

MILENE APARECIDA TORRES SAAR MARTINS

CONFIABILIDADE E VALIDADE DA VERSÃO
BRASILEIRA DO *CHILD PERCEPTIONS*
QUESTIONNAIRE (CPQ₈₋₁₀)

Belo Horizonte
Universidade Federal de Minas Gerais
2008

MILENE APARECIDA TORRES SAAR MARTINS

CONFIABILIDADE E VALIDADE DA VERSÃO
BRASILEIRA DO *CHILD PERCEPTIONS*
QUESTIONNAIRE (CPQ₈₋₁₀)

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Odontologia.

Área de concentração: Odontopediatria

Orientadora: Profa. Dra. Isabela Almeida Pordeus

Co-orientadora: Profa. Dra. Miriam Pimenta Parreira do Vale

Belo Horizonte
Universidade Federal de Minas Gerais
2008

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais Aparecida e Manoel, que através de muita abdicção me proporcionaram além da própria vida, tudo que um filho possa sonhar em receber dos pais.

Dedico também, aos meus dois grandes amores, Guilherme e Laura que são a minha motivação e que souberam ser generosos e aceitar a minha ausência em função da realização deste sonho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em especial, à Professora e orientadora Isabela Pordeus, que se mostrou extremamente acessível em todas as etapas deste trabalho. Além de todos os ensinamentos, ela me recebeu, me orientou e me motivou de uma maneira muito respeitosa e carinhosa.

Isabela há muito tempo eu já conhecia sua capacidade intelectual e agora, estando mais próxima, pude descobrir a grandiosidade da pessoa que você é. Apenas posso te dizer: Muito obrigada por tudo!

Agradeço à Professora e co-orientadora Míriam, que esteve ao meu lado em todos os momentos deste curso.

Míriam me desculpe a liberdade, mas para mim, antes de ter sido minha orientadora, você foi minha amiga. Obrigada pela sua franqueza, o seu apoio constante e sua postura companheira de todas as horas!

Agradeço ao Professor Saul que me acolheu no início do curso e me acompanhou durante estes 24 meses com muito zelo, me fazendo sentir bastante segura.

Saul, eu sou muito grata por TODA ajuda!

Agradeço as pós-doutorandas Leticia, Ana Cristina e Fernanda pelo suporte na análise estatística deste trabalho.

Saibam que mesmo dominando bem os testes estatísticos, quando o assunto foi solidariedade, ocorreu um erro, vocês foram 101%.

Agradeço as professoras doutoras Patrícia e Júnia por terem feito parte da banca de qualificação e por terem feito sugestões, que contribuíram muito para o avanço deste trabalho.

Agradeço às crianças que participaram deste trabalho e seus familiares, contribuindo de maneira paciente, não-intencional e fundamental para a coleta de dados.

Agradeço àqueles alunos da graduação das disciplinas de Odontopediatria e Ortodontia e aos do Aperfeiçoamento em Ortodontia, que procuraram me ajudar na triagem dos pacientes.

A ajuda de cada um, me conduziu até aqui.

Agradeço às professoras da Pediatria (Fernanda, Júnia, Laura, Patrícia e Sheyla), pela torcida e pelo carinho.

O convívio com vocês tornou a coleta de dados bastante divertida.

Agradeço aos professores da Ortodontia (Alexandre, Elizabeth, Henrique, Leonardo e Rocha) por permitirem meu livre acesso nas clínicas de Ortodontia, simplificando meu caminho até meu objetivo final.

Agradeço de maneira especial, à funcionária Sandra que foi meu braço esquerdo (lembrando que sou canhota) na captação das crianças para a amostra. Sandra, sem você, eu acho que não teria conseguido.

Agradeço aos amigos Élton e Fernanda Morais por toda colaboração na calibração dos exames clínicos. Vocês são amigos de ouro!

Agradeço à Professora Júnia (Newton Paiva) e às amigas Fernanda Sadenberg e Cíntia Mara pela avaliação do instrumento, durante a fase de Equivalência Semântica.

Agradeço às Professoras de Português Lúcia, Catarina e Suzana pela avaliação do instrumento, também na fase de Equivalência Semântica.

Agradeço à escola Instituto Coração de Jesus, em especial à Lúcia, Ana Bizoto e à diretora Cristina, por permitir a coleta de dados dentro da escola, nas fases de Equivalência de Itens e Operacional.

Todas as fases de um trabalho são especiais de alguma forma, neste meu caso, esta fase foi singular porque regressei à escola que por tantos anos estive e como fui bem recebida, me senti voltando para casa!

Agradeço também a todas as crianças da escola, que muitas vezes interromperam o seu processo de aprendizagem para me ajudar a seguir o meu. Muito obrigada a todos!

Agradeço aos Professores Saul, Andréa e Efigênia pela imensa colaboração na avaliação do instrumento na fase de Equivalência Conceitual.

Agradeço às colegas Carolina Martins, Carolina Dupim e Fernanda Morais por fazerem parte do Comitê de Revisão deste instrumento.

Agradeço à amiga Flávia por ter me ajudado a iniciar este trabalho, fazendo a tradução inicial do instrumento.

Agradeço aos colegas de doutorado Carol, Zezé, Élton, Eliane, Dani, Karina e Ana Carolina por terem me recebido tão bem e pelo apoio constante.

Agradeço às colegas de mestrado Fernanda, Cláudia e Cristiane pela convivência agradável.

Agradeço a também colega de mestrado e hoje uma grande amiga, Cíntia, por ter sido tão companheira.

Cíntia, eu repito o que já disse antes sobre a sorte que nós tivemos de nos encontrar nesta caminhada e por sermos tão diferentes e tão complementares. Tenho a certeza que sem você os dias teriam sido mais árduos.

Agradeço aos Professores Júlio Noronha, Bernardo Souki e Lourdinha pela minha formação como especialista em Odontopediatria.

