessário. Após a coleta, cada questionário foi identificado por um número, lacrado em envelope e armazenado de forma sigilosa para garantir o anonimato dos participantes.

2.6 Exame clínico bucal

O exame clínico foi padronizado e realizado após escovação dentária, com as crianças sentadas de frente para a examinadora sob luz artificial (lanterna Petzl), com auxílio de espelho clínico e sonda manual milimetrada (Trinity® PCP15, modelo North Carolina University, Paraná, Brasil). Os critérios de biossegurança foram rigorosamente seguidos.

A avaliação da cárie dentária foi realizada por meio do ICDAS II simplificado (Pitts *et al.*, 2014). O ICDAS simplificado usa uma forma mais simples de registro de cárie dentária que mescla os seis códigos do ICDAS em três estágios de severidade: estágio inicial (ICDAS 1 e 2): opacidade cariada ou descoloração visível no esmalte; estágio moderado (ICDAS 3 e 4): cavitação localizada do esmalte ou sombreamento em dentina subjacente; estágio extenso (ICDAS 5 e 6): cavidade com exposição de dentina (Pitts *et al.*, 2014). Para o presente estudo, a variável cárie dentária foi dicotomizada em: ausência de cárie dentária (dentes hígidos e código ICDAS 1 e 2) e presença de cárie dentária (códigos ICDAS 3-6).

2.7 Análises estatísticas

Inicialmente, foi realizada Análise Fatorial Exploratória (AFE) no programa Factor, versão

12.06.08, com o objetivo de avaliar a estrutura fatorial do questionário CPQ5-14 anos. A análise foi implementada utilizando uma matriz policórica e método de extração *Robust Diagonally Weighted Least Squares* (RDWLS) (Asparouhov; Muthen, 2010). A decisão sobre o número de fatores a ser retido foi realizada por meio da técnica da Análise Paralela com permutação aleatória dos dados observados (Timmerman, & Lorenzo-Seva, 2011) e a rotação utilizada foi a *Robust Promin* (Lorenzo-Seva; Ferrando, 2019). Os indicadores da unidimensionalidade do instrumento foram avaliados a partir dos índices *Unidimensional Congruence* (UniCo), *Explained Common Variance* (ECV) e *Mean of Item Residual Absolute Loadings*, sendo que valores de UniCo > 0,95, ECV > 0,85 e MIREAL < 0,30 são indicativos de unidimensionalidade (Ferrando; Lorenzo-Seva, 2018).

A estabilidade dos fatores foi avaliada por meio do índice *H* (Ferrando & Lorenzo-Seva, 2018). O índice *H* avalia quão bem um conjunto de itens representa um fator comum (Ferrando & Lorenzo-Seva, 2018). Os valores de *H* variam de 0 a 1. Valores altos de *H* (> 0,80) sugerem uma variável latente bem definida, que é mais provável que seja estável em diferentes estudos. Valores baixos de *H* sugerem uma variável latente mal definida, e provavelmente instável entre diferentes estudos (Ferrando & Lorenzo-Seva, 2018).

A Análise Fatorial Confirmatória (AFC) bifactor foi realizada por meio do Mplus versão 8.6 (Muthen & Muthen) para confirmar a estrutura observada na AFE, permitindo a avaliação simultânea de um fator geral e dos quatro fatores específicos (Sintomas Orais, Limitação Funcional, Bem-estar Emocional e Bem-estar Social) teoricamente esperados. A adequação do modelo da AFE e AFC foi avaliada por meio dos índices de ajuste *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA), *Comparative Fit Index* (CFI) e *Tucker-Lewis Index* (TLI). Valores de RMSEA devem ser menores que 0,08, valores de CFI e TLI devem ser acima de 0,90, ou preferencialmente, 0,95. (Brown, 2006)

Além disso, a validade discriminante, a validade convergente e a correlação intraclasse foram realizadas por meio do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS for Windows, version 25.0, IBM Inc, Armonk, NY, USA). A validade discriminante foi avaliada pelo teste não paramétrico de *Mann-Whitney* para determinar se as crianças com cárie dentária apresentavam maior impacto negativo em sua QBRV. O nível de significância estatística adotado foi de $p < 0,05$. Já a validade convergente foi avaliada por meio da correlação entre o escore geral do CPQ5-14 e os escores das duas questões globais do instrumento, por meio da correlação de Spearman. Além disso, a correlação intraclasse foi utilizada para a confiabilidade teste-reteste do questionário. Um valor superior a 0,70 demonstra boa reprodutibilidade (Wilson-Genderson *et al.*, 2007). A confiabilidade do instrumento foi avaliada por meio do teste-reteste, por meio da correlação intraclasse (CCI), e consistência interna, através do Ômega de McDonald. Um CCI > 0,70 indica boa reprodutibilidade, e um CCI > 0,80 é considerado excelente (Cronbach, 1951).

3 Resultados

3.1 Caracterização da Amostra

O presente estudo contou com 200 crianças/adolescentes, sendo a maioria do sexo masculino (53,5%) e a média de idade foi de 9,43 anos (DP = 2,728). A média do CPQ5-14 anos foi de 17,65 (DP = 14,055). Em relação à condição bucal, 114 (57%) das crianças/adolescentes apresentaram lesões cáries cavitadas.

3.2 Análise Fatorial Exploratória

Os testes de esfericidade de Bartlett (2154.8, $p < 0,001$) e KMO (0,85) sugeriram interpretabilidade da matriz de correlação dos itens. A análise paralela sugeriu um único fator como sendo os mais representativos para os dados (Tabela 1). Os indicadores de unidimensionalidade (UniCo= 0,963, ECV = 0.873 e MIREAL = 0,191) também confirmaram a unidimensionalidade do instrumento. Os índices de ajuste foram adequados: RMSEA = 0,000 (0.000-0.004); CFI = 0,999; TLI = 1,028.

A medida de replicabilidade da estrutura fatorial (*H-index*) sugeriu que a estrutura de um fator pode ser replicável em estudos futuros (*H-latente* = 0,937; *H-observed* = 0,886) (Hancock; Mueller, 2000). Os parâmetros de discriminação e os *thresholds* dos itens foram avaliados por meio de Teoria de Resposta ao Item (Tabela 2). O item mais discriminativo do instrumento foi o 11 (No último mês, quantas vezes você ficou chateado por causa dos seus dentes ou de sua boca?) ($a = 1.263$), seguido do item 23 (No último mês, quantas vezes você não quis ficar perto de outras crianças por causa dos seus dentes ou de sua boca?) ($a = 1.178$). Em relação aos *Thresholds* dos itens, a maioria das questões não apresentou nenhum padrão inesperado de resposta, de modo que quanto maior foi a categoria de resposta da escala, maior foi o nível de traço latente necessário para endossá-lo. No entanto, observou-se uma desordenação de resposta nas categorias das questões 16 e 27, sendo que os *thresholds* referentes às duas últimas categorias da questão 16 e as três últimas categorias da questão 27 apresentaram o mesmo valor, sugerindo ausência de discriminação adequada entre essas opções de resposta.

3.3 Análise Fatorial Confirmatória Bifactor

Os índices de ajuste do modelo bifactor foram satisfatórios: RMSEA = 0,045 (IC 90%: 0,035–0,055), CFI = 0,959, TLI = 0,952 e SRMR = 0,072, indicando bom ajuste do modelo aos dados. As cargas fatoriais dos itens no fator geral foram superiores à maioria das cargas nos fatores específicos, o que reforça a predominância de um modelo unidimensional do instrumento. Assim, os resultados da AFC bifactor são consistentes com os da AFE e sustentam a unidimensionalidade essencial do instrumento. (Figura 1)

3.4 Validade Convergente e Discriminante

A correlação entre o escore total do CPQ5-14 e a questão de avaliação da saúde bucal ($r = 0,38$, $p < 0,001$) e o bem-estar geral ($r = 0,56$, $p < 0,001$) se mostraram positivos e estatisticamente significativos, demonstrando que o instrumento possui validade convergente. Em relação à validade discriminante, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,001$) entre o grupo de

crianças com e sem cárie, sendo que crianças com cárie apresentaram maior impacto negativo na QVRSB (média = 21,84; DP = 15,295), enquanto crianças sem cárie apresentaram média de 14,50 (DP = 12,193).

3.4 Confiabilidade

A reprodutibilidade foi avaliada usando a correlação intraclasse teste-reteste para o escore total do CPQ5-14 foi de 0,84. A consistência dos itens foi avaliada para o escore total do instrumento por meio do alfa de Cronbach (0,84) e o ômega de MacDonald (0,93), indicando alta confiabilidade do instrumento.

4 Discussão

O presente estudo avaliou as propriedades psicométricas da versão brasileira única do CPQ₅₋₁₄, sendo o primeiro estudo, até o presente momento, a avaliar o instrumento CPQ em um grupo de crianças brasileiras mais jovens. Como resultado, o CPQ₅₋₁₄ anos demonstrou aceitabilidade e confiabilidade para ser utilizado em crianças/adolescentes brasileiras, corroborando com o estudo de Foster-Page, publicado em 2013 que encontrou um bom desempenho de ambas as versões das medidas (CPQ₈₋₁₀ e CPQ₁₁₋₁₄ versão curta), embasando seu uso em crianças entre 5 e 14 anos. (Foster-Page *et al.*, 2013). Importante ressaltar que a versão única proporciona maior aplicabilidade do instrumento em estudos clínicos e epidemiológicos por meio da redução de tempo e custo durante a coleta de dados, além de reduzir as perdas dos dados (Jokovic *et al.*, 2004; Foster-Page *et al.*, 2005).

De acordo com os resultados do presente estudo, o CPQ₅₋₁₄ anos apresentou estrutura unidimensional. Esse resultado contradiz os resultados dos instrumentos CPQ₈₋₁₀ anos e CPQ₁₁₋₁₄ que apresentaram uma estrutural multifatorial, constituído por quatro fatores, sendo eles: sintomas orais, limitação funcional, bem-estar social e bem-estar emocional (Jockovic *et al.*, 2004; Torres *et al.*, 2009). No entanto, percebe-se que o presente estudo foi o único, dentre os artigos sobre desenvolvimento e validação do CPQ, que realizou a AFE. No estudo de desenvolvimento do CPQ₁₁₋₁₄, os autores destacam que as questões foram classificadas dentro de quatro domínios (sintomas orais, limitação funcional, bem-estar social e bem-estar emocional) de acordo com suas pontuações de impacto (Jockovic *et al.*, 2006). Assim, a hipótese dos autores é que esse resultado controverso ocorreu devido à ausência da AFE para testar a estrutura interna do instrumento em estudos prévios do CPQ. Entende-se que a realização da AFE não era uma prática comum em estudos anteriores. Importante ressaltar que a AFE é conduzida quando o pesquisador não possui uma teoria prévia subjacente ou evidências empíricas suficientes que explicitem como os itens de determinado instrumento devem ser agrupados e avaliados ou quando o pesquisador quer confirmar ou refutar a estrutura fatorial de determinado instrumento (Brown, 2006). Dessa forma, entende-se a importância sobre a realização da AFE para investigar

empiricamente a estrutura fatorial do instrumento. Além disso, ao avaliar um instrumento único que abrange a faixa etária de 5-14 anos, a análise estatística do presente estudo envolveu AFE, com o objetivo de verificar como o questionário se comportaria como medida de autorrelato em uma população ampla. Os resultados demonstraram que o CPQ₅₋₁₄ anos apresenta evidências de validade para uso no contexto brasileiro, além de apresentar excelente confiabilidade.

Além disso, neste estudo foi realizada a Análise AFC bifactor com o objetivo de explorar a dimensionalidade do instrumento. Esse modelo permite testar simultaneamente a unidimensionalidade, por meio de um fator geral, e a presença de fatores específicos teoricamente esperados com base em estudos anteriores (Bornovalova et al., 2020). Como resultado, foram obtidas evidências adicionais de que o CPQ₅₋₁₄ apresenta uma estrutura predominantemente unidimensional, uma vez que as cargas fatoriais do fator geral se destacaram em relação às dos fatores específicos. Este foi o primeiro estudo a incorporar análises mais robustas, como a AFE, para a validação de um instrumento CPQ, sendo que a AFC bifactor confirmou os achados da AFE obtidos por meio da análise paralela.

Apesar do instrumento ter se mostrado válido e confiável para ser utilizado em crianças/adolescentes brasileiros, destaca-se que as questões 16 e 27 merecem atenção, uma vez que, de acordo com os resultados obtidos, as crianças/adolescentes podem ter apresentado dificuldades em distinguir entre as categorias de resposta dessas duas questões. Em relação à validade convergente, a correlação entre o escore total do CPQ₅₋₁₄ com os escores totais das duas questões globais de saúde bucal se mostraram positivas, moderadas e significativas. A evidência da validade convergente de um construto fornece a extensão em que o instrumento se correlaciona com outras variáveis projetadas para medir o mesmo construto (Rayokv; Marcolides, 2011). As questões globais envolvem a 1) percepção da criança sobre sua condição de saúde bucal e 2) incomodo da criança devido aos seus dentes. Dessa forma, o CPQ₅₋₁₄ mostrou resultados semelhantes com as duas questões que abordam conteúdos semelhantes. Além disso, crianças com lesões cáries cavitadas apresentam escores mais altos de QVRSB, demonstrando que o entendimento das questões foi boa para as crianças com menor e maior faixa etária, sendo capaz de discriminar o impacto na QVRSB entre dois grupos distintos, apesar de haver receio teórico quanto ao uso de instrumentos para crianças mais novas.

Importante destaque que havia duas opções em relação ao período de referência utilizado para cada questões dos instrumentos, sendo que o CPQ₈₋₁₀ utiliza um período de 4 semanas e o CPQ₁₁₋₁₄ utiliza como período a referência de 3 meses. Para o CPQ₅₋₁₄, a opção foi referente ao período de 4 semanas, uma vez que um período de tempo mais curto é mais adequado para crianças mais novas (Foster-Page et al., 2013).