Antes de desejar ensinar, eu desejei aprender, e vocês me proporcionaram isto, então jamais esquecerei os grandes mestres que vocês foram e são para mim!

Agradeço às amigas Vi, Dri e Marina, pelos dias maravilhosos que passamos juntas nesta faculdade e que me fizeram ter vontade de voltar.

Agradeço à amiga Cíntia Mara pela motivação nos momentos difíceis. Cíntia, apesar de serem conversas informais, suas ponderações contribuíram muito para eu estar aqui hoje.

Agradeço ao amigo Luiz Fernando Eto por todos os ensinamentos ao longo destes 11 anos, e pela constante motivação ao meu crescimento profissional.

Agradeço à Professora Andréa Vargas, minha orientadora na iniciação científica, que com seu jeito simples de ver as coisas me fez não só gostar de pesquisa mas também achar que é algo bastante gratificante.

Agradeço à amiga Santuza, que sendo filha de professores, dividiu comigo seu sonho de ser professora e me convidou a fazer junto com ela iniciação científica, que eu considero o início desta caminhada.

Agradeço ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico pelo apoio financeiro a este trabalho.

A todos vocês, minha eterna gratidão!

RESUMO

Diante da importância de avaliar a influência de alterações bucais e orofaciais na qualidade de vida de crianças brasileiras, o objetivo deste trabalho foi realizar a adaptação transcultural do instrumento Child Perceptions Questionnaire 8-10 (CPQ₈₋₁₀) e testar sua validade e confiabilidade, para uso no Brasil. A amostra foi composta por 80 crianças de 8 a 10 anos, de ambos os sexos das clínicas de odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (Equivalência de Mensuração). As entrevistas e os exames clínicos foram realizados por um único examinador previamente calibrado (Kappa=0,98-cárie dentária, Kappa ponderado e coeficiente de correlação intra-classe=0,66-1,00-malocclusão). A amostra total (80 crianças) foi dividida em 4 grupos (21 crianças= sem alterações, 22 crianças= lesões cáries cavitadas, 20= crianças com malocclusão e 17= com as duas alterações). Para a avaliação teste-reteste (40 crianças) foi usado o coeficiente de correlação intraclass (CCI). A validade discriminante foi comprovada utilizando-se o teste Kruskal-Wallis. A avaliação das propriedades psicométricas mostrou que o instrumento é confiável (alpha de Cronbach = 0,92 para a escala total e 0,63-0,85 para subescalas) e apresentou uma excelente estabilidade (coeficiente de correlação intraclass= 0,96 para a escala total e 0,79-0,95 para subescalas). A validação do construto foi comprovada pela correlação significativa dos indicadores globais e subescalas, exceto para a subescala Bem-Estar Social. Houve diferença estatisticamente significativa na escala total, sintomas orais e bem-estar emocional entre os grupos clínicos estudados, comprovando a validade discriminante (p=0,026, p=0,001, p=0,022). A versão brasileira do CPQ₈₋₁₀ comprovou ser válida e confiável para uso em crianças brasileiras de 8 a 10 anos. As propriedades psicométricas foram similares ao instrumento original, a Equivalência Funcional foi comprovada, permitindo o uso do instrumento em estudos epidemiológicos no Brasil.

Palavras-chaves: saúde bucal, qualidade de vida e questionário.

ABSTRACT

Reliability and validity of a Brazilian version of the Child Perceptions Questionnaire 8-10 (CPQ₈₋₁₀)

Considering the importance of assessing the influence of oral health conditions on the quality of life of Brazilian children, the aim of the present study was to validate the Child Perceptions Questionnaire 8-10 (CPQ₈₋₁₀) for use in Brazil. The sample was made up of 80 male and female children between eight and ten years of age from dental clinics of the Federal University of Minas Gerais for Measurement Equivalence. The interviews and clinical exams were performed by a single, previously calibrated examiner (Kappa =0.98-dental caries, weighted Kappa and intraclass correlation coefficient=0.66-1.00-malocclusion). The intraclass correlation coefficient (ICC) was used for the test-retest assessment (40 children). Discriminant validity was assessed using the Kruskal-Wallis test. The assessment of the psychometric properties revealed that the measure is reliable (Cronbach's alpha = 0.92 for the total scale and 0.63-0.85 for the subscales) and exhibits excellent stability (ICC = 0.96 for the total scale and 0.79-0.95 for the subscales). Spearman's correlation demonstrated the construct validity, except for the social wellbeing subscale. There was a statistically significant difference in total, oral symptoms and emotional wellbeing scores between the groups studied, thereby demonstrating the discriminant validity ($p=0.026$; $p=0.001$; $p=0.022$). The Brazilian version of the CPQ₈₋₁₀ proved valid and reliable for use on Brazilian children. The psychometric properties were similar to the original measure; functional equivalence was demonstrated, thereby allowing the use of the measure in epidemiological studies in Brazil.

Key-words: oral-health, quality of life and questionnaire.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1:	Consistência interna e estabilidade da versão brasileira do CPQ ₈₋₁₀	38
Tabela 2:	Validade de Construto: correlação entre escala total e subescalas e os indicadores globais de saúde bucal e bem-estar geral.....	39
Tabela 3:	Validade Discriminante: escalas totais e subescalas para os grupos de crianças com alterações bucais.....	40