Uma limitação do presente estudo refere-se ao fato de que foi utilizada uma amostra de conveniência de participantes oriundas de escolas públicas da cidade de Belo Horizonte também selecionadas por conveniência. No entanto, é importante destacar que a amostra de 200 crianças obtida no estudo foi selecionada de forma proporcional para cada faixa etária de 5 a 14 anos. Além disso,

destaca-se o fato de que o questionário foi administrado às crianças por um único pesquisador previamente treinado, e a coleta de dados clínicos incluiu o diagnóstico de cárie, também realizado por um único avaliador treinado e calibrado. Por fim, é importante destacar que nenhum tipo de intervenção odontológica ou estratégia educacional de saúde bucal foi realizada com as crianças no período de 15 dias entre as duas aplicações do CPQ neste estudo. Tal fato, dificulta a possibilidade de mudanças de respostas no questionário devido à possíveis alterações nas condições clínicas bucais dos participantes oriundas das intervenções. Isso tem sido observado em um estudo prévio realizado por Souza et al., (2022) que encontrou uma melhora na OHRQoL de todas as crianças avaliadas, mesmo em um período relativamente curto de apenas um mês após a realização de tratamento odontológico ou estratégias educativas em saúde.

O desenvolvimento de uma versão única do CPQ para crianças com idade entre 5 e 14 anos tem implicações importantes já que pode melhorar a compreensão de como as condições bucais afetam a vida das crianças mais novas, bem como é importante para medir como os problemas bucais e/ou tratamentos odontológicos e/ou estratégias de educação em saúde podem impactar o dia a dia das crianças ao longo do tempo, sem a necessidade da utilização de instrumentos diferentes de avaliação subjetiva da QVRSB. As versões anteriores do CPQ demonstraram validade e confiabilidade em grupos de idade mais avançada e agora, através do presente estudo, foi possível verificar que a versão única do CPQ5-14, também demonstrou validade e confiabilidade em grupos de crianças mais novas. Assim, crianças mais novas são capazes de fornecer suas próprias percepções sobre o impacto da condição bucal em seu bem-estar e atividades diárias.

Conclusão

Concluiu-se que a estrutura unidimensional do CPQ5-14 anos apresentou elevada confiabilidade e boa consistência interna, sendo válido para ser utilizado em crianças brasileiras de 5-14 anos de idade. Esse novo instrumento irá proporcionar aplicações na prática acadêmica, epidemiológica e clínica.

Referências

1. Foster Page, L.A., Boyd, D. & Thomson, W.M. Do we need more than one Child Perceptions Questionnaire for children and adolescents?. *BMC Oral Health* **13**, 26 (2013). doi: 10.1186/1472-6831-13-2.
2. Stefani A, Bruno G, Irlandese G, Barone M, Costa G, Gracco A. Oral health-related quality of life in children using the child perception questionnaire CPQ11-14: a review. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2019 Oct;20(5):425-430. doi: 10.1007/s40368-019-00418-8.
3. Locker D, Allen F. What do measures of 'oral health-related quality of life' measure?

- Community Dent Oral Epidemiol. 2007 Dec;35(6):401-11. doi: 10.1111/j.1600-0528.2007.00418.
4. Jokovic A, Locker D, Stephens M, Kenny D, Tompson B, Guyatt G: Validity and reliability of a questionnaire for measuring child oral-health-related quality of life. *J Dent Res.* 2002, 81: 459-463. doi: 10.1177/154405910208100705.
 5. Locker D, Jokovic A, Stephens M, Kenny D, Tompson B, Guyatt G. Family impact of child oral and oro-facial conditions. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2002 Dec;30(6):438-48. doi: 10.1034/j.1600-0528.2002.00015.
 6. Jokovic A, Locker D, Stephens M, Kenny D, Tompson B, Guyatt G. Measuring parental perceptions of child oral health-related quality of life. *J Public Health Dent.* 2003 Spring;63(2):67-72. doi: 10.1111/j.1752-7325.2003.tb03477.
 7. Jokovic A, Locker D, Tompson B, Guyatt G. Questionnaire for measuring oral health-related quality of life in eight- to ten-year-old children. *Pediatr Dent.* 2004 Nov-Dec;26(6):512-8. PMID: 15646914.
 8. Broder HL, McGrath C, Cisneros GJ. Questionnaire development: face validity and item impact testing of the Child Oral Health Impact Profile. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2007 Aug;35 Suppl 1:8-19. doi: 10.1111/j.1600-0528.2007.00401.x. PMID: 17615046.
 9. 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.* 2004 Jun;21(2):161-9. PMID: 15228206.
 10. Pahel BT, Rozier RG, Slade GD. Parental perceptions of children's oral health: the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). *Health Qual Life Outcomes.* 2007 Jan 30;5:6. doi: 10.1186/1477-7525-5-6. PMID: 17263880; PMCID: PMC1802739.
 11. Tsakos G, Blair YI, Yusuf H, Wright W, Watt RG, Macpherson LM. Developing a new self-reported scale of oral health outcomes for 5-year-old children (SOHO-5). *Health Qual Life Outcomes.* 2012 Jun 7;10:62. doi: 10.1186/1477-7525-10-62. PMID: 22676710; PMCID: PMC3413607.
 12. Foster Page LA, Thomson WM, Jokovic A, Locker D. Validation of the Child Perceptions Questionnaire (CPQ 11-14). *J Dent Res.* 2005 Jul;84(7):649-52. doi: 10.1177/154405910508400713. PMID: 15972595.
 13. Foster Page LA, Thomson WM, Jokovic A, Locker D. Epidemiological evaluation of short-form versions of the Child Perception Questionnaire. *Eur J Oral Sci.* 2008 Dec;116(6):538-44. doi: 10.1111/j.1600-0722.2008.00579.x. PMID: 19049524.
 14. Viegas CM, Scarpelli AC, Carvalho AC, Ferreira Fde M, Pordeus IA, Paiva SM. Impact of

- traumatic dental injury on quality of life among Brazilian preschool children and their families. *Pediatr Dent*. 2012 Jul-Aug;34(4):300-6. PMID: 23014087.
15. Martins-Júnior PA, Ramos-Jorge J, Paiva SM, Marques LS, Ramos-Jorge ML. Validations of the Brazilian version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). *Cad Saude Publica*. 2012 Feb;28(2):367-74. doi: 10.1590/s0102-311x2012000200015. PMID: 22331162.
 16. Hetherington, Eileen Mavis, Ross D. Parke, and Virginia Otis Locke. *Child psychology: A contemporary viewpoint*. McGraw-Hill, 1999.
 17. French D, Christie M. Developing outcome measures for children: "Quality of life" assessment for paediatric asthma. In: *Health outcome measures in primary and out-patient care*. Harwood academic, 1996. p. 45-64.
 18. Martins MT, Ferreira FM, Oliveira AC, Paiva SM, Vale MP, Allison PJ, Pordeus IA. Preliminary validation of the Brazilian version of the Child Perceptions Questionnaire 8-10. *Eur J Paediatr Dent*. 2009 Sep;10(3):135-40. PMID: 19761288.
 19. Goursand D, Paiva SM, Zarzar PM, Ramos-Jorge ML, Cornacchia GM, Pordeus IA, Allison PJ. Cross-cultural adaptation of the Child Perceptions Questionnaire 11-14 (CPQ11-14) for the Brazilian Portuguese language. *Health Qual Life Outcomes*. 2008 Jan 14;6:2. doi: 10.1186/1477-7525-6-2. PMID: 18194552; PMCID: PMC2246108.
 20. Torres CS, Paiva SM, Vale MP, Pordeus IA, Ramos-Jorge ML, Oliveira AC, Allison PJ. Psychometric properties of the Brazilian version of the Child Perceptions Questionnaire (CPQ11-14) - short forms. *Health Qual Life Outcomes*. 2009 May 17;7:43. doi: 10.1186/1477-7525-7-43. PMID: 19445725; PMCID: PMC2689176.
 21. Mokkink LB, Prinsen CAC, Bouter LM, Vet HCW de, Terwee CB. The COnsensus-based Standards for the selection of health Measurement INstruments (COSMIN) and how to select an outcome measurement instrument. *Braz J Phys Ther [Internet]*. 2016Mar;20(2):105–13.
 22. IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Resultados preliminares do censo 2010. Disponível em: www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1. Acesso em 12/09/2025.
 23. Pitts NB, Ekstrand KR, Foundation I. ICCMS™ guide for practitioners and educators. London: King's College London; 2014.
 24. Asparouhov, T., & Muthen, B. (2010). Simple second order chi-square correction. Unpublished manuscript. Available at https://www.statmodel.com/download/WLSMV_new_chi21.pdf.
 25. Timmerman, M. E., & Lorenzo-Seva, U. (2011). Dimensionality Assessment of Ordered Polytomous Items with Parallel Analysis. *Psychological Methods*, 16, 209-220. doi:10.1037/a0023353.
 26. Lorenzo-Seva, Urbano, and Pere J. Ferrando. "Robust Promin: a method for diagonally weighted factor rotation." *Liberabit* 25.1 (2019): 99-106.
 27. Ferrando, P. J., & Lorenzo-Seva U. (2018). Assessing the quality and appropriateness of factor solutions and factor score estimates in exploratory item factor analysis. *Educational and*

- Psychological Measurement, 78, 762-780.
28. Brown, T. A. (2006). *Confirmatory factor analysis for applied research*. New York: The Guilford Press
 29. Bornoalova MA, Choate AM, Fatimah H, Petersen KJ, Wiernik BM. (2020). Appropriate use of bifactor analysis in psychopathology research: appreciating benefits and limitations. *Biol Psychiatry*. 88(1):18–27.
 30. Raykov T, Marcoulides GA (2011). *Introduction to psychometric theory*. New York, NY: Routledge, Taylor & Francis Group.
 31. Wilson-Genderson M, Broder HL, Phillips C. Concordance between caregiver and child reports of children's oral health-related quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2007 Aug;35 Suppl 1:32-40. doi: 10.1111/j.1600-0528.2007.00403.x. PMID: 17615048.
 32. Cronbach LJ (1951) Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika* 1 sept 16(3):297–334.
 33. Hancock, G.R., & Mueller, R.O. (2000). Rethinking construct reliability within latent variable systems. In R. Cudek, S.H.C. du Toit & D.F. Sorbom (Eds.), *Structural equation modeling: Present and future* (pp. 195 - 216). Lincolnwood, IL: Scientific Software.
 34. Clementino, Luna Chagas, et al. "Top 100 most-cited oral health-related quality of life papers: bibliometric analysis." *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 50.3 (2022): 199-205.
 35. McGrath C, Pang HN, Lo EC, King NM, Hägg U, Samman N. Translation and evaluation of a Chinese version of the Child Oral Health-related Quality of Life measure. *Int J Paediatr Dent*. 2008 Jul;18(4):267-74. doi: 10.1111/j.1365-263X.2007.00877.x. PMID: 18554335.
 36. Humphris G, Freeman R, Gibson B, Simpson K, Whelton H: Oral health-related quality of life for 8–10-year-old children: an assessment of a new measure. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2005, 33: 326-332. 10.1111/j.1600-0528.2005.00220.x.
 37. Do LG, Spencer AJ. Evaluation of oral health-related quality of life questionnaires in a general child population. *Community Dent Health*. 2008 Dec;25(4):205-10. PMID: 19149296.

TABELAS

Tabela 1: Resultados da Análise Paralela.

Fatores	Percentual de variância explicada dos dados reais	Percentual de variância explicada dos dados aleatórios (95% IC)
1	35.4964*	8.4963
2	6.8498	7.6043
3	5.5908	6.9926
4	4.5005	6.5270
5	4.2656	6.1041
6	3.8726	5.7388
7	3.7952	5.3936
8	3.5708	5.0836
9	3.3912	4.7947
10	3.2360	4.5205
11	3.0329	4.2431
12	2.8434	3.9978
13	2.6604	3.7325
14	2.5612	3.4981
15	2.1716	3.2678
16	2.0873	3.0327
17	1.6832	2.8036
18	1.5297	2.5766
19	1.3720	2.3476
20	1.2872	2.1236
21	1.0729	1.8885
22	0.9999	1.6359
23	0.8987	1.3865
24	0.6177	1.0939
25	0.4641	0.7594
26	0.1491	0.3571