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- COHQoL** → Questionário de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal de Crianças
- Child-OIDP** → Questionário Impacto da Saúde Bucal de Crianças na Rotina Diária
- COHIP** → Questionário Impacto da Saúde Bucal de Crianças
- CPQ** → Questionário de Percepção de Crianças
- CPQ₈₋₁₀** → Questionário de Percepção de Crianças de 8 a 10 anos
- CPQ₁₁₋₁₄** → Questionário de Percepção de Crianças de 11 a 14 anos
- COEP** → Comitê de Ética em Pesquisa
- DAI** → Índice de Estética Dental
- ECOHIS** → Instrumento Escala de Impacto da Saúde Bucal na Infância
- FIS** → Escala de Impacto Familiar
- HQoL** → Saúde relacionada à qualidade de vida
- IPC** → Índice Periodontal Comunitário
- OHRQL** → Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal
- OMS** → Organização Mundial de Saúde
- P-CPQ** → Questionário de Percepção dos Pais e Cuidadores
- UFMG** → Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	15
2	OBJETIVOS	19
3	ARTIGO	21
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
5	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS GERAIS	45
6	APÊNDICES	49
7	ANEXOS	63

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Tradicionalmente, os cirurgiões-dentistas são preparados para diagnosticar as doenças orofaciais, como cárie e maloclusão, através de critérios objetivos, estabelecendo a necessidade clínica de tratamento. A atenção para o impacto social das doenças bucais surgiu com os relatos de perdas consideráveis, no nível populacional, de dias de trabalho e de escola devido a alterações bucais (Slade e Spencer, 1994).

Os benefícios de se associar às avaliações clínicas, critérios mais subjetivos como a percepção do indivíduo sobre seu estado de saúde e o impacto de sua enfermidade sobre sua qualidade de vida, têm sido estudado por muitos autores (Locker et al., 2002; Oliveira e Sheiham, 2004; Feitosa et al., 2005; Marques et al., 2006; Broder et al., 2007).

Qualidade de vida é um conceito multidimensional que inclui a percepção subjetiva das funções físicas, psicológicas e sociais, assim como um senso subjetivo de bem-estar (Corless et al., 2001; Oliveira e Sheiham, 2004). Vários estudos têm comprovado o impacto negativo das alterações bucais e orofaciais na qualidade de vida de crianças de diferentes faixas etárias e de seus familiares (Locker et al., 2002; Oliveira e Sheiham, 2004; Feitosa et al., 2005; Marques et al., 2006).

A saúde bucal de uma criança influencia na alimentação, sorriso, fala e socialização. A aparência facial e suas relações com a imagem do corpo, auto-estima e bem-estar emocional exercem um papel importante na interação social. Portanto, interferências nestas funções poderão acarretar influência na qualidade de vida destas crianças (Yusuf et al., 2006). A cárie dentária pode trazer transtornos para a família como: interrupção das atividades dos responsáveis para levar a criança para tratamento ou distúrbios no sono dos familiares devido às queixas de dores (Locker et al., 2002, Barrêto et al., 2004). Em Belo Horizonte, crianças na faixa etária de 8 e 9 anos de idade têm alta prevalência de dor de dente (45,9%). Esta dor pode gerar impacto na qualidade de vida, em função do prejuízo das atividades cotidianas e dos riscos à saúde geral (Barrêto et al., 2004).

Considerando-se o papel importante da estética dentofacial nas interações sociais e bem-estar psicológico, verifica-se que muitas vezes, as maloclusões causam inibição nas crianças de sorrirem (Marques et al., 2006), além de trazerem transtornos financeiros para os pais (Locker et al., 2002, Marques et al., 2006). Sentimentos negativos em relação à estética facial estão associados com a percepção da criança de que sua saúde bucal afeta negativamente todas as atividades de sua vida, com exceção do desempenho escolar (Dunlow et al., 2007). O tratamento das maloclusões tem um grande componente psicossocial e requer o uso de medidores de saúde bucal relacionada à qualidade de vida (Oliveira e Sheiham, 2004). Além disto, a utilização apenas de critérios clínicos para definição de problemas ortodônticos pode superestimar as necessidades de tratamento ortodôntico (Peres et al., 2002).

Em função do reconhecimento crescente de que a qualidade de vida é um importante mediador de tratamento odontológico, surgiu uma necessidade de instrumentos para medir a influência das alterações bucais nas atividades diárias das pessoas (Slade, 1997). Estes instrumentos também mostram o impacto psicossocial das principais alterações bucais e orofaciais (cárie dentária, maloclusões, fissura labial e/ou palatal e anomalias crânio-faciais) na vida das crianças de diferentes faixas etárias (Locker et al., 2002; Oliveira e Sheiham, 2004; McGrath et al., 2004; Feitosa et al., 2005; Marques et al., 2006; Nuttall et al., 2006). Na área odontológica, as crianças são questionadas através de entrevistas ou preenchimento de questionário sobre a frequência que a alteração bucal ou orofacial atrapalhou suas atividades diárias, como: alimentar, falar, dormir, ir à escola, sorrir, praticar esportes (Jokovic et al., 2002; 2004; 2006; Humphris et al., 2005; Yusuf et al., 2006)

Pesquisas recentes demonstraram que os relatos de crianças sobre qualidade de vida relacionada à saúde são válidos e confiáveis (Jokovic et al., 2002; Varni et al., 2007 a b). Além disso, os relatos dos pais têm sido comparados aos relatos das crianças e muitas vezes, pais e crianças podem não compartilhar das mesmas opiniões sobre doença e saúde (Theunissen et al., 1998; Jokovic et al., 2002). A capacidade de auto-avaliação da criança e percepção de critérios de saúde é dependente da idade, como resultado do desenvolvimento contínuo cognitivo, emocional, social e da linguagem

(Theunissen et al., 1998). Além disto, a auto-avaliação da criança é dependente da reação dos outros em relação a ela (Tung e Kiyak, 1998). Entre os seis e oito anos ocorrem avanços no entendimento do conceito de saúde até que, aos oito anos, ela já entende saúde como um conjunto de sintomas somáticos e emocionais. Aos oito anos, as crianças também já são capazes de relatar todos os aspectos de suas experiências de saúde e podem usar um formato de instrumento com cinco opções de respostas. Além de já entenderem o tempo decorrido de eventos passados, em termos de dias, semanas e meses (Rebok et al., 2001). Além disto, na idade de oito anos, o critério de atrativo da criança é o mesmo dos adultos (Tung e Kiyak, 1998).

Após uma busca no principal banco de dados (*medline*), observou-se que existem poucos questionários para medir a qualidade de vida das crianças relacionada à saúde bucal: Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal de Crianças (COHQoL), Impacto da Saúde Bucal de Crianças na Rotina Diária (Child-OIDP), Impacto da Saúde Bucal de Crianças (COHIP) e Escala de Impacto da Saúde Bucal na Infância (ECOHIS) (Gherunpong et al., 2004; Jokovic et al., 2004; 2006; Broder et al., 2007; Pahel et al., 2007).

O Child Perceptions Questionnaire é um dos instrumentos do COHQoL e foi preconizado por Jokovic et al. (2004). Este instrumento tem como grande vantagem respeitar as constantes mudanças que ocorrem durante a infância e em função disto, ele se divide segundo as faixas etárias 6-7, 8-10 e 11-14. Além disto, o instrumento em sua versão original teve suas propriedades psicométricas comprovadas. Desse modo, o objetivo deste trabalho foi fazer a tradução, a adaptação transcultural e a avaliação da confiabilidade e validade da versão brasileira do instrumento Child Perceptions Questionnaire (CPQ), para a faixa etária de oito a dez anos (CPQ₈₋₁₀). O instrumento validado permitirá seu uso em estudos epidemiológicos, podendo contribuir na escolha de políticas de saúde e no estabelecimento de procedimentos odontológicos prioritários.

OBJETIVOS

- Traduzir e adaptar transculturalmente o instrumento CPQ₈₋₁₀ (Anexo A) preconizado por Jokovic et al. (2004);

- Avaliar a validade e confiabilidade da versão brasileira do instrumento CPQ₈₋₁₀ em crianças de 8 a 10 anos da cidade de Belo Horizonte, para uso em crianças brasileiras.

- Comparar os escores apresentados na aplicação do instrumento CPQ₈₋₁₀ das crianças com cárie dentária com os escores das crianças com maloclusões.

ARTIGO

Confiabilidade e validade da versão brasileira do Child Perceptions Questionnaire 8-10 (CPQ₈₋₁₀)

Milene Martins, Fernanda M Ferreira, Ana Cristina Oliveira, Saul M Paiva, Míriam PP Vale, Isabela A Pordeus

Endereço: Departamento de Odontopediatria e Ortodontia, Faculdade de Odontologia,
Universidade Federal de Minas Gerais – Av. Antônio Carlos 6627, Belo Horizonte,
MG, 31270-901, Brasil.

Email: Milene Martins – mileneelaura@yahoo.com.br; Fernanda M Ferreira –
fmoraisf@yahoo.com.br; Ana Cristina Oliveira anacboliveira@yahoo.com.br; Saul M
Paiva- smpaiva@uol.com.br; Miriam Parreira Vale – mppvale@hotmail.com; Isabela
A Pordeus – isabela@netuno.lcc.ufmg.br .

*Artigo elaborado segundo as normas da revista International Journal of Paediatric
Dentistry (Anexo E).

Resumo

Introdução: Na área odontológica ainda são poucos instrumentos específicos para medir qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças.

Objetivos: O objetivo deste trabalho foi realizar a adaptação transcultural do instrumento Child Perceptions Questionnaire 8-10 (CPQ₈₋₁₀) e testar sua validade e confiabilidade.

Métodos: Para testar a qualidade da tradução, 60 crianças foram entrevistadas antes que o instrumento fosse aplicado na amostra final. A amostra foi composta por 59 crianças de 8 a 10 anos, de ambos os sexos das clínicas de odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (Equivalência de Mensuração). As crianças foram divididas em três grupos, segundo sua condição clínica (22=com lesões cáries cavitadas, 20=com maloclusão e 17=com as duas alterações bucais). As entrevistas e os exames clínicos foram realizados por um único examinador previamente calibrado para o diagnóstico de cárie (Kappa= 0,98) e de maloclusão (Kappa ponderado e coeficiente de correlação intra-classe=0,66-1,00). Para a avaliação teste-reteste (40 crianças) foi usado o Coeficiente de Correlação Intraclasse (CCI). A validade discriminante foi comprovada utilizando-se o teste Kruskal-Wallis.

Resultados: A avaliação das propriedades psicométricas mostrou que o instrumento é confiável (alpha de Cronbach=0,92 para a escala total e 0,63-0,85 para subescalas) e apresentou uma excelente estabilidade (CCI=0,96 para a escala total e 0,79-0,95 para subescalas). A validação do construto foi comprovada através de correlações significantes dos indicadores globais e subescalas. Houve diferença estatisticamente significativa nas escalas totais, sintomas orais e bem-estar emocional entre os grupos clínicos estudados, comprovando a validade discriminante ($p=0,026$, $p=0,001$, $p=0,022$).

Conclusão: A versão brasileira do CPQ₈₋₁₀ mostrou-se válida para uso em crianças brasileiras. As propriedades psicométricas foram satisfatórias e similares às propriedades do instrumento original, permitindo o uso do instrumento em estudos no Brasil.

Introdução

A qualidade de vida relacionada à saúde de uma pessoa (HRQL) abrange o estado de saúde, que é definido como a avaliação emocional que a pessoa faz de sua própria saúde [1].

Tradicionalmente, os cirurgiões-dentistas eram preparados para diagnosticar as doenças orofaciais, como cárie e maloclusão, através de critérios objetivos, estabelecendo a necessidade clínica de tratamento. Atualmente, na odontologia, o interesse em se avaliar o impacto da condição bucal sobre a qualidade de vida (OHRQoL) tem sido cada vez mais crescente [2-6].

Em função disto, surgiu a necessidade de instrumentos para medir a influência destas alterações bucais na vida das pessoas [7]. Entretanto, ainda são poucos os instrumentos específicos para as crianças, apesar das pesquisas recentes demonstrarem que os relatos de crianças sobre qualidade de vida relacionada à saúde são válidos e confiáveis [8-10].