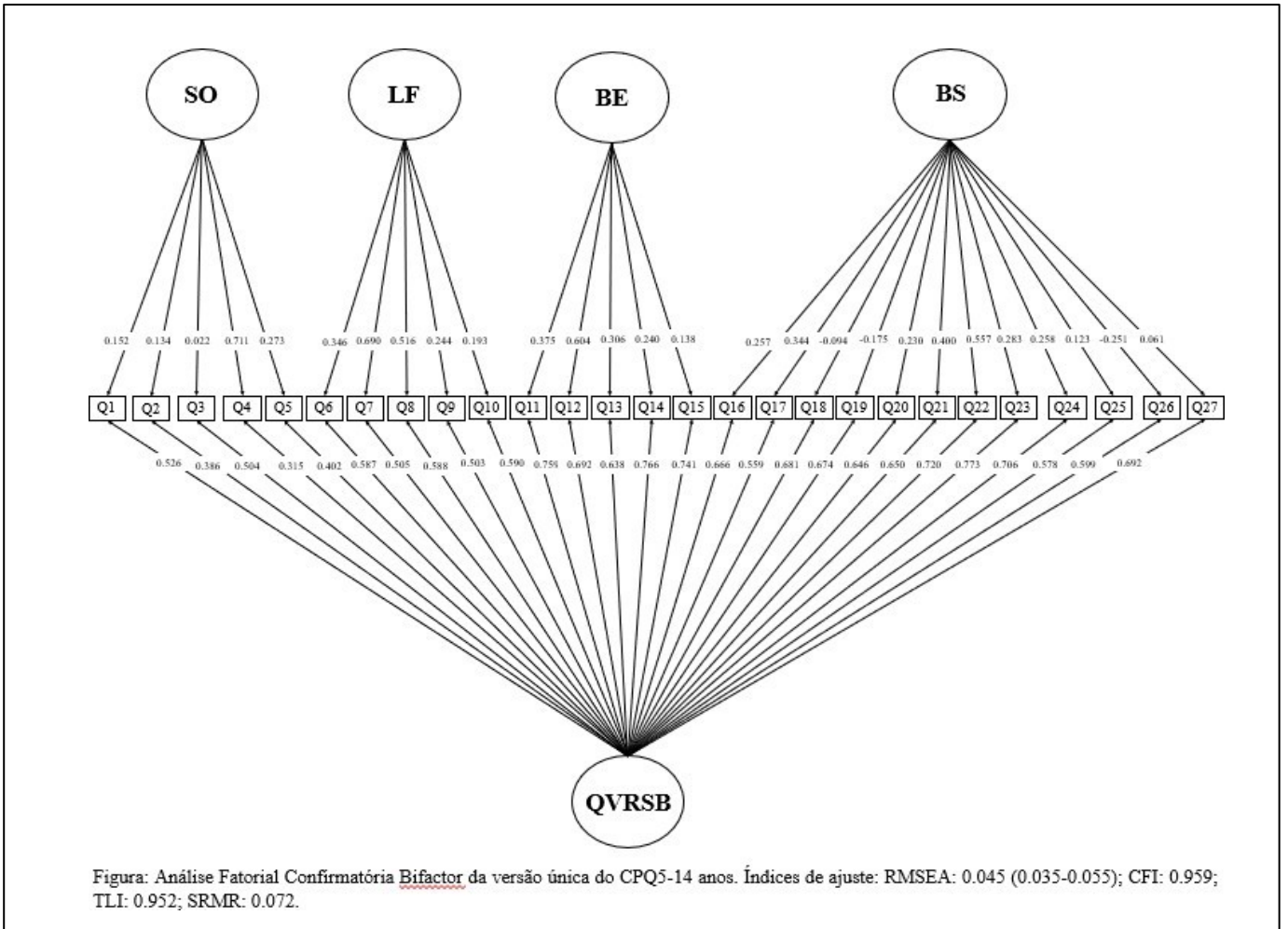
*O número de fatores a ser retido é um, pois um fator dos dados reais apresenta % de variância explicada maior do que os dados aleatórios.

Tabela 2: Discriminação e Thresholds dos itens.

Itens	Discriminação dos itens	Threshold 0-1	Threshold 1-2	Threshold 2-3	Threshold 3-4
1	0.623	-0.072	1.173	2.260	2.713
2	0.426	-0.653	2.039	3.571	5.000
3	0.567	-0.335	0.959	2.177	3.664
4	0.355	-2.660	-0.151	1.993	4.087
5	0.474	-0.598	1.238	2.850	4.219
6	0.776	0.569	1.332	2.178	3.061
7	0.593	0.149	1.434	2.394	3.680
8	0.452	0.495	1.940	3.569	4.975
9	0.595	1.366	2.237	3.206	4.007
10	0.822	1.178	2.103	2.956	3.412
11	1.263*	0.227	0.850	1.557	2.614
12	1.009	0.379	1.125	1.879	2.885
13	0.815	0.510	1.468	2.215	3.244
14	0.999	0.307	0.966	1.585	2.557
15	0.949	0.037	0.991	1.593	2.382
16	0.738	0.192	1.070	1.734	2.761
17	0.351	2.466	4.811	5.000	5.000
18	0.465	2.897	3.893	4.642	5.000
19	0.821	1.432	2.378	3.082	4.054
20	0.856	1.176	1.877	2.886	3.956
21	0.412	1.167	2.384	3.274	4.743
22	1.013	1.331	1.793	2.304	3.044
23	1.178	1.409	1.752	2.291	2.689
24	0.951	1.811	2.249	2.839	3.734
25	0.389	2.015	3.857	4.519	5.000
26	0.668	0.981	2.198	3.378	4.631
27	0.133	2.552	5.000	5.000	5.000

*Item mais discriminativo

FIGURAS



5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Medidas que avaliam o impacto no bem-estar geral do indivíduo são de grande importância para a comunidade científica. Geralmente, essa avaliação é feita a partir de instrumentos como os questionários. Os critérios subjetivos mensuram a influência das alterações bucais na qualidade da população, sendo uma tarefa delicada. Para viabilizar este trabalho, um instrumento apropriado para faixa etária de 5 a 14 anos foi validado a partir da união de dois outros instrumentos existentes para diferentes faixas etárias envolvendo crianças e adolescentes brasileiros, as versões brasileiras do CPQ8-10 e da versão curta do CPQ11-14.

A versão única do CPQ₅₋₁₄ com suas devidas adaptações e propriedades psicométricas comprovadas, será de fundamental importância não somente para estudos epidemiológicos, mas também para prática clínica, permitindo o acompanhamento das crianças e adolescentes ao longo do tempo, através de um único instrumento. A prevalência das doenças bucais, assim como as atividades e linguagem das crianças e adolescentes podem variar com o passar do tempo em diferentes culturas. Associada a tais informações, esse instrumento poderá facilitar a escolha e planejamento de políticas de saúde e abordagens de tratamento, objetivando sempre a saúde da criança e do adolescente, na sua visão holística. Isto pode gerar uma maior compreensão por parte dos indivíduos e populações sobre a importância da saúde bucal, integrada à saúde geral, permitindo a utilização de recursos que contribuam para a melhor qualidade de vida dos indivíduos.

REFERÊNCIAS

- ANDREASEN, J. O.; ANDREASEN, F. M.; ANDERSON, L. **Textbook and color atlas of traumatic injuries to the teeth**. 4. ed. Oxford: Wiley-Blackwell, 2007. 897p.
- BARBOSA, T. S.; VICENTIN, M. D.; GAVIÃO, M. B. Qualidade de vida e saúde bucal em crianças - Parte I: versão brasileira do Child Perceptions Questionnaire 8-10. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 10, p. 4077-4085, out. 2011.
- BRAGA, M. M.; OLIVEIRA, L. B.; BONINI, G. A.; BÖNECKER, M.; MENDES, F. M. Feasibility of the International Caries Detection and Assessment System (ICDAS II) in epidemiological surveys and comparability with standard World Health Organization criteria. **Caries research**, v.43, n. 4, p. 245-249, jul. 2009.
- BRODER, H. L.; MCGRATH, C.; CISNEROS, G. J. Questionnaire development: face validity and item impact testing of the Child Oral Health Impact Profile. **Community dentistry and oral epidemiology**, Newark, v. 35, n.1, p. 8-19, ago. 2007.
- FOSTER-PAGE, L. A.; THOMSON, W. M.; JOKOVIC, A.; LOCKER, D. Epidemiological evaluation of short-form versions of the Child Perception Questionnaire. **European journal of oral sciences**, Dunedin, v.116, n. 6, p. 538-544, dez. 2008.
- FOSTER-PAGE, L. A.; THOMSON, W. M.; JOKOVIC, A.; LOCKER, D. Validation of the child perceptions questionnaire (CPQ11-14). **Journal of dental research**, v.84, n. 7, p.649-652, jul. 2005.
- FOSTER-PAGE, L. A.; BOYD, D.; THOMSON, W. M. Do we need more than one Child Perceptions Questionnaire for children and adolescents?. Dunedin, **BMC Oral Health**, v.13, n. 26, p. 1-7, jun. 2013.
- FRENCH, D.; CHRISTIE, M. Developing outcome measures for children: "Quality of life" assessment for paediatric asthma. **Health outcome measures in primary and out-patient care**. Harwood academic, p. 45-64, 1996.
- GHERUNPONG, S.; TSAKOS, G.; SHEIHAM, A. Developing and evaluating an oral health-related quality of life index for children; the CHILD-OIDP. **Community dental health**, v.21, n. 2, p. 161-169, nov. 2004.
- GOURSAND, D.; Paiva, S. M.; Zarzar, P. M.; Ramos-Jorge, M. L.; Cornacchia, G. M.; Pordeus, I. A.; Allison, P. J. Cross-cultural adaptation of the Child Perceptions Questionnaire 11–14 (CPQ 11–14) for the Brazilian Portuguese language. **Health and quality of life outcomes**, Belo Horizonte, v.6, n. 2, p. 1-7, jan. 2008.
- HETHERINGTON, E. M.; PARKE, R. D.; LOCKE, V. O. **Child psychology: A contemporary viewpoint**. 5.ed. New York: The McGraw-Hill, 1999.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Resultados preliminares do censo 2010. Disponível em: www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1. Acesso em 12/09/2024.

INEP- Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Anísio Teixeira- Taxas de Rendimento- Disponível em: <https://qedu.org.br/escola/31003336-escola-municipal-dom-orione/taxas-rendimento>. Acessado em 16 de maio de 2025.

INEP- Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Anísio Teixeira- Taxas de Rendimento- Disponível em: <https://qedu.org.br/escola/31000469-ee-princesa-isabel/taxas-rendimento>. Acessado em 16 de maio de 2025.

INEP- Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Anísio Teixeira- Taxas de Rendimento- Disponível em: <https://qedu.org.br/escola/31000621-ee-professor-alcindo-vieira/taxas-rendimento>. Acessado em 16 de maio de 2025.

JENNY, J.; CONS, N. C. Comparing and contrasting two orthodontic indices, the Index of Orthodontic Treatment Need and the Dental Aesthetic Index. **American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics**, v.110, n. 4, p. 410-416, out. 1996.

JOKOVIC, A.; LOCKER, D.; GUYATT, G. Short forms of the Child Perceptions Questionnaire for 11–14-year-old children (CPQ 11–14): development and initial evaluation. **Health and quality of life outcomes**, v.4 n.4, p. 1-9, jan. 2006.

JOKOVIC, A.; LOCKER, D.; STEPHENS, M.; KENNY, D. TOMPSON, B.; GUYATT, G. Measuring parental perceptions of child oral health-related quality of life. **Journal of public health dentistry**, Toronto, v. 63, n. 2, p. 67-72, 2003.

JOKOVIC, A.; LOCKER, D.; STEPHENS, M.; KENNY, D.; TOMPSON, B.; GUYATT, G. Validity and reliability of a questionnaire for measuring child oral-health-related quality of life. **Journal of Dental Research**, Toronto, v.81, n. 7, p. 459-63, jul. 2002.

- JOKOVIC, A.; LOCKER, D.; TOMPSON, B.; GUYATT, G. Questionnaire for measuring oral health-related quality of life in eight- to ten-year-old children. **Pediatric Dentistry**, Toronto, v.26, n. 6, p. 512-8, nov-dez. 2004.
- LOCKER, D. *et al.*; Family impact of child oral and oro-facial conditions. **Community dentistry and oral epidemiology**, Toronto, v.30, n. 6, p. 438-448, dec. 2002.
- MARTINS, M. T.; FERREIRA, F. M.; OLIVEIRA, A. C.; PAIVA, S. M.; VALE, M. P.; ALLISON, P. J.; PORDEUS, I. A. Preliminary validation of the Brazilian version of the Child Perceptions Questionnaire 8-10. **European Journal of Paediatric Dentistry**, Belo Horizonte, v.10, n. 3, p. 135-140, set. 2009.
- MONSE, B.; HEINRICH-WELTZIEN, R.; BENZIAN, H.; HOLMGREN, C.; VAN, P.; HELDERMAN W. PUFA--an index of clinical consequences of untreated dental caries. **Community Dent Oral Epidemiol**, Division, v.38, n.1, p.77-82, jan. 2010.
- MUTHÉN LK, MUTHÉN BO. *Mplus (Version 8.6)* [Statistical software]. Los Angeles, CA: Muthén and Muthén, 2021.
- PAHEL, B. T.; ROZIER, R. G.; SLADE, G. D. Parental perceptions of children's oral health: the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). **Health and quality of life outcomes**, Chapel Hill, v.5, n. 6, p. 1-10, jan. 2007.
- PITTS, N. B.; EKSTRAND, K. R.; FOUNDATION, I. *ICCMS™ guide for practitioners and educators*. London: King's College London, 2014.
- PITTS N. "ICDAS"-an international system for caries detection and assessment being developed to facilitate caries epidemiology, research and appropriate clinical management. **Community Dent Health**, v.21, n. 3, p. 193-198, set. 2004.
- SHOAIB, L.; DEERY, C.; RICKETTS, D. N.; NUGENT, Z. J. Validity and reproducibility of ICDAS II in primary teeth. **Caries Res**, v.43, n. 6, p. 442-448, nov. 2009.
- TORRES, C. S.; PAIVA, S.M.; VALE, M. P.; PORDEUS, I. A.; RAMOS-JORGE, M. L.; OLIVEIRA, A. C.; ALLISON, P. J. Psychometric properties of the Brazilian version of the Child Perceptions Questionnaire (CPQ11-14) - short forms. **Health Qual Life Outcomes**, Belo Horizonte, v.7, n. 43, p. 1-7, mai. 2009.

TSAKOS, G. *et al.* Developing a new self-reported scale of oral health outcomes for 5-year-old children (SOHO-5). **Health and quality of life outcomes**, v.10, n. 62, p. 1-8, jun. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Oral health surveys: basic methods**. 3. ed. Geneva: WHO, 1987. 53p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Oral health surveys: basic methods**. 4. ed. Geneva: WHO, 1997. 66p.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Carta De Anuência Escola Estadual Professor Alcino Vieira

CARTA DE AUTORIZAÇÃO DAS ESCOLAS PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO

Eu, Beatriz Lucas Vasconcelos,
na condição de atual responsável pela instituição: Escola Estadual Professor Alcindo Vieira
autorizo a realização do estudo “Versão única do *Child Perceptions Questionnaire* para crianças brasileiras com idade entre 5 e 14 anos” nas dependências desta instituição. Participarão da pesquisa, após devido consentimento dos responsáveis, crianças na faixa etária de 05 a 14 anos. Será necessário o preenchimento do questionário e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos responsáveis. Além disso, as crianças deverão assinar o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), responder ao questionário e serem submetidas ao exame clínico. Em casos de necessidade de tratamento odontológico esses indivíduos serão encaminhados para o atendimento clínico na Clínica de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais. A participação na pesquisa será voluntária e a identidade dos indivíduos será mantida em sigilo. A instituição e os participantes não terão ônus com a pesquisa. A realização deste estudo foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da UFMG e pela Secretaria de Educação do Estado de Minas Gerais.

Belo Horizonte, 26 de Abril de 2023.

Beatriz Lucas Vasconcelos

Assinatura e carimbo do responsável pela instituição co-participante do estudo

“E. E. “PROF. ALCINDO VIEIRA”
ENSINO FUNDAMENTAL
Decreto Estadual nº 9524 de 26/01/06
Portaria nº 362/00 – 221/2021

Pça Bernardo da Veiga, s/nº - Nova Cachoeirinha
31250-340 – Belo Horizonte/MG – (31) 3428-1611
escola.621@educacao.mg.gov.br

Beatriz Lucas Vasconcelos
Vice-Diretora - MASP 1361035-7
Nomeação: MG 02/04/2025

APÊNDICE B – Carta De Anuência Escola Estadual Princesa Isabel Cívico Militar

CARTA DE AUTORIZAÇÃO DAS ESCOLAS PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO

Eu, Rita de Cássia Passos
na condição de atual responsável pela instituição: Escola Estadual Princesa Isabel Cívico Militar
autorizo a realização do estudo “**Versão única do Child Perceptions Questionnaire para crianças brasileiras com idade entre 5 e 14 anos**” nas dependências desta instituição. Participarão da pesquisa, após devido consentimento dos responsáveis, crianças na faixa etária de 05 a 14 anos. Será necessário o preenchimento do questionário e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos responsáveis. Além disso, as crianças deverão assinar o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), responder ao questionário e serem submetidas ao exame clínico. Em casos de necessidade de tratamento odontológico esses indivíduos serão encaminhados para o atendimento clínico na Clínica de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais. A participação na pesquisa será voluntária e a identidade dos indivíduos será mantida em sigilo. A instituição e os participantes não terão ônus com a pesquisa. A realização deste estudo foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da UFMG e pela Secretaria de Educação do Estado de Minas Gerais.

Belo Horizonte, 31 de Maio de 2023.

R. Passos

E. E. Princesa Isabel
Rita de Cássia Passos
MASP.: 321574-6
Vice-Diretora - PEBD3

Assinatura e carimbo do responsável pela instituição co-participante do estudo



APÊNDICE C – Carta De Anuência Escola Municipal Don Orione

APÊNCICE H - CARTA DE AUTORIZAÇÃO DAS ESCOLAS PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO

Eu, Danusa Campos Carvalhaes Reis, na condição de atual responsável pela instituição Escola Municipal Dom Orione autorizo a realização do estudo “Versão única do *Child Perceptions Questionnaire* para crianças brasileiras com idade entre 5 e 14 mos” nas dependências desta instituição. Participarão da pesquisa, após devido consentimento dos responsáveis, crianças na faixa etária de 05 a 14 anos. Será necessário o preenchimento do questionário e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos responsáveis. Além disso, as crianças deverão assinar o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), responder ao questionário e serem submetidas ao exame clínico. Em casos de necessidade de tratamento odontológico esses indivíduos serão encaminhados para o atendimento clínico na Clínica de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais. A participação na pesquisa será voluntária e a identidade dos indivíduos será mantida em sigilo. A instituição e os participantes não terão ônus com a pesquisa. A realização deste estudo foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da UFMG e pela Secretaria de Educação do Estado de Minas Gerais.

Belo Horizonte, 11 de abril de 2024.

Danusa Campos Carvalhaes Reis
 BM 046.707/2022
 Diretora da E. M. Dom Orione
 Nomeação no DOM de 06/01/2022

Assinatura e carimbo do responsável pela instituição co-participante do estudo

ESCOLA MUNICIPAL DOM ORIONE
 Decreto de Criação nº 5905/88
 Decreto de Denominação: Lei 1967/71
 AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO
 ENSINO FUNDAMENTAL
 Portaria SMED nº 940/92 de 17/10/92
 EDUCAÇÃO DE JOVENS E ADULTOS
 Portaria SMED Nº 207/2010 DE 22/12/2010
 Av. Expedicionário Benedito Belém de Lima, 500
 Bairro São Luiz - CEP 31310-040
 Belo Horizonte-MG - Fone (31) 3277-7863 e 3277-7862

APÊNDICE D – Termo de consentimento livre e esclarecido

Estimado pai/responsável, venho por meio deste, convidá-lo a participar da pesquisa **“Versão única do *Child Perceptions Questionnaire* para crianças brasileiras com idade entre 5 e 14 anos”**. Somos pesquisadores do curso de Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais e estamos realizando esta pesquisa cujo objetivo será verificar se a utilização de uma única versão de dois questionários que avaliam o impacto dos problemas bucais na qualidade de vida de crianças brasileiras (*Child Perceptions Questionnaire*) com idade entre 5 e 14 anos é viável.

Assim, estamos visitando escolas públicas de Belo Horizonte - MG, 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, seu filho(a) responderá a um questionário de qualidade de vida e passará por um exame bucal simples, caso o senhor(a) permita. Neste exame será observado se seu(ua) filho(a) apresenta cárie dentária, traumatismo dentário (dentes quebrados) e má oclusão (dentes fora de posição) e esse exame dura cerca de 10 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 risco e desconforto, os quais podem ser representados pelo constrangimento na participação do estudo ou tempo gasto para responder aos questionários de qualidade de vida e ser examinado clinicamente (cerca de 15 minutos). O exame será realizado por três pesquisadores, que usarão avental, óculos, gorro, máscara e luvas descartáveis. Este exame será realizado na própria escolar da criança. Tanto o preenchimento do questionário quanto o exame clínico, quando realizados nas escolas ou nas clínicas serão realizados sem causar prejuízo na participação do seu filho(a) nas aulas, nas disciplinas ou no atendimento odontológico, pois o horário de realização será previamente combinado com os diretores de sua escola ou clínica. O(a) senhor(a) será informado caso seu(ua) filho(a) precise de tratamento odontológico. Caso ele(a) necessite de tratamento, encaminharemos o mesmo para as clínicas odontológicas da Faculdade de Odontologia da UFMG de acordo com a necessidade que apresente. Se ele(a) já estiver sendo atendido na clínica odontológica da Faculdade de Odontologia da UFMG, o tratamento será feito de acordo com o que ele(a) precisar.

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.

Atenciosamente,
Raquel Gonçalves Vieira de Andrade (Telefone: 38 99958-2301).

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

Nome do participante: _____

Documento (CI): _____

Belo Horizonte, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador Responsável

APÊNDICE E – Termo de assentimento livre e esclarecido para crianças 5-9 anos

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Olá, criança! Você está sendo convidado para participar da pesquisa "Versão única do Child Perceptions Questionnaire para crianças brasileiras com idade entre 5 e 14 anos". Essa pesquisa é feita pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), que é uma escola de gente grande.

Seus pais deixaram você participar. Queremos descobrir se dois testes que avaliam o bem estar da sua vida e a saúde da sua boca podem ser trocados por um único teste.

Você não precisa participar da pesquisa se não quiser e não terá nenhum problema se desistir. Vai ser bem rápido e não vai atrapalhar você a estudar.



A pesquisa será feita em várias escolas de Belo Horizonte-MG e também na nossa escola (UFMG). Nós vamos te entregar um teste que você vai ler e responder às perguntas do jeito que você se sente sobre seus dentes e sua boca. Vamos também olhar sua boca e seus dentes. Vamos ver se você tem cárie, dentes quebrados e dentes tortos.

Para isso, vamos secar seus dentes com um paninho e vamos ver cada um deles com um espelho bem pequeno de dentista. Os dentistas usarão luvas, máscara, touca e óculos.



Sabemos que pode ser a primeira vez que você participa de uma pesquisa e que pode sentir vergonha e cansaço para responder às perguntas ou incômodo quando formos olhar a sua boca. Então, o teste não terá o seu nome e vai ser curto e rápido (cerca de 10 minutos). Vamos gastar 5 minutos para olhar sua boca e se você não gostar, é só avisar que a gente para. Se tiver um bichinho (bactéria) estragando seus dentes, vamos falar com seus pais para te levarem na nossa escola (UFMG). Você não será prejudicado com suas aulas nem com seu tratamento na clínica. Se você já tiver ido lá antes, continuaremos cuidando dos seus dentes. Caso você ou alguém da sua família queira saber mais sobre a pesquisa, pode nos procurar pelos telefones (38) 99958-2301 ou ainda pelo e-mail raquelvieira.andrade@gmail.com da professora e pesquisadora principal Raquel Gonçalves Vieira de Andrade.



Ninguém vai saber que você está participando da pesquisa; não vamos contar para ninguém. O que a gente encontrar na pesquisa vai ser publicado em trabalhos que a gente apresenta na nossa e em outras escolas, mas sem falar seu nome. Ao assinar esse papel, você aceita participar deste teste e que a gente olhe sua boca e o que você respondeu.

Se, mesmo assim, ainda houver dúvidas quanto às questões éticas, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, na Av. Antônio Carlos, 6627, Unidade Administrativa II, 2º andar, sala 2005, campus Pampulha, Belo Horizonte, MG, Brasil. CEP: 31270-901. Telefone: 3409-4592. E-mail: coep@prpq.ufmg.br.

DECLARAÇÃO DE ASSENTIMENTO

MEU NOME É _____

O RESPONSÁVEL POR MIM SE CHAMA _____

EU SOU SUJEITO DE DIRETOS E POR ISSO QUERO PARTICIPAR DESTA PESQUISA.

(ASSINATURA DA CRIANÇA)



(POLEGAR DIREITO)

Assinatura do Pesquisador responsável

APÊNDICE F – Termo de assentimento livre e esclarecido para crianças e adolescentes 15-18 anos

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “**Versão única do *Child Perceptions Questionnaire* para crianças brasileiras com idade entre 5 e 14 anos**”. Seus pais permitiram que você participe. Queremos verificar se dois questionários que avaliam a qualidade de vida relacionada à sua saúde bucal podem ser substituídos por um único questionário.

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

A pesquisa será feita em escolas públicas e particulares de Belo Horizonte-MG, bem como 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 de seus dentes. Neste exame será observado se você apresenta cárie dentária, dentes quebrados e dentes tortos. Para isso, vamos secar seus dentes com gaze e vamos ver cada um deles 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, além de algum incômodo durante o exame da sua boca. 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. Tanto o preenchimento do questionário quanto o exame clínico, quando realizados nas escolas ou nas clínicas serão realizados sem causar prejuízo na sua participação nas aulas, nas disciplinas ou no seu atendimento, pois o horário de realização será previamente combinado com os diretores de sua escola ou clínica. Caso você necessite de tratamento te encaminharemos para as clínicas odontológicas da Faculdade de Odontologia da UFMG de acordo com a sua necessidade. Se você já estiver sendo atendido na clínica odontológica da Faculdade de Odontologia da UFMG, 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 (38) 99958-2301 e ou ainda pelo e-mail raquelvieira.andrade@gmail.com da professora e pesquisadora principal Raquel Gonçalves Vieira de Andrade.

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.

Se, mesmo assim, ainda houver dúvidas quanto às questões éticas, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, na Av. Antônio Carlos, 6627, Unidade Administrativa II, 2º andar, sala 2005, campus Pampulha, Belo Horizonte, MG, Brasil. CEP: 31270-901. Telefone: 3409-4592. E-mail: coep@prpq.ufmg.br

CONSENTIMENTO PÓS INFORMADO

Eu, _____ aceito participar da pesquisa **“Versão única do *Child Perceptions Questionnaire* para crianças brasileiras com idade entre 5 e 14 anos”**. Entendi que posso dizer “sim” e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer “não” e desistir e que ninguém vai ficar furioso. 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)

APÊNDICE G – FORMULÁRIO

Número da ficha: _____

Data: _____

Formulário 1 – Identificação

Nome da criança _____

Idade: _____ anos _____ meses

Gênero: () Masculino () Feminino

Mãe: _____ Idade atual da mãe: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Tel. _____

Formulário 2 – Questionário sócioeconômico

1- Estado civil da mãe ou responsável:

() solteiro; () casado; () divorciado; () viúvo; () outro

2- Nível de escolaridade da mãe:

() Nenhum; () Ensino fundamental incompleto até a 4ª série; () Ensino fundamental incompleto após a 4ª série; () Ensino fundamental completo; () Ensino médio incompleto; () Ensino médio completo; () Ensino superior incompleto; () Ensino superior completo; () Pós-graduação; () Desconheço

3- Nível de escolaridade do pai:

() Nenhum; () Ensino fundamental incompleto até a 4ª série; () Ensino fundamental incompleto após a 4ª série; () Ensino fundamental completo; () Ensino médio incompleto; () Ensino médio completo; () Ensino superior incompleto; () Ensino superior completo; () Pós-graduação; () Desconheço

4- Ocupação da mãe:

() Empregada; () Desempregada

5- Ocupação do pai:

() Empregado; () Desempregado

6- Qual é a renda mensal de seu grupo familiar?