Através de busca feita no banco de dados Medline, observou-se que os únicos instrumentos validados especificamente para medir qualidade de vida relacionada à saúde bucal em crianças são o Child-OIDP (Child-Oral Impacts on Daily Performances), o COHIP (Child Oral Health Impact Profile), o ECOHIS (Early Childhood Oral Health Impact Scale) e o COHQoL (Child Oral Health Quality of Life Questionnaire) [2,11-14].

No Brasil, já foram validados para uso em crianças brasileiras, o ECOHIS [15] e um dos instrumentos do COHQoL, o Child Perceptions Questionnaire para a faixa etária de 11 a 14 anos [16].

O COHQoL é um instrumento de escalas multidimensionais, desenvolvido em inglês do Canadá, que mede os efeitos negativos das alterações bucais e orofaciais no bem-estar social, emocional e funcional de crianças de 6 a 14 anos e também, a percepção dos pais e o impacto sobre a vida familiar. Ele é composto de cinco instrumentos: o P-CPQ (Parental–Caregiver Perceptions Questionnaire) que avalia o impacto de percepção dos pais e cuidadores, o FIS (Family Impact Scale) que avalia o impacto sobre a família e o CPQ (Child Perceptions Questionnaire) que avalia o impacto da percepção das crianças. Existem versões do CPQ para três faixas etárias: 6-7, 8-10 e 11-14 anos [12,13].

O objetivo deste trabalho foi realizar a adaptação transcultural do instrumento Child Perceptions Questionnaire (CPQ₈₋₁₀) e testar sua validade e confiabilidade.

Metodologia

O Child Perceptions Questionnaire 8-10 (CPQ₈₋₁₀) é composto de 25 itens. Estes 25 itens abrangem quatro subescalas, cinco itens de sintomas bucais, cinco de limitações funcionais, cinco de bem-estar emocional e dez de bem-estar social. Os itens versam sobre a frequência que os eventos ocorreram nas quatro semanas anteriores à aplicação do instrumento. As opções de resposta seguem a escala Lickert de cinco pontos, variando do escore 0 ao escore 4 para cada item. Desta forma, a criança pode apresentar valores para o instrumento que variam de 0 (nenhum impacto da sua condição bucal sobre sua qualidade de vida) ao escore 100 (máximo impacto da sua condição bucal sobre sua qualidade de vida). O instrumento também possui dois itens de identificação do paciente (gênero e idade) e dois itens gerais sobre saúde bucal da criança e sobre o quanto a alteração bucal ou orofacial afeta seu bem estar geral. O CPQ₈₋₁₀ original

apresentou validade de construto boa, consistência interna substancial e confiabilidade teste-reteste aceitável [12].

Processo de tradução e adaptação transcultural do CPQ₈₋₁₀

A tradução do instrumento foi feita por dois tradutores independentes. Um tradutor bilíngüe, cuja primeira língua é o português, traduziu o questionário original do inglês para o português. Outro tradutor bilíngüe, cuja primeira língua é o inglês, fez a tradução invertida. Os tradutores trabalharam de forma independente. O tradutor responsável pela retro-tradução não conhecia a versão em inglês, original do questionário [17].

A versão original e a retro-traduzida para o inglês, foram comparadas por um Comitê de Revisão composto por três pessoas detentoras de conhecimento sobre o assunto do instrumento. Na escolha dos integrantes do Comitê de Revisão foi levado em consideração também, que os integrantes fossem brasileiros com domínio da língua inglesa e com pós-graduação em odontopediatria, devido à importância que membros do Comitê de Revisão tenham experiência e entendimento do contexto cultural e fase de desenvolvimento da população que será estudada [18].

Para a adaptação transcultural primeiramente, a versão em português foi examinada por uma equipe de três especialistas em qualidade de vida e saúde bucal. Esta avaliação seguiu os critérios de clareza da tradução, através do uso de expressões simples e de fácil entendimento; uso de linguagem comum, evitando o uso de termos técnicos e a representação do conteúdo da fonte original (Equivalência Conceitual) [19]. Em seguida, o instrumento foi submetido a um pré-teste numa escola, através de entrevistas qualitativas com 30 pré-escolares de ambos os gêneros, na faixa etária de 8 a

10 anos, sendo 10 de cada idade, para se discutir com esse grupo a relevância dos itens. Os itens poderiam sofrer pequenas modificações ou serem substituídos para se obter a Equivalência de Itens. Itens fundamentais não poderiam ser excluídos por dificuldade de tradução ou complexidade do domínio em nossa cultura [20].

Para certificar que a versão em português do instrumento, alcançaria um efeito similar à versão inglesa, o instrumento foi novamente avaliado por três outros estudiosos de qualidade de vida e saúde bucal que possuíam domínio da língua inglesa e também, por um grupo de três pessoas formadas em letras com qualificação na língua portuguesa; para se obter a Equivalência Semântica [19].

Avaliação da validade e confiabilidade da versão brasileira do CPQ₈₋₁₀

Um segundo pré-teste, assim como o primeiro foi realizado na escola, com 30 pré-escolares que não pertenciam à amostra final, 10 de cada idade, para que o examinador pudesse observar a possibilidade de usar, de forma similar ao original, o formato do instrumento, as instruções e os métodos de medidas, alcançando a Equivalência Operacional [19]. A forma escolhida de administração do instrumento foi entrevista, por ter sido concluído pelos autores do instrumento original, que as crianças de oito anos têm dificuldade de responder ao instrumento de maneira auto-aplicável. Além disto, desta forma previne-se que os pais interfiram nas respostas dos filhos ao instrumento [21].

As propriedades psicométricas foram avaliadas como na versão original do CPQ₈₋₁₀, adotando-se inclusive, um tamanho aproximado de amostra [12], para se avaliar a Equivalência de Mensuração (59 crianças) (figura 1).