() menos de um salário mínimo; () de um a menos de dois salários mínimos; () de dois a menos de três salários mínimos; () de três a menos de quatro salários mínimos () de quatro a menos de cinco salários mínimos () de cinco a menos de dez salários mínimos; () acima de quinze salários mínimos

7- Número de filhos:

() Um; () Dois; () Três; () Quatro; () Cinco; () Mais de cinco

8- Quantas pessoas, incluindo você próprio, vivem da renda mensal do seu grupo familiar?
() Uma; () Duas ou três; () Quatro ou cinco; () Seis ou sete; () Oito ou nove; () Dez ou mais

9- Com quem a criança passa a maior parte do dia? (cuidador principal)

10- Seu filho apresenta algum problema de saúde? () Sim; () Não

Qual? _____

APÊNDICE H – Versão única do *Child Perception Questionnaire para crianças de 5 a 14 anos (CPQ5-14)*

Data da Entrevista: ____/____/____

Perguntas Globais:

A. Você é um menino ou uma menina?

- Menino Menina

B. Quantos anos você tem? _____

C. Você acha que os seus dentes e a sua boca são:

- Muito bons Bons Mais ou menos Ruins

D. Quanto os seus dentes ou a sua boca te incomodam?

- Não incomodam Quase nada Um pouco Muito

Perguntas sobre a saúde bucal:

1. No último mês, quantas vezes você sentiu dor de dentes ou dor na boca?

- Nenhuma vez Uma ou duas vezes Às vezes Muitas vezes
 Todos os dias ou quase todos os dias

2. No último mês, quantas vezes você teve feridas na sua boca?

- Nenhuma vez Uma ou duas vezes Às vezes Muitas vezes
 Todos os dias ou quase todos os dias

3. No último mês, quantas vezes você sentiu dor nos seus dentes quando comeu alguma coisa ou bebeu alguma coisa quente ou fria?

- Nenhuma vez Uma ou duas vezes Às vezes Muitas vezes
 Todos os dias ou quase todos os dias

4. No último mês, quantas vezes a comida ficou agarrada em seus dentes?

- Nenhuma vez Uma ou duas vezes Às vezes Muitas vezes
 Todos os dias ou quase todos os dias

5. No último mês, quantas vezes você ficou com cheiro ruim na sua boca?

- Nenhuma vez Uma ou duas vezes Às vezes Muitas vezes
 Todos os dias ou quase todos os dias

6. No último mês, quantas vezes você gastou mais tempo do que os outros para comer sua comida por causa de seus dentes ou de sua boca?

- Nenhuma vez Uma ou duas vezes Às vezes Muitas vezes
 Todos os dias ou quase todos os dias

7. No último mês, quantas vezes você teve dificuldade para morder ou mastigar comidas mais duras como: maçã, pão, milho ou carne, por causa de seus dentes ou de sua boca?

- Nenhuma vez Uma ou duas vezes Às vezes Muitas vezes
 Todos os dias ou quase todos os dias

8. No último mês, quantas vezes foi difícil para você comer o que você queria por causa dos seus dentes ou de sua boca?

- Nenhuma vez Uma ou duas vezes Às vezes Muitas vezes
 Todos os dias ou quase todos os dias

9. No último mês, quantas vezes você teve problemas para falar por causa dos seus dentes ou de sua boca?

- Nenhuma vez Uma ou duas vezes Às vezes Muitas vezes
 Todos os dias ou quase todos os dias

10. No último mês, quantas vezes você teve problemas para dormir à noite por causa dos seus dentes ou de sua boca?

- Nenhuma vez Uma ou duas vezes Às vezes Muitas vezes
 Todos os dias ou quase todos os dias

11. No último mês, quantas vezes você ficou chateado por causa dos seus dentes ou de sua boca?

- Nenhuma vez Uma ou duas vezes Às vezes Muitas vezes
 Todos os dias ou quase todos os dias

12. No último mês, quantas vezes você se sentiu triste por causa dos seus dentes ou de sua boca?

- Nenhuma vez Uma ou duas vezes Às vezes Muitas vezes
 Todos os dias ou quase todos os dias

13. No último mês, quantas vezes você se sentiu irritado ou frustrado por causa dos seus dentes ou de sua boca?

- Nenhuma vez Uma ou duas vezes Às vezes Muitas vezes
 Todos os dias ou quase todos os dias

14. No último mês, quantas vezes você ficou com vergonha por causa dos seus dentes ou de sua boca?

- Nenhuma vez Uma ou duas vezes Às vezes Muitas vezes
 Todos os dias ou quase todos os dias

15. No último mês, quantas vezes você ficou preocupado com o que as pessoas pensam sobre seus dentes ou sua boca?

- Nenhuma vez Uma ou duas vezes Às vezes Muitas vezes
 Todos os dias ou quase todos os dias

16. No último mês, quantas vezes você achou que você não era tão bonito quanto outras pessoas por causa dos seus dentes ou de sua boca?

- Nenhuma vez Uma ou duas vezes Às vezes Muitas vezes

Todos os dias ou quase todos os dias

17. No último mês, quantas vezes você faltou à aula por causa dos seus dentes ou de sua boca?

Nenhuma vez Uma ou duas vezes Às vezes Muitas vezes
 Todos os dias ou quase todos os dias

18. No último mês, quantas vezes você teve problemas para fazer seu dever de casa por causa dos seus dentes ou de sua boca?

Nenhuma vez Uma ou duas vezes Às vezes Muitas vezes
 Todos os dias ou quase todos os dias

19. No último mês, quantas vezes você teve dificuldade para prestar atenção na aula por causa dos seus dentes ou de sua boca?

Nenhuma vez Uma ou duas vezes Às vezes Muitas vezes
 Todos os dias ou quase todos os dias

20. No último mês, quantas vezes você não quis falar ou ler em voz alta na sala de aula por causa dos seus dentes ou de sua boca?

Nenhuma vez Uma ou duas vezes Às vezes Muitas vezes
 Todos os dias ou quase todos os dias

21. No último mês, quantas vezes você deixou de sorrir ou dar risadas quando estava junto de outras crianças por causa dos seus dentes ou de sua boca?

Nenhuma vez Uma ou duas vezes Às vezes Muitas vezes
 Todos os dias ou quase todos os dias

22. No último mês, quantas vezes você não quis falar com outras crianças por causa dos seus dentes ou de sua boca?

Nenhuma vez Uma ou duas vezes Às vezes Muitas vezes
 Todos os dias ou quase todos os dias

23. No último mês, quantas vezes você não quis ficar perto de outras crianças por causa dos seus dentes ou de sua boca?

Nenhuma vez Uma ou duas vezes Às vezes Muitas vezes
 Todos os dias ou quase todos os dias

24. No último mês, quantas vezes você ficou de fora de jogos e brincadeiras por causa dos seus dentes ou de sua boca?

Nenhuma vez Uma ou duas vezes Às vezes Muitas vezes
 Todos os dias ou quase todos os dias

25. No último mês, quantas vezes outras crianças fizeram gozação ou colocaram apelidos em você por causa dos seus dentes ou de sua boca?

Nenhuma vez Uma ou duas vezes Às vezes Muitas vezes
 Todos os dias ou quase todos os dias

26. No último mês, quantas vezes outras crianças fizeram perguntas para você sobre seus dentes ou sua boca?

- Nenhuma vez Uma ou duas vezes Às vezes Muitas vezes
 Todos os dias ou quase todos os dias

27. No último mês, quantas vezes você discutiu com outras crianças ou pessoas de sua família por causa dos seus dentes ou de sua boca?

- Nenhuma vez Uma ou duas vezes Às vezes Muitas vezes
 Todos os dias ou quase todos os dias

APÊNDICE I – FICHA DE EXAME CLÍNICO

Nome da

Criança: _____

Data de Nascimento: ___/___/___ Sexo: () Masculino () Feminino Idade em anos: _____

Local do Estudo: _____ Data do exame: ___/___/___

ICDAS-II – Lesões de Cárie Dentária

Código do Dente	17	16	15/55	14/54	13/53	12/52	11/51	21/61	22/62	23/63	24/64	25/65	26	27
	Mesial													
Oclusal														
Distal														
Vestibular														
Lingual														
Código do Dente	47	46	45/85	44/84	43/83	42/82	41/81	31/71	32/72	33/73	34/74	35/75	36	37
Mesial														
Oclusal														
Distal														
Vestibular														
Lingual														

Código ICDAS - II

- 0 – Hígido
- 2 – não cavitada (seca ou úmida)
- 3 – ruptura localizada no esmalte
- 4 – sombra cinzenta de dentina
- 5- cavidade com dentina visível
- 6- cavidade extensa

Código Dental

- S – Saudável
- U- Não erupcionado
- E – Exfoliado
- X – Perdido por cárie
- T – Perdido por trauma
- R - Resto radicular
- N - Não aplicável
- C – Cariado
- P – Exposição pulpar
- F - Fistula

Código Restauração

- 1 – Selante parcial
- 2 – Selante completo
- 3 – Restauração da cor do dente
- 4 – amálgama
- 5- Coroa de aço
- 6- Coroa de ouro
- 7 – Restauração perdida
- 8 – Restauração temporária
- 9 - Outras

Código de atividade

- 0 – Inativo
- 1 - Ativo

ANEXOS

ANEXO A - Aprovação COEP-UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VERSÃO ÚNICA DO CHILD PERCEPTIONS QUESTIONNAIRE PARA CRIANÇAS BRASILEIRAS COM IDADE ENTRE 5 E 14 ANOS

Pesquisador: Raquel Gonçalves Vieira de Andrade

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 12221419.8.0000.5149

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.564.882

Apresentação do Projeto:

Na Odontologia, as medidas de qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB) fornecem informações para avaliar as necessidades de tratamento, tomada de decisões clínicas e avaliar as intervenções, serviços e programas de saúde. As duas medidas mais comuns usadas para examinar a QVRSB de crianças brasileiras atualmente são o Child Perception Questionnaire em duas idades, 8-10 e a versão curta de 11-14 (CPQ8-10, versão curta do CPQ11-14). Um estudo realizado na Nova Zelândia verificou que crianças a partir dos 5 anos de idade são capazes de responder satisfatoriamente a esses dois tipos de instrumentos.

Este estudo epidemiológico transversal, cujo objetivo será verificar a validade e a confiabilidade de uma única versão do Child Perceptions Questionnaire (CPQ8-10 e da versão curta do CPQ11-14) em crianças brasileiras de 5 a 14 anos de idade e determinar se a utilização de um único instrumento para crianças nessa faixa etária é viável. O estudo será realizado com uma amostra de conveniência de 405 crianças de 5 a 14 anos provenientes de uma escola pública, uma escola privada e de um centro de referência no atendimento clínico odontológico infantil de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

Será selecionada uma amostra de conveniência de 405 crianças de 5 a 14 anos dividida em três grupos com o mesmo número de participantes:

- 1)GRUPO 1: 135 crianças oriundas de escolas públicas;
- 2)GRUPO 2: 135 crianças oriundas de escolas privadas;

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

Continuação do Parecer: 3.564.882

3)GRUPO 3: 135 crianças de um centro de referência no atendimento clínico odontológico infantil. A proporção em cada um dos grupos também será mantida para as faixas etárias de 5 a 7 anos (n=45), 8 a 10 anos (n=45) e 11 a 14 anos (n=45).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral

O objetivo do presente estudo será verificar a validade e a confiabilidade de uma única versão do Child Perceptions Questionnaire (CPQ8-10 e versão curta do CPQ11-14) em crianças brasileiras de 5 a 14 anos de idade e determinar se a utilização de um único instrumento para para esta faixa etária é viável.

Objetivos Específicos

- Avaliar o impacto da cárie dentária na qualidade de vida de crianças de 5 a 14 anos.
- Avaliar o impacto dos traumatismos dentários na qualidade de vida de crianças de 5 a 14 anos.
- Avaliar o impacto das más oclusões na qualidade de vida de crianças de 5 a 14 anos.
- Avaliar o impacto das condições bucais na qualidade de vida de crianças de 5 a 14 anos provenientes de diferentes locais (escolas públicas, escolas privadas e clínicas odontopediátricas).
- Avaliar se uma única versão do Child Perceptions Questionnaire (CPQ8-10 e versão curta do CPQ11-14) para crianças brasileiras de 5 a 14 anos de idade possui validade e confiabilidade.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os possíveis riscos advindos da pesquisa podem estar relacionados à possíveis constrangimentos e cansaço ou desconfortos durante à aplicação dos questionários ou durante a realização dos exames clínicos bucais. Visando minimizar os riscos, no momento da aplicação dos questionários, todas as possíveis dúvidas dos participantes serão discutidas, além de ser garantida a confidencialidade e sigilo das respostas. Para tal, os questionários serão aplicados individualmente em sala previamente reservada pelos pesquisadores. Os participantes serão informados ainda de que todos os questionários serão codificados e o nome dos mesmos não constará nestes instrumentos de coleta de dados. Além disso, os termos de consentimento e assentimento seguirão em duas vias informando o objetivo e metodologia da pesquisa, com espaço para assinaturas e com o telefone do orientador da pesquisa, bem como do COEP para que futuras dúvidas possam ser esclarecidas. Para diminuir o risco de cansaço, a aplicação do questionário será rápida (cerca de 10 minutos) e a realização do exame bucal durará cerca de 5 minutos.

Benefícios:

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

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 3.564.882

Por outro lado, os benefícios adquiridos estão relacionados ao encaminhamento das crianças que necessitem de tratamento odontológico para serviço especializado de acordo com a necessidade, além do desenvolvimento de atividades de promoção de saúde bucal que serão realizadas após o término da coleta de dados nos locais envolvidos na pesquisa. Caso o participante já esteja sendo atendido na clínica odontológica da Faculdade de Odontologia da UFMG, o tratamento será feito de acordo com a necessidade mais urgente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto tem sua relevância pois verificará a validade e a confiabilidade de uma única versão de um questionário de qualidade de vida para as crianças brasileiras de 06 a 14 anos. A pesquisa se dará em uma escola particular, em uma escola pública e com os pacientes da Faculdade de Odontologia.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados foram: PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1313374.pdf; PROJETO_CPQ5_14.pdf; Carta_resposta_COEP.pdf; Duas_Versoes_Termos_Assentimento.pdf; TCLE.pdf

Na carta resposta ao Coep o pesquisador respondeu e atendeu as solicitações:

1) No TALE, não está relatado que caso o participante tenha dúvidas quanto as questões éticas da pesquisa, deve-se procurar o COMITÊ DE ÉTICA. Foi acrescentado: "...Se, mesmo assim, ainda houver dúvidas quanto às questões éticas, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, na Av. Antônio Carlos, 6627, Unidade Administrativa II, 2º andar, sala 2005, campus Pampulha, Belo Horizonte, MG, Brasil. CEP: 31270-901. Telefone: 3409-4592. E-mail: coep@prpq.ufmg.br".

2) Além disso, não está previsto no TCLE e no TALE em qual momento as crianças da escola particular e da escola pública responderão ao questionário e serão examinadas clinicamente sem prejuízo das aulas e dos conteúdos das disciplinas: Tanto o preenchimento do questionário quanto o exame clínico, quando realizados nas escolas ou nas clínicas serão realizados sem causar prejuízo na sua participação nas aulas, nas disciplinas ou no seu atendimento, pois o horário de realização será previamente combinado com os diretores de sua escola ou da clínica.

4) Foi acrescentado no TALE Se, mesmo assim, ainda houver dúvidas quanto às questões éticas, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, na Av. Antônio

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

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 3.564.882

Carlos, 6627, Unidade Administrativa II, 2º andar, sala 2005, campus Pampulha, Belo Horizonte, MG, Brasil.
CEP: 31270-901. Telefone: 3409-4592. E-mail: coep@prpq.ufmg.br.

5) Além disso, deve esclarecer aos participantes da escola particular e da escola pública e aos seus respectivos pais como será a realizado o preenchimento do questionário e o exame clínico sem causar prejuízo na participação dos crianças em relação as suas aulas e as disciplinas: Tanto o preenchimento do questionário quanto o exame clínico, quando realizados nas escolas ou nas clínicas serão realizados sem causar prejuízo na sua participação nas aulas, nas disciplinas ou no seu atendimento, pois o horário de realização será previamente combinado com os diretores de sua escola ou da clínica....”

5) Foram elaborados duas versões de Tale: para menores alfabetizados até 9 anos de idade e outro de 10 a 14 anos.

Recomendações:

Recomendamos aprovação do projeto

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Somos favoráveis à aprovação do projeto VERSÃO ÚNICA DO CHILD PERCEPTIONS QUESTIONNAIRE PARA CRIANÇAS BRASILEIRAS COM IDADE ENTRE 5 E 14 ANOS da professora Raquel Gonçalves Vieira de Andrade.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1313374.pdf	02/07/2019 23:11:55		Aceito
Projeto Detalhado	PROJETO_CPQ5_14.pdf	02/07/2019	Raquel Gonçalves	Aceito

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Sl 2005
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 3.564.882

/ Brochura Investigador	PROJETO_CPQ5_14.pdf	23:11:24	Vieira de Andrade	Aceito
Outros	Carta_resposta_COEP.pdf	02/07/2019 23:07:10	Raquel Gonçalves Vieira de Andrade	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Duas_Versoes_Termos_Assentimento.pdf	02/07/2019 23:06:01	Raquel Gonçalves Vieira de Andrade	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	02/07/2019 23:05:12	Raquel Gonçalves Vieira de Andrade	Aceito
Outros	Aprovacao_camara_departmental.pdf	09/04/2019 16:58:44	Raquel Gonçalves Vieira de Andrade	Aceito
Orçamento	orcamento_detalhado.pdf	09/04/2019 16:32:57	Raquel Gonçalves Vieira de Andrade	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_ATIVIDADES.pdf	09/04/2019 15:22:35	Raquel Gonçalves Vieira de Andrade	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_Escola_Privada.pdf	09/04/2019 15:17:48	Raquel Gonçalves Vieira de Andrade	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_Escola_Publica.pdf	09/04/2019 15:17:27	Raquel Gonçalves Vieira de Andrade	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_FAO_ufmg.pdf	09/04/2019 15:17:08	Raquel Gonçalves Vieira de Andrade	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_Pesquisador.pdf	09/04/2019 14:51:23	Raquel Gonçalves Vieira de Andrade	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	17/03/2019 18:37:46	Raquel Gonçalves Vieira de Andrade	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 10 de Setembro de 2019

Assinado por:

Eliane Cristina de Freitas Rocha
(Coordenador(a))

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

**ANEXO B – Versão brasileira do *Child Perception Questionnaire* para crianças
de 8 a 10 anos (CPQ8-10)**

(Martins *et al.*,2009)

Nome da

Criança: _____

Data da Entrevista: ____/____/____

1. Você é um menino ou uma menina?

- Menino Menina

2. Quantos anos você tem? _____

3. Você acha que os seus dentes e a sua boca são:

- Muito bons Bons Mais ou menos Ruins

4. Quanto os seus dentes ou a sua boca te incomodam?

- Não incomodam Quase nada Um pouco Muito

5. No último mês, quantas vezes você sentiu dor de dentes ou dor na boca?

- Nenhuma vez Uma ou duas vezes Às vezes Muitas vezes
 Todos os dias ou quase todos os dias

6. No último mês, quantas vezes você teve feridas na sua boca?

- Nenhuma vez Uma ou duas vezes Às vezes Muitas vezes
 Todos os dias ou quase todos os dias

7. No último mês, quantas vezes você sentiu dor nos seus dentes quando comeu alguma coisa ou bebeu alguma coisa gelada?

- Nenhuma vez Uma ou duas vezes Às vezes Muitas vezes
 Todos os dias ou quase todos os dias

8. No último mês, quantas vezes a comida ficou agarrada em seus dentes?

- Nenhuma vez Uma ou duas vezes Às vezes Muitas vezes
 Todos os dias ou quase todos os dias

9. No último mês, quantas vezes você ficou com cheiro ruim na sua boca?

- Nenhuma vez Uma ou duas vezes Às vezes Muitas vezes
 Todos os dias ou quase todos os dias

10. No último mês, quantas vezes você gastou mais tempo do que os outros para comer sua comida por causa de seus dentes ou de sua boca?

- Nenhuma vez Uma ou duas vezes Às vezes Muitas vezes
 Todos os dias ou quase todos os dias

11. No último mês, quantas vezes você teve dificuldade para morder ou mastigar comidas mais duras como: maçã, pão, milho ou carne, por causa de seus dentes ou de sua boca?

- Nenhuma vez Uma ou duas vezes Às vezes Muitas vezes
 Todos os dias ou quase todos os dias

12. No último mês, quantas vezes foi difícil para você comer o que você queria por causa dos seus dentes ou de sua boca?

- Nenhuma vez Uma ou duas vezes Às vezes Muitas vezes
 Todos os dias ou quase todos os dias

13. No último mês, quantas vezes você teve problemas para falar por causa dos seus dentes ou de sua boca?

- Nenhuma vez Uma ou duas vezes Às vezes Muitas vezes
 Todos os dias ou quase todos os dias

14. No último mês, quantas vezes você teve problemas para dormir à noite por causa dos seus dentes ou de sua boca?

- Nenhuma vez Uma ou duas vezes Às vezes Muitas vezes
 Todos os dias ou quase todos os dias

15. No último mês, quantas vezes você ficou chateado por causa dos seus dentes ou de sua boca?

- Nenhuma vez Uma ou duas vezes Às vezes Muitas vezes
 Todos os dias ou quase todos os dias

16. No último mês, quantas vezes você se sentiu triste por causa dos seus dentes ou de sua boca?

- Nenhuma vez Uma ou duas vezes Às vezes Muitas vezes
 Todos os dias ou quase todos os dias

17. No último mês, quantas vezes você ficou com vergonha por causa dos seus dentes ou de sua boca?

- Nenhuma vez Uma ou duas vezes Às vezes Muitas vezes
 Todos os dias ou quase todos os dias

18. No último mês, quantas vezes você ficou preocupado com o que as pessoas pensam sobre seus dentes ou sua boca?

- Nenhuma vez Uma ou duas vezes Às vezes Muitas vezes
 Todos os dias ou quase todos os dias

19. No último mês, quantas vezes você achou que você não era tão bonito quanto outras pessoas por causa dos seus dentes ou de sua boca?

- Nenhuma vez Uma ou duas vezes Às vezes Muitas vezes
 Todos os dias ou quase todos os dias

20. No último mês, quantas vezes você faltou à aula por causa dos seus dentes ou de sua boca?

- Nenhuma vez Uma ou duas vezes Às vezes Muitas vezes
 Todos os dias ou quase todos os dias

21. No último mês, quantas vezes você teve problemas para fazer seu dever de casa por causa dos seus dentes ou de sua boca?

- Nenhuma vez Uma ou duas vezes Às vezes Muitas vezes
 Todos os dias ou quase todos os dias

22. No último mês, quantas vezes você teve dificuldade para prestar atenção na aula por causa dos seus dentes ou de sua boca?

- Nenhuma vez Uma ou duas vezes Às vezes Muitas vezes
 Todos os dias ou quase todos os dias

23. No último mês, quantas vezes você não quis falar ou ler em voz alta na sala de aula por causa dos seus dentes ou de sua boca?

- Nenhuma vez Uma ou duas vezes Às vezes Muitas vezes
 Todos os dias ou quase todos os dias

24. No último mês, quantas vezes você deixou de sorrir ou dar risadas quando estava junto de outras crianças por causa dos seus dentes ou de sua boca?

- Nenhuma vez Uma ou duas vezes Às vezes Muitas vezes
 Todos os dias ou quase todos os dias

25. No último mês, quantas vezes você não quis falar com outras crianças por causa dos seus dentes ou de sua boca?

- Nenhuma vez Uma ou duas vezes Às vezes Muitas vezes
 Todos os dias ou quase todos os dias

26. No último mês, quantas vezes você não quis ficar perto de outras crianças por causa dos seus dentes ou de sua boca?

- Nenhuma vez Uma ou duas vezes Às vezes Muitas vezes
 Todos os dias ou quase todos os dias

27. No último mês, quantas vezes você ficou de fora de jogos e brincadeiras por causa dos seus dentes ou de sua boca?

- Nenhuma vez Uma ou duas vezes Às vezes Muitas vezes
 Todos os dias ou quase todos os dias

28. No último mês, quantas vezes outras crianças fizeram gozação ou colocaram apelidos em você por causa dos seus dentes ou de sua boca?

- Nenhuma vez Uma ou duas vezes Às vezes Muitas vezes
 Todos os dias ou quase todos os dias

29. No último mês, quantas vezes outras crianças fizeram perguntas para você sobre seus dentes ou sua boca?

- Nenhuma vez Uma ou duas vezes Às vezes Muitas vezes
 Todos os dias ou quase todos os dias

ANEXO C - VERSÃO BRASILEIRA DO ISF:16 QUESTIONÁRIO DE SAÚDE BUCAL

(Torres *et al.*, 2009)

Oi. Obrigado (a) por nos ajudar em nosso estudo.

Este estudo está sendo realizado para compreender melhor os problemas causados por seus dentes, boca, lábios e maxilares. Respondendo a estas questões, você nos ajudará a aprender mais sobre as experiências de pessoas jovens.

POR FAVOR, LEMBRE-SE:

- Não escreva seu nome no questionário;
- Isto não é uma prova e não existem respostas certas ou erradas;
- Responda sinceramente o que você puder. Não fale com ninguém sobre as perguntas enquanto você estiver respondendo-as. Suas respostas são sigilosas, ninguém irá vê-las;
- Leia cada questão cuidadosamente e pense em suas experiências nos últimos 3 meses quando você for respondê-las.
- Antes de você responder, pergunte a si mesmo: “Isto acontece comigo devido a problemas com meus dentes, lábios, boca ou maxilares?”
- Coloque um (X) no espaço da resposta que corresponde melhor à sua experiência.

Data: _____/_____/_____.

INICIALMENTE, ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE VOCÊ

Sexo: () Masculino () Feminino

Data de nascimento: _____/_____/_____

Você diria que a saúde de seus dentes, lábios, maxilares e boca é:

() Excelente () Muito boa () Boa () Regular () Ruim

Até que ponto a condição dos seus dentes, lábios, maxilares e boca afetam sua vida em geral?

() De jeito nenhum () Um pouco () Moderadamente () Bastante
() MUITÍSSIMO

PERGUNTAS SOBRE PROBLEMAS BUCAIS

Nos últimos 3 meses, com que frequência você teve?

1. Dor nos seus dentes, lábios, maxilares ou boca?
() Nunca () Uma ou duas vezes () Algumas vezes () Frequentemente () Todos os dias ou quase todos os dias

2. Feridas na boca? () Nunca () Uma ou duas vezes () Algumas vezes () Frequentemente () Todos os dias ou quase todos os dias

3. Mau hálito? () Nunca () Uma ou duas vezes () Algumas vezes () Frequentemente () Todos os dias ou quase todos os dias

4. Restos de alimentos presos dentro ou entre os seus dentes? () Nunca () Uma ou duas vezes () Algumas vezes () Frequentemente () Todos os dias ou quase todos os dias Para as perguntas seguintes... Isso aconteceu por causa de seus dentes, lábios, maxilares e boca? Nos últimos 3 meses, com que frequência você:

5. Demorou mais que os outros para terminar sua refeição? () Nunca () Uma ou duas vezes () Algumas vezes () Frequentemente () Todos os dias ou quase todos os dias Nos últimos 3 meses, por causa dos seus dentes, lábios, boca e maxilares, com que frequência você teve:

6. Dificuldade para morder ou mastigar alimentos como maçãs, espiga de milho ou carne? () Nunca () Uma ou duas vezes () Algumas vezes () Frequentemente () Todos os dias ou quase todos os dias

7. Dificuldades para dizer algumas palavras? () Nunca () Uma ou duas vezes () Algumas vezes () Frequentemente () Todos os dias ou quase todos os dias

8. Dificuldades para beber ou comer alimentos quentes ou frios? () Nunca () Uma ou duas vezes () Algumas vezes () Frequentemente () Todos os dias ou quase todos os dias

PERGUNTAS SOBRE SENTIMENTOS E/OU SENSATÕES

Você já experimentou esse sentimento por causa de seus dentes, lábios, maxilares ou boca? Se você se sentiu desta maneira por outro motivo, responda “nunca”.