A aplicação da versão em português do CPQ₈₋₁₀ através de entrevistas, assim como os exames clínicos das 59 crianças, foi realizada nas clínicas da Faculdade de Odontologia da UFMG, pelo mesmo examinador previamente calibrado (Kappa=0,98 para cárie dentária e Kappa ponderado e coeficiente de correlação intraclass=0,74-1,00, para maloclusão).

As 59 crianças foram divididas em três grupos segundo sua condição bucal: crianças com lesões cáries cavitadas (22), crianças com maloclusões (20) e crianças com as duas alterações mutuamente (17). Estas crianças foram escolhidas por não estarem ainda em tratamento e por já terem seus incisivos centrais em oclusão, de forma a permitir uma adequada avaliação.

Os procedimentos e critérios diagnósticos para cárie dentária foram os recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (1999) (Anexo C) [22]. O índice utilizado para diagnosticar a maloclusão foi o Dental Aesthetic Index (DAI) (Apêndice H)[23].

Os dados foram agrupados em um banco de dados e o *software Statistical Package for Social Science* (SPSS, versão 15) foi utilizado para análise estatística. Realizou-se análise descritiva, obtendo-se médias, desvio-padrão, escore total e escore das subescalas de cada instrumento. A consistência interna da versão em português do CPQ₈₋₁₀ foi testada pelo coeficiente alpha de Cronbach para as subescalas e para a escala total do instrumento. A confiabilidade teste-reteste foi verificada pelo coeficiente de correlação intraclass para as subescalas, e para a escala total. Para a confiabilidade do teste-reteste, 40 pré-escolares dos 59 participantes da amostra final foram entrevistados novamente num período de 7 a 14 dias. Estes pré-escolares foram escolhidos por não

terem sido submetidos a tratamento odontológico após a entrevista inicial, mantendo a mesma condição clínica nas duas entrevistas.

Para testar a validade de construto, foram calculadas correlações entre os índices globais e as escalas totais, bem como entre os índices globais e cada subscala do instrumento, através do coeficiente de correlação de Spearman.

A validade discriminante foi testada pela comparação das escalas totais e de cada subscala do CPQ entre os grupos clínicos estudados. Para isso, utilizou-se o teste Kruskal-Wallis, com nível de significância ≤ 5 .

Considerações Éticas

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (Anexo B). As crianças assim como os seus pais, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para fazerem parte do estudo (Apêndice A).

Resultados

Os resultados da comparação do CPQ₈₋₁₀ original e da versão retro traduzida avaliados pelo Comitê de Revisão mostram que as duas versões foram equivalentes (Apêndice C). A avaliação dos especialistas em qualidade de vida comprovou que as subescalas do instrumento são importantes para a nossa cultura (Apêndice D). As etapas de Equivalência de Itens e Operacional mostraram que o instrumento é compreendido por crianças brasileiras de 8 a 10 anos de idade e que o instrumento pode ser aplicado nos mesmos formatos do original (Apêndice E). A Equivalência Semântica foi obtida após algumas alterações na estrutura gramatical do instrumento (Apêndice F).

Para a avaliação da Equivalência de Mensuração, 59 pré-escolares foram examinados e entrevistados. Destes, 59,3 % eram meninos. Quanto às idades, houve uma distribuição homogênea, 39,0% dos pré-escolares estavam com 8 anos, 32,2% tinham 9 anos e 28,8% possuíam 10 anos. Do total de 59 pré-escolares, 37,3% apresentavam lesões cáries cavitadas, 33,9% apresentavam maloclusão e 28,8% apresentavam as duas alterações.

Confiabilidade

O coeficiente alpha de Cronbach foi 0,92 para a escala total, variando de 0,63 (sintomas orais) a 0,85 (bem-estar emocional e social), para as subescalas. A confiabilidade do teste-reteste foi avaliada usando o coeficiente de correlação intra-classe (CCI). Os resultados mostram que o CCI foi 0,96 para a escala total, 0,79 para sintomas orais, 0,88 para limitações funcionais, 0,95 para bem-estar emocional e 0,92 para bem-estar social. (Tabela 1).

Validade de Construto

A correlação de Spearman foi significativa para os indicadores globais e as escalas totais ($r=0,27$ e $0,26$), para limitações funcionais ($r=0,23$ e $0,26$) e bem-estar emocional ($r=0,28$ e $0,22$). A subescala sintomas orais foi significativamente associada apenas com o indicador global que se relaciona com o bem-estar das crianças ($r=0,30$) e a subescala bem-estar social não foi associada a nenhum dos indicadores globais (Tabela 2).

Validade Discriminante

Houve diferença estatisticamente significativa nas escalas totais ($p=0,026$), sintomas orais ($p=0,010$) e bem-estar emocional ($p=0,022$) entre os grupos clínicos

avaliados (crianças com lesões cáries cavitadas, crianças com maloclusão e crianças com as duas alterações) (Tabela 3).

Discussão

As propriedades psicométricas do instrumento foram avaliadas de uma maneira semelhante ao instrumento original, objetivando a facilidade da comparação de resultados.

Como o objetivo do estudo foi avaliar a confiabilidade e validade da versão brasileira do CPQ₈₋₁₀ através do estabelecimento da Equivalência de Mensuração, o mais importante não foram os valores das propriedades psicométricas encontradas e sim, a comparação destes com os obtidos com o instrumento original na sua língua e cultura [24].

A confiabilidade de consistência interna do instrumento mostra se todos os itens que o compõem se relacionam. A consistência interna desta versão do instrumento foi satisfatória para as subescalas bem-estar emocional e social e aceitável para as subescalas sintomas orais e limitações funcionais, considerando que o coeficiente alpha de Cronbach para ser satisfatório, deve ter valor de no mínimo 0,7- 0,8, quando comparando grupos [25]. Comparada ao instrumento original, a versão brasileira do instrumento apresentou valores superiores para a escala total e subescala bem-estar emocional e social. Nas subescalas sintomas orais e limitações funcionais, os resultados foram similares aos encontrados no instrumento original. A versão brasileira do Child perceptions Questionnaire para a faixa etária de 11 a 14 anos (CPQ₁₁₋₁₄) apresentou um coeficiente alpha de Cronbach (0,86) [16] semelhante ao encontrado neste estudo (0,92).

A confiabilidade do teste-reteste foi avaliada usando o CCI. Ele é considerado excelente se for maior do que 0,74; bom se estiver de 0,6 a 0,74 e razoável se abranger de 0,4 a 0,59 [26]. Os resultados mostraram uma excelente estabilidade do instrumento tanto para a escala total, como para as subescalas. Ao contrário do instrumento original que não apresentou um bom resultado do teste-reteste para a subescala bem-estar social, a versão brasileira do instrumento apresentou, para esta subescala, um excelente resultado (0,92), assim como para todas as outras subescalas do instrumento. Quando validado para o inglês do Reino Unido, o CPQ₁₁₋₁₄ apresentou um CCI de 0,83, que foi considerado pelos autores como uma concordância quase perfeita [27].

A validade do construto foi comprovada para esta versão do instrumento pela correlação de Spearman, exceto para a subescala bem-estar social. A subescala sintomas orais foi significativamente associada apenas com o indicador global que se relaciona com o bem-estar das crianças. O instrumento original, assim como a versão brasileira, apresentou correlações não significativas quando relacionou a subescala bem-estar social e limitações funcionais ao índice global de saúde bucal. A validade de construto da versão original do CPQ₈₋₁₀ foi comprovada através de um estudo realizado na Irlanda com 270 crianças de 8 anos, comparando os escores do instrumento CPQ₈₋₁₀ com os escores de um instrumento de alta validade e confiabilidade, que visa avaliar a atitude das crianças no seu contexto social (Coopersmith Self-Esteem Inventory-School Form)[28].

O CPQ₈₋₁₀ original não demonstrou validade discriminante entre os grupos estudados (crianças com cáries e crianças com fissuras lábio-palatinas). Os autores [12] citam que isto se deva provavelmente, ao fato dessas crianças já terem recebido tratamento clínico e psicológico. Neste estudo de validação, todas as crianças ainda não

tinham recebido tratamento e provavelmente por isto, o instrumento apresentou diferença estatisticamente significativa nas escalas totais, sintomas orais e bem-estar emocional entre os grupos estudados (crianças com lesões cariosas cavitadas, crianças com maloclusão e crianças com as duas alterações), principalmente quando se comparou os escores de crianças com uma alteração com àqueles de crianças com as duas alterações. A versão do CPQ para a faixa etária de 11 a 14 anos que já foi validada em diferentes idiomas, mostrou validade discriminante entre grupos com gravidades diferentes de alterações bucais como maloclusão [29,30] e cárie dentária [21, 29].

Diante dos resultados encontrados, a versão brasileira do CPQ₈₋₁₀ apresentou propriedades psicométricas semelhantes as propriedades do instrumento original, comprovando as equivalências estudadas (Conceitual, Itens, Semântica e Operacional) alcançando o objetivo final que é a Equivalência Funcional [19].

A faixa etária de 8 a 10 anos coincide com o período de troca dos incisivos, tornando-se difícil encontrar crianças com os incisivos permanentes em oclusão. Este critério de inclusão era de extrema importância para a avaliação do Índice de Estética Dental e categorização da oclusão das crianças. Além disto, neste estudo teve-se o cuidado de encontrar crianças nas clínicas que ainda não tinham sido submetidas a tratamento odontológico, este critério de exclusão é essencial para discernir que o impacto sobre a qualidade de vida se deve à alteração apresentada pela criança e não ao tratamento submetido a ela.

A versão em português do CPQ₈₋₁₀ provou ser válida e confiável para a aplicação em crianças brasileiras desta mesma faixa etária. As propriedades psicométricas foram similares ao instrumento original e a Equivalência Funcional foi comprovada, permitindo o uso do CPQ₈₋₁₀ em estudos no Brasil. Desta forma, o instrumento validado

poderá auxiliar os profissionais de saúde, em especial os odontopediatras, a conhecerem melhor a influência que a saúde bucal exerce na qualidade de vida das crianças. A partir desse conhecimento, medidas efetivas de promoção de saúde direcionadas a essa parcela da população, poderão ser tomadas.

O quê este estudo acrescenta:

- Este estudo mostra que a versão brasileira do CPQ₈₋₁₀ é válida e confiável para uso em crianças brasileiras de mesma faixa etária.
- Estudos em outros idiomas devem ser conduzidos de forma a validar este instrumento em diferentes culturas, assim como tem sido feito com o mesmo instrumento para a faixa etária de 11 a 14 anos (CPQ₁₁₋₁₄).

Por quê este estudo é importante para os odontopediatras:

- O CPQ₈₋₁₀ validado poderá ser aplicado por odontopediatras de forma a conhecer melhor a percepção de seus pacientes sobre sua saúde bucal.
- Após o tratamento clínico, o odontopediatra pode através do CPQ₈₋₁₀, observar o impacto das intervenções por ele realizadas.
- O instrumento CPQ₈₋₁₀ possui a propriedade de diferenciar o impacto de diferentes alterações bucais e pode ser usado como auxiliar na escolha de políticas públicas de saúde.