9. Ficou irritado (a) ou frustrado (a)? () Nunca () Uma ou duas vezes () Algumas vezes () Frequentemente () Todos os dias ou quase todos os dias

10. Ficou tímido, constrangido ou com vergonha? () Nunca () Uma ou duas vezes () Algumas vezes () Frequentemente () Todos os dias ou quase todos os dias

11. Ficou chateado? () Nunca () Uma ou duas vezes () Algumas vezes () Frequentemente () Todos os dias ou quase todos os dias

12. Ficou preocupado com o que as outras pessoas pensam sobre seus dentes, lábios, boca ou maxilares? () Nunca () Uma ou duas vezes () Algumas vezes () Frequentemente () Todos os dias ou quase todos os dias

PERGUNTAS SOBRE SUAS ATIVIDADES EM SEU TEMPO LIVRE E NA COMPANHIA DE OUTRAS PESSOAS

Você já teve estas experiências por causa dos seus dentes, lábios, maxilares ou boca? Se for por outro motivo, responda “nunca”.

Nos últimos 3 meses, com que frequência você:

13. Evitou sorrir ou dar risadas quando está com outras crianças? () Nunca () Uma ou duas vezes () Algumas vezes () Frequentemente () Todos os dias ou quase todos os dias

14. Discutiu com outras crianças ou pessoas de sua família? () Nunca () Uma ou duas vezes () Algumas vezes () Frequentemente () Todos os dias ou quase

todos os dias Nos últimos 3 meses, por causa de seus dentes, lábios, boca ou maxilares, com que frequência:

15. Outras crianças lhe aborreceram ou lhe chamaram por apelidos? () Nunca () Uma ou duas vezes () Algumas vezes () Frequentemente () Todos os dias ou quase todos os dias

16. Outras crianças lhe fizeram perguntas sobre seus dentes, lábios, maxilares e boca? () Nunca () Uma ou duas vezes () Algumas vezes () Frequentemente () Todos os dias ou quase todos os dias

PRONTO, TERMINOU! Mais uma coisinha: para saber se este questionário foi bom para nos fornecer as informações de que precisamos, gostaríamos que um grupo de crianças o respondesse novamente. Você estaria disposto a ajudar a responder outro questionário em breve?

() Sim () Não

OBRIGADO POR NOS AJUDAR!

ANEXO D - Instrução aos autores da revista científica *Community Dentistry & Oral Epidemiology*

Author Guidelines

Community Dentistry & Oral Epidemiology now offers [Free Format submission](#) for a simplified and streamlined submission process; [More details here](#)

Content of Author Guidelines: 1. General, 2. Ethical Guidelines, 3. Submission of Manuscripts, 4. Manuscript Format and Structure, 5. After Acceptance

Useful Websites: [Submission Site](#), [Articles published in Community Dentistry and Oral Epidemiology](#), [Author Services](#), [Wiley Blackwell's Ethical Guidelines](#), [Guidelines for Figures](#)

1. GENERAL

The aim of Community Dentistry and Oral Epidemiology is to serve as a forum for scientifically based information in community dentistry, with the intention of continually expanding the knowledge base in the field. The scope is therefore broad, ranging from original studies in epidemiology, behavioural sciences related to dentistry, and health services research, through to methodological reports in program planning, implementation and evaluation. Reports dealing with people of any age group are welcome.

The journal encourages manuscripts which present methodologically detailed scientific research findings from original data collection or analysis of existing databases. Preference is given to new findings. Confirmation of previous findings can be of value, but the journal seeks to avoid needless repetition. It also encourages thoughtful, provocative commentaries on subjects ranging from research methods to public policies. Purely descriptive reports are not encouraged, and neither are behavioural science reports with only marginal application to dentistry.

Knowledge in any field advances only when research findings and policies are held up to critical scrutiny. To be consistent with that view, the journal encourages scientific debate on a wide range of topics. Responses to research findings and views expressed in the journal are always welcome, whether in the form of a manuscript or a commentary. Prompt publication will be sought for these submissions. Book reviews and short reports from international conferences are also welcome, and publication of conference proceedings can be arranged with the publisher.

Please read the instructions below carefully for details on the submission of manuscripts, and the journal's requirements and standards, as well as information on the procedure after acceptance of a manuscript for publication in Community Dentistry and Oral Epidemiology. Authors are encouraged to visit [Wiley Blackwell Author Services](#) for further information on the preparation and submission of articles and figures.

2. GUIDELINES FOR RESEARCH REPORTING

Community Dentistry and Oral Epidemiology adheres to the ethical guidelines below for publication and research.

2.1. Authorship and Acknowledgements

Authorship: *Authors submitting a manuscript do so on the understanding that the manuscript has been read and approved by all authors, and that all authors agree to the submission of the manuscript to the Journal.*

Community Dentistry and Oral Epidemiology adheres to the definition of authorship set up by the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE). According to the ICMJE criteria, authorship should be based on (1) substantial contributions to conception and design of, or acquisition of data or analysis and interpretation of data, (2) drafting the article or revising it critically for important intellectual content and (3) final approval of the version to be published. Authors should meet conditions 1, 2 and 3.

It is a requirement that all authors have been credited as appropriate upon submission of the manuscript. Contributors who do not qualify as authors should instead be mentioned under Acknowledgments.

Acknowledgements: *Under acknowledgements, please specify contributors to the article other than the authors accredited, along with all sources of financial support for the research.*

2.2. Ethical Approvals

In all reports of original studies with humans, authors should specifically state the nature of the ethical review and clearance for the study protocol. Informed consent must be obtained from human participants in research studies. Some reports, such as those dealing with institutionalized children or mentally disabled persons, may need additional details of ethical clearance.

Research participants: *research involving human participants will be published only if such research has been conducted in full accordance with ethical principles, including the World Medical Association [Declaration of Helsinki](#) (version 2008) and the additional requirements (if any) of the country where the research has been carried out.*

Manuscripts must be accompanied by a statement that the research was undertaken with the understanding and written consent of each participant and according to the above mentioned principles.

All studies should include an explicit statement in the Methods section identifying the review and ethics committee approval for each study, if applicable. Editors reserve the right to reject papers if there is doubt as to whether appropriate procedures have been used. Take care to use the term “participant” instead of “subject” when reporting on your study.

Ethics of investigation: Manuscripts not in agreement with the guidelines of the Helsinki Declaration (as revised in 1975) will not be accepted for publication.

Animal Studies: If experimental animals are used, the methods section must clearly indicate that adequate measures were taken to minimize pain or discomfort. Experiments should be carried out in accordance with the Guidelines laid down by the National Institute of Health (NIH) in the USA in respect of the care and use of animals for experimental procedures or with the European Communities Council Directive of 24 November 1986 (86/609/EEC) and in accordance with local laws and regulations.

2.3. Clinical Trials

Clinical trials should be reported using the CONSORT guidelines available at <http://www.consort-statement.org>. A [CONSORT checklist](#) should also be included in the submission material.

Community Dentistry and Oral Epidemiology encourages authors submitting manuscripts reporting from a clinical trial to register the trials in any of the following free, public clinical trials registries:

www.clinicaltrials.gov, <http://clinicaltrials.ifpma.org/clinicaltrials>, <http://isrctn.org/>. The clinical trial registration number and name of the trial register will then be published with the manuscript.

2.4. Observational and Other Studies

Reports on observational studies such as cohort, case-control and cross-sectional studies should be consistent with guidelines such as STROBE. Meta-analysis for systematic reviews should be reported consistent with guidelines such as QUOROM or MOOSE. These guidelines can be accessed at www.equator-network.org. Authors of analytical studies are strongly encouraged to submit a Directed Acyclic Graph as a supplementary file for the reviewers and editors. This serves to outline the rationale for their modelling approach and to ensure that authors consider carefully the analyses that they conduct.

Studies with a health economics focus should be consistent with the Consolidated Health Economic Evaluation Reporting Standards (CHEERS) statement and the CHEERS checklist; see the article at the following link:

<https://www.bmj.com/content/346/bmj.f1049>.

2.5. Appeal of Decision

The decision on a manuscript is final and cannot be appealed.

2.6. Permissions

If all or parts of previously published illustrations are used, permission must be obtained from the copyright holder concerned. It is the primary author's responsibility to obtain these in writing and provide copies to the Publishers.

Photographs of People

Community Dentistry and Oral Epidemiology follows current HIPAA guidelines for the protection of patient/participant privacy. If an individual pictured in a digital image or photograph can be identified, his or her permission is required to publish the image. The corresponding author may submit a letter signed by the patient authorizing

the Community Dentistry and Oral Epidemiology to publish the image/photo. Alternatively, a form provided by Community Dentistry and Oral Epidemiology (available by clicking the "Instructions and Forms" link in Manuscript central) may be downloaded for your use. You can also download the form [here](#). This approval must be received by the Editorial Office prior to final acceptance of the manuscript for publication. Otherwise, the image/photo must be altered such that the individual cannot be identified (black bars over eyes, etc.).

2.7. Copyright Assignment

If your paper is accepted, the author identified as the formal corresponding author for the paper will receive an email prompting them to log into Author Services, where, via the Wiley Author Licensing Service (WALS), they will be able to complete the licence agreement on behalf of all authors on the paper.

For authors signing the copyright transfer agreement

If the Open Access option is not selected, the corresponding author will be presented with the copyright transfer agreement (CTA) to sign. The terms and conditions of the CTA can be previewed in the samples associated with the Copyright FAQs below:
CTA Terms and Conditions

http://authorservices.wiley.com/bauthor/faqs_copyright.asp

For authors choosing [Open Access](#)

If the Open Access option is selected, the corresponding author will have a choice of the following Creative Commons License Open Access Agreements (OAA):

Creative Commons Attribution License OAA

Creative Commons Attribution Non-Commercial License OAA

Creative Commons Attribution Non-Commercial - NoDerivs License OAA

To preview the terms and conditions of these open access agreements, please visit the Copyright FAQs hosted on Wiley Author

Services http://authorservices.wiley.com/bauthor/faqs_copyright.asp and

visit <http://www.wileyopenaccess.com/details/content/12f25db4c87/Copyright--License.html>.

If you select the Open Access option and your research is funded by The Wellcome Trust and members of the Research Councils UK (RCUK) or the Austrian Science Fund (FWF), you will be given the opportunity to publish your article under a CC-BY license supporting you in complying with your Funder requirements. For more information on this policy and the Journal's compliant self-archiving policy, please visit: <http://www.wiley.com/go/funderstatement>.

3. SUBMISSION OF MANUSCRIPTS

New submissions should be made via the Research Exchange submission portal: <https://wiley.atyponrex.com/journal/CDOE>. Should your manuscript proceed to the revision stage, you will be directed to make your revisions via the same submission portal. You may check the status of your submission at anytime by logging on to submission.wiley.com and clicking the "My Submissions" button. For technical help with the submission system, please review our [FAQs](#) or contact submissionhelp@wiley.com.

Community Dentistry and Oral Epidemiology requires the submitting/corresponding author (only) to provide an ORCID iD when submitting their manuscript. If the author does not have an ORCID iD, an easy-to-use application to obtain one is available through the journal's ScholarOne system. Complete instructions for submitting a manuscript are available online and below. Further assistance can be obtained from the Managing Editor, Michelle Martire: cdoejournal@wiley.com

Editorial Office:

Professor Sarah Baker

The University of Sheffield

School of Clinical Dentistry

19 Claremont Crescent

Sheffield

S10 2TA

UK

E-mail: s.r.baker@sheffield.ac.uk

The Managing Editor is Michelle Martire: cdoejournal@wiley.com

Data Sharing and Data Availability

Community Dentistry and Oral Epidemiology expects that data supporting the results in the paper will be archived in an appropriate public repository. Authors are required to provide a [data availability statement](#) to describe the availability or the absence of shared data. When data have been shared, authors are required to include in their data availability statement a link to the repository they have used, and to cite the data they have shared. Whenever possible the scripts and other artefacts used to generate the analyses presented in the paper should also be publicly archived. If sharing data compromises ethical standards or legal requirements, then authors are not expected to share it.

Article Preparation Support

[Wiley Editing Services](#) offers expert help with English Language Editing, as well as translation, manuscript formatting, figure illustration, figure formatting, and graphical abstract design – so you can submit your manuscript with confidence.

Also, check out our resources for [Preparing Your Article](#) for general guidance about writing and preparing your manuscript.

3.1. Getting Started

By submitting a manuscript to or reviewing for this publication, your name, email address, and affiliation, and other contact details the publication might require, will be used for the regular operations of the publication, including, when necessary, sharing with the publisher (Wiley) and partners for production and publication. The publication and the publisher recognize the importance of protecting the personal information collected from users in the operation of these services, and have practices in place to ensure that steps are taken to maintain the security, integrity, and privacy of the personal data collected and processed. You can learn more at <https://authorservices.wiley.com/statements/data-protection-policy.html>

3.2. Manuscript Files Accepted

Manuscripts should be uploaded as Word (.doc or .docx) or Rich Text Format (.rtf) files (not write-protected), along with separate Figure files. For the latter, GIF, JPEG, PICT or Bitmap files are acceptable for submission, but only high-resolution TIF or EPS files are suitable for printing. Tables should be done in Word rather than in Excel. The files will be automatically converted to HTML and a PDF document on upload, and those will be used for the review process. The text file must contain the entire manuscript, including the title page, abstract, text, references, tables, and figure legends, but no embedded figures. Figure tags should be included in the file. Manuscripts should be formatted as described in the Author Guidelines below.

3.3. Suggest Two Reviewers

Community Dentistry and Oral Epidemiology attempts to keep the review process as short as possible to enable rapid publication of new scientific data. In order to facilitate this process, please suggest the names and current email addresses of two potential international reviewers whom you consider capable of reviewing your manuscript. Whether these are used is up to the Editor, but it is helpful to have the suggestions.

3.4. Suspension of Submission Mid-way in the Submission Process

You may suspend a submission at any phase before clicking the 'Submit' button and save it to submit later. The manuscript can then be located under 'Unsubmitted Manuscripts' and you can click on 'Continue Submission' to continue your submission when you choose to.

3.5. E-mail Confirmation of Submission

After submission, you will receive an email to confirm receipt of your manuscript. If you do not receive the confirmation email within 10 days, please check your email address carefully in the system. If the email address is correct, please contact your IT department. The error may be caused by some sort of spam filtering on your email server. Also, the emails should get through to you if your IT department adds our email server (uranus.scholarone.com) to their whitelist.

3.6. Review Procedures

All manuscripts (except some commentaries and conference proceedings) are submitted to an initial review by the Editor or Associate Editors. Manuscripts which are not considered relevant to oral epidemiology or the practice of community dentistry or are not of interest to the readership of Community Dentistry and Oral Epidemiology will be rejected without review. Manuscripts presenting innovative, hypothesis-driven research with methodologically detailed scientific findings are favoured to move forward to peer review. All manuscripts accepted for peer review will be submitted to at least 2 reviewers for peer review, and comments from the reviewers and the editor will be returned to the corresponding author.

3.7. Manuscript Status

You can access ScholarOne Manuscripts (formerly known as Manuscript Central) any time to check your 'Author Centre' for the status of your manuscript. The Journal will inform you by e-mail once a decision has been made.

3.8. Submission of Revised Manuscripts

Revised manuscripts must be uploaded within two or three months of authors being notified of a Minor or Major revision decision respectively. Locate your manuscript under 'Manuscripts with Decisions' and click on 'Submit a Revision' to submit your revised manuscript. Please remember to delete any previously-uploaded files when you upload your revised manuscript. Revised manuscripts must show changes to the text in either a coloured font or highlighted text. Do NOT use track changes for this. Prepare and submit a separate "Response to reviewers" document, in which you address EACH of the points raised by the reviewers.

3.9. Conflict of Interest

Community Dentistry & Oral Epidemiology requires that sources of institutional, private and corporate financial support for the work within the manuscript must be fully acknowledged, and any potential grant holders should be listed. Acknowledgements should be brief and should include information concerning conflict of interest and sources of funding. It should not include thanks to anonymous referees and editors.

3.10. Editorial Board Submissions

Manuscripts authored or co-authored by the Editor-in-Chief or by members of the Editorial Board are evaluated using the same criteria determined for all other submitted manuscripts. The process is handled confidentially and measures are taken to avoid real or reasonably perceived conflicts of interest.

4. MANUSCRIPT FORMAT AND STRUCTURE

Community Dentistry & Oral Epidemiology now offers [Free Format submission](#) for a simplified and streamlined submission process.

Before you submit, you will need:

- *Your manuscript: this should be an editable file including text, figures, and tables, or separate files – whichever you prefer. All required sections should be contained in your manuscript, including abstract, introduction, methods, results, and conclusions. Figures and tables should have legends. Figures should be uploaded in the highest resolution possible. References may be submitted in any style or format, as long as it is consistent throughout the manuscript. Supporting information should be submitted in separate files. If the manuscript, figures or tables are difficult for you to read, they will also be difficult for the editors and reviewers, and the editorial office will send it back to you for revision. Your manuscript may also be sent back to you for revision if the quality of English language is poor.*
- *An ORCID ID, freely available at <https://orcid.org>. (Why is this important? Your article, if accepted and published, will be attached to your ORCID profile. Institutions and funders are increasingly requiring authors to have ORCID IDs.)*
- *The title page of the manuscript, including:*
 - *Your co-author details, including affiliation and email address. (Why is this important? We need to keep all co-authors informed of the outcome of the peer review process.)*
 - *Statements relating to our ethics and integrity policies, which may include any of the following (Why are these important? We need to uphold rigorous ethical standards for the research we consider for publication):*

- *data availability statement*
- *funding statement*
- *conflict of interest disclosure*
- *ethics approval statement*
- *patient consent statement*
- *permission to reproduce material from other sources*
- *clinical trial registration*

If you are invited to revise your manuscript after peer review, the journal will also request the revised manuscript to be formatted according to journal requirements as described below.

Main Text File

Manuscripts can be uploaded either as a single document (containing the main text, tables and figures), or with figures and tables provided as separate files. Should your manuscript reach revision stage, figures and tables must be provided as separate files. The main manuscript file can be submitted in Microsoft Word (.doc or .docx) format.

Your main document file should include:

- *A short informative title containing the major key words. The title should not contain abbreviations*
- *The full names of the authors with institutional affiliations where the work was conducted, with a footnote for the author's present address if different from where the work was conducted*
- *Acknowledgments*
- *Abstract*
- *Up to seven keywords*
- *Main body*
- *References*
- *Tables (each table complete with title and footnotes)*
- *Figures: Figure legends must be added beneath each individual image during upload AND as a complete list in the text*

4.1. Word Limit and Page Charges

*Articles should be limited to 3,700 words (including references) and 6 Tables or Figures; alternatively, 4,000 words (including references) and 5 Tables or Figures may be used. This equates to seven published pages, **and authors are strongly encouraged to stay within those limits.** The Methods and Results sections are usually where the word count can “blow out”, and authors are encouraged to consider submitting heavily detailed material for inclusion in a separate online Appendix to their article (at no cost). **Articles exceeding seven published pages are subject to a charge of USD 300 per additional page. One published page amounts approximately to 5,500 characters (including spaces) of text but does not include Figures and Tables.***

*If your paper is Open Access, because you have paid an APC, Article Page Charge, then you **do not** pay for the page charges too. For more information on APCs, please [click here](#) to view our resources. If you have further questions please email the journal's editorial office, cdoejournal@wiley.com.*

4.2. Format Language

All submissions must be in English; both British and American spelling conventions are acceptable. Authors for whom English is a second language must have their manuscript professionally edited by an English speaking person before submission to make sure the English is of high quality. It is preferred that the manuscript is professionally edited. A list of independent suppliers of editing services can be found at <http://wileyeditingservices.com/en/>. All services must be paid for and arranged by the author, and use of one of these services does not guarantee acceptance or preference for publication.

Font: All submissions must be 1.5 spaced using a standard 12-point font size, and preferably in the Times Roman font.

Abbreviations, Symbols and Nomenclature: Authors can consult the following source: CBE Style Manual Committee. Scientific style and format: the CBE manual for authors, editors, and publishers. 6th ed. Cambridge: Cambridge University Press, 1994

4.3. Structure

All manuscripts submitted to Community Dentistry and Oral Epidemiology should follow the structure guidelines below.

Title Page: the names and institutional affiliations of all authors of the manuscript should be included.

Abstract: All manuscripts submitted to Community Dentistry and Oral Epidemiology should use a structured abstract under the headings: Objectives – Methods – Results – Conclusions.

Main Text of Original Articles should include Introduction, Methods, Results and Discussion. Subheadings are not encouraged.

Introduction: this should be focused, outlining the historical or logical origins of the study and not summarise the findings; exhaustive literature reviews are not appropriate. It should close with an explicit statement of the specific aims of the investigation.

Methods must contain sufficient detail such that, in combination with the references cited, all studies reported can be fully reproduced. As a condition of publication, authors are required to make materials and methods used freely available to other academic researchers for their own use.

Results should not focus overly on *P* values – we concur with recent calls for less emphasis on statistical significance (see Amrhein et al, Nature 2019; 567: 305-307). In the Results section, have one paragraph of text per Table, and do not repeat Table data in that Results text; instead, draw the reader's attention to the highlights/important parts of the Table. Avoid "compared to" - use 'than' instead.

Discussion: See Docherty and Smith, BMJ 1999; 318: 1224-5 for how to structure a Discussion section. That structure is encouraged. The section should end with a brief conclusion and a comment on the potential clinical program or policy relevance of the findings. Statements and interpretation of the data should be appropriately supported by original references. In the Discussion and conclusion, use the term 'findings' rather than 'results'.

4.4. References

Authors are required to cite all necessary references for the research background, methods and issues discussed. Primary sources should be cited. Relevant references published in CDOE are expected to be among the cited literature.

The list of references begins on a fresh page in the manuscript. All references should be numbered consecutively in order of appearance and should be as complete as possible. In text citations should cite references in consecutive order using Arabic superscript numerals. Sample references follow:

Journal article:

1. King VM, Armstrong DM, Apps R, Trott JR. Numerical aspects of pontine, lateral reticular, and inferior olivary projections to two paravermal cortical zones of the cat cerebellum. *J Comp Neurol* 1998;390:537-551.

Book:

2. Voet D, Voet JG. *Biochemistry*. New York: John Wiley & Sons; 1990. 1223 p. Please note that journal title abbreviations should conform to the practices of Chemical Abstracts.

For more information about AMA reference style - [AMA Manual of Style](#)

4.5. Tables, Figures and Figure Legends

Tables are part of the text and should be included, one per page, after the References. Please see our [Guide to Tables and Figures](#) for guidance on how to lay these out. All graphs, drawings, and photographs are considered figures and should be sequentially numbered with Arabic numerals. Each figure must be on a separate page and each must have a caption. All captions, with necessary references, should be typed together on a separate page and numbered clearly (Fig.1, Fig. 2, etc.).

Preparation of Electronic Figures for Publication: Although low-quality images are adequate for review purposes, print publication requires high quality images to prevent the final product being blurred or fuzzy. Submit EPS (lineart) or TIFF (halftone/photographs) files only. MS PowerPoint and Word Graphics are unsuitable for printed pictures. Do not use pixel-oriented programmes. Scans (TIFF only) should have a resolution of 300 dpi (halftone) or 600 to 1200 dpi (line drawings) in relation to the reproduction size (see below). EPS files should be saved with fonts embedded (and with a TIFF preview if possible). For scanned images, the scanning resolution (at final image size) should be as follows to ensure good reproduction: line art: >600 dpi; half-tones (including gel photographs): >300 dpi; figures containing both halftone and line images: >600 dpi.

Further information can be obtained at Wiley Blackwell's guidelines for figures: <http://authorservices.wiley.com/bauthor/illustration.asp>.

Check your electronic artwork before submitting it: <http://authorservices.wiley.com/bauthor/eachchecklist.asp>

Permissions: If all or parts of previously published illustrations are used, permission must be obtained from the copyright holder concerned. It is the corresponding author's responsibility to obtain these in writing and provide copies to the Publishers.

Figure Legends: All captions, with necessary references, should be typed together on a separate page and numbered clearly (Fig.1, Fig. 2, etc.).

Special issues: Larger papers, monographs, and conference proceedings may be published as special issues of the journal. The full cost of these extra issues must be paid by the authors. Further information can be obtained from the editor or publisher.

5. AFTER ACCEPTANCE

Upon acceptance of a manuscript for publication, the manuscript will be forwarded to the Production Editor, who is responsible for the production of the journal.

5.1. Proof Corrections

The corresponding author will receive an email alert containing a link to a web site. A working email address must therefore be provided for the corresponding author. The proof can be downloaded as a PDF (portable document format) file from this site. Acrobat Reader will be required in order to read this file. This software can be downloaded (free of charge) from the following Web site: www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html. This will enable the file to be opened, read on screen, and printed out in order for any corrections to be added. Further instructions will be sent with the proof. Hard copy proofs will be posted if no e-mail address is available; in your absence, please arrange for a colleague to access your e-mail to retrieve the proofs. Proofs must be returned within three days of receipt. Since changes to proofs are costly, we ask that you only correct typesetting errors. Excessive changes made by the author in the proofs, excluding typesetting errors, will be charged separately. Other than in exceptional circumstances, all illustrations are retained by the publisher. Please note that the author is responsible for all statements made in the work, including changes made by the copy editor.

5.2. Early View (Publication Prior to Print)

Community Dentistry and Oral Epidemiology is covered by Wiley Blackwell's Early View service. Early View articles are complete full-text articles published online in advance of their publication in a printed issue. They have been fully reviewed, revised and edited for publication, and the authors' final corrections have been incorporated. Because they are in final form, no changes can be made after online publication. The nature of Early View articles means that they do not yet have volume, issue or page numbers, so Early View articles cannot be cited in the traditional way. They are therefore given a Digital Object Identifier (DOI), which allows the article to be cited and tracked before it is allocated to an issue. After print publication, the DOI remains valid and can continue to be used to cite and access the article.

5.3. Author Services

Online production tracking is available for your article through Wiley's Author Services. Please see: <http://authorservices.wiley.com/bauthor/>

5.4. Article Promotion Support

[Wiley Editing Services](#) offers professional video, design, and writing services to create shareable video abstracts, infographics, conference posters, lay summaries, and research news stories for your research – so you can help your research get the attention it deserves.

5.5. Cover Image Submissions

This journal accepts artwork submissions for Cover Images. This is an optional service you can use to help increase article exposure and showcase your research. For more information, including artwork guidelines, pricing, and submission details, please visit the [Journal Cover Image](#) page.

5.6. Wiley's Author Name Change Policy

In cases where authors wish to change their name following publication, Wiley will update and republish the paper and redeliver the updated metadata to indexing services. Our editorial and production teams will use discretion in recognizing that name changes may be of a sensitive and private nature for various reasons including (but not limited to) alignment with gender identity, or as a result of marriage, divorce, or religious conversion. Accordingly, to protect the author's privacy, we will not publish a correction notice to the paper, and we will not notify co-authors of the change. Authors should contact the journal's Editorial Office with their name change request.