Referências Bibliográficas

1. Theunissen NCM, Vogels TGC, Koopman HM, et al. The proxy problem: child report versus parent report in health-related quality of life research. *Qual life Res* 1998; 7: 387-97.
2. Broder HL, McGrath C, Cisneros GJ. Questionnaire development: face validity and item impact testing of Child Oral Health Impact Profile. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007; 35: 8-19.
3. Feitosa S, Colares V, Pinkham J. The psychosocial effects of severe caries in 4-year-old children in Recife, Pernambuco, Brazil. *Cad Saúde Pública* 2005; 21: 1550-6.
4. 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; 30: 438-48.
5. Marques LS, Ramos-Jorge ML, Paiva SM, Pordeus IA. Malocclusion: esthetic impact and quality of life among Brazilian schoolchildren. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2006; 129: 424-7.
6. Oliveira CM, Sheiham A. Orthodontic treatment and its impact on oral health-related quality of life in Brazilian adolescents. *J Orthod* 2004; 31: 20-7.
7. Slade GD. Derivation and validation of a short- form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol* 1997; 25: 284-90.
8. 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: 459-63.

9. Varni J, Limbers C, Burwinkle T. How young can children reliably and validly self-report their health-related quality of life? An analysis of 8591 children across age subgroup with the PedsQL 4.0 Generic Core Scales. *Health Qual Life Outcomes* 2007; 5: 1-13.
10. Varni J, Limbers C, Burwinkle T. Parent proxy-report of their children's health-related quality of life: an analysis of 13878 parents' reliability and validity across age subgroups using the PedsQL 4.0 Generic Core Scales. *Health Qual Life Outcomes* 2007; 5: 1-10.
11. Gerunpong S, Tsakos G, Sheiham A. Developing and evaluating an oral health-related quality of the index for children; the CHILD-OIDP. *Community Dent Health* 2004; 21: 161-9.
12. 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; 26: 512-18.
13. Jokovic A, Locker D, Guyatt G. Short forms of the Child Perceptions Questionnaire for 11-14-year-old children (CPQ₁₁₋₁₄): Development and initial evaluation. *Health Qual Life Outcomes* 2006; 4: 1-9.
14. Pahel BT, Rozier RG, Slade GD. Parental perceptions of children's oral health: the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). *Health Qual Life Outcomes* 2007; 5: 1-10.
15. Tesch FC, Oliveira BH, Leão A. Equivalência Semântica da versão em português do instrumento Early Childhood Oral Health Impact Scale. *Cad. Saúde Pública* 2008, 24: 1897-909.

16. Goursand D, Paiva SM, Zarzar PM, Ramos-Jorge ML, Cornacchia GM, Pordeus IA, Alisson PJ. Cross-cultural adaptation of the Child Perceptions Questionnaire 11-14 (CPQ₁₁₋₁₄) for the Brazilian Portuguese language. *Health Qual Life Outcomes* 2008; 6: 1-7.
17. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol* 1993; 46: 1417-32.
18. Van Widenfelt BMV, Treffers PDA, Beurs E, Siebelink BM, Koudijs E. Translation and cross-cultural adaptation of assessment instruments used in psychological research with children and families. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2005; 8: 135-47.
19. Herdman M, Fox-Rushby J, Badia X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. *Qual Life Res* 1998; 7: 323-35.
20. Corless IB, Nicholas PK, Nokes KM. Issues in cross-cultural quality-of-life research. *Image J Nurs Sch* 2001; 33: 15-20.
21. Brown A, Al- Khayal Z. Validity and reliability of the Arabic Translation of the Child oral-health-related quality of life questionnaire (CPQ₁₁₋₁₄) in Saudi Arabia. *Int J Paediatr Dent* 2006; 16: 405-11.
22. Organização Mundial de Saúde. Levantamentos básicos em saúde bucal. São Paulo: Editora Santos; 1999.
23. Cons NC, Jenny J, Kohout FJ. (1986): DAI: the Dental Aesthetic Index. Iowa City, Iowa: College of Dentistry, University of Iowa.

24. Reichenheim ME, Moraes CL. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. *Rev Saúde Pública* 2007; 41: 665-73.
25. Bland J M, Altman DG. Statistics notes: Cronbach's alpha. *BMJ* 1997; 314:572.
26. Wilson-Genderson M, Broder HL, Philips C. Concordance between caregiver and child reports of children's oral health-related quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007; 35: 32-40.
27. Marshman Z, Rodd H, Stern M, Mitchell C, Locker D, Jokovic A, Robinson PG. An evaluation of the Child Perceptions Questionnaire in the UK. *Community Dent Health* 2005, 22: 151-55.
28. 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: 326-32.
29. Foster Page LA, Thomson WM, Jokovic A, Locker D: Validation of the Child Perceptions Questionnaire (CPQ11-14). *J Dent Res* 2005; 84: 649-52.
30. O'Brien K, Wright JL, Conboy F, Macfarlane T, Mandall N. The Child Perceptions Questionnaire is valid for malocclusions in the United Kingdom. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2006; 129: 536-40.

Tabela 1: Consistência interna e estabilidade da versão brasileira do CPQ₈₋₁₀ (n=59)

Variável	número de itens	alfa de Cronbach	coeficiente de correlação intra-classe	intervalo de confiança
Escala total	25	0,92	0,96	0,90-0,98
Subescalas				
Sintomas Orais	5	0,63	0,79	0,60-0,89
Limitações Funcionais	5	0,67	0,88	0,78-0,94
Bem-estar Emocional	5	0,85	0,95	0,91-0,98
Bem-estar Social	10	0,85	0,92	0,84-0,96

Tabela 2: Validade de Construto: correlação entre escore total e escores dos domínios e os índices globais de saúde bucal e bem-estar geral (n=59)

	Índices globais			
	saúde	bucal	bem-estar	geral
	r *	p-valor	r *	p-valor
Escala total	0,27	0,017	0,26	0,018
Subscalas				
Sintomas Orais	0,21	0,064	0,30	0,006
Limitações Funcionais	0,23	0,038	0,26	0,018
Bem-estar Emocional	0,28	0,013	0,22	0,051
Bem-estar Social	0,16	0,167	0,13	0,237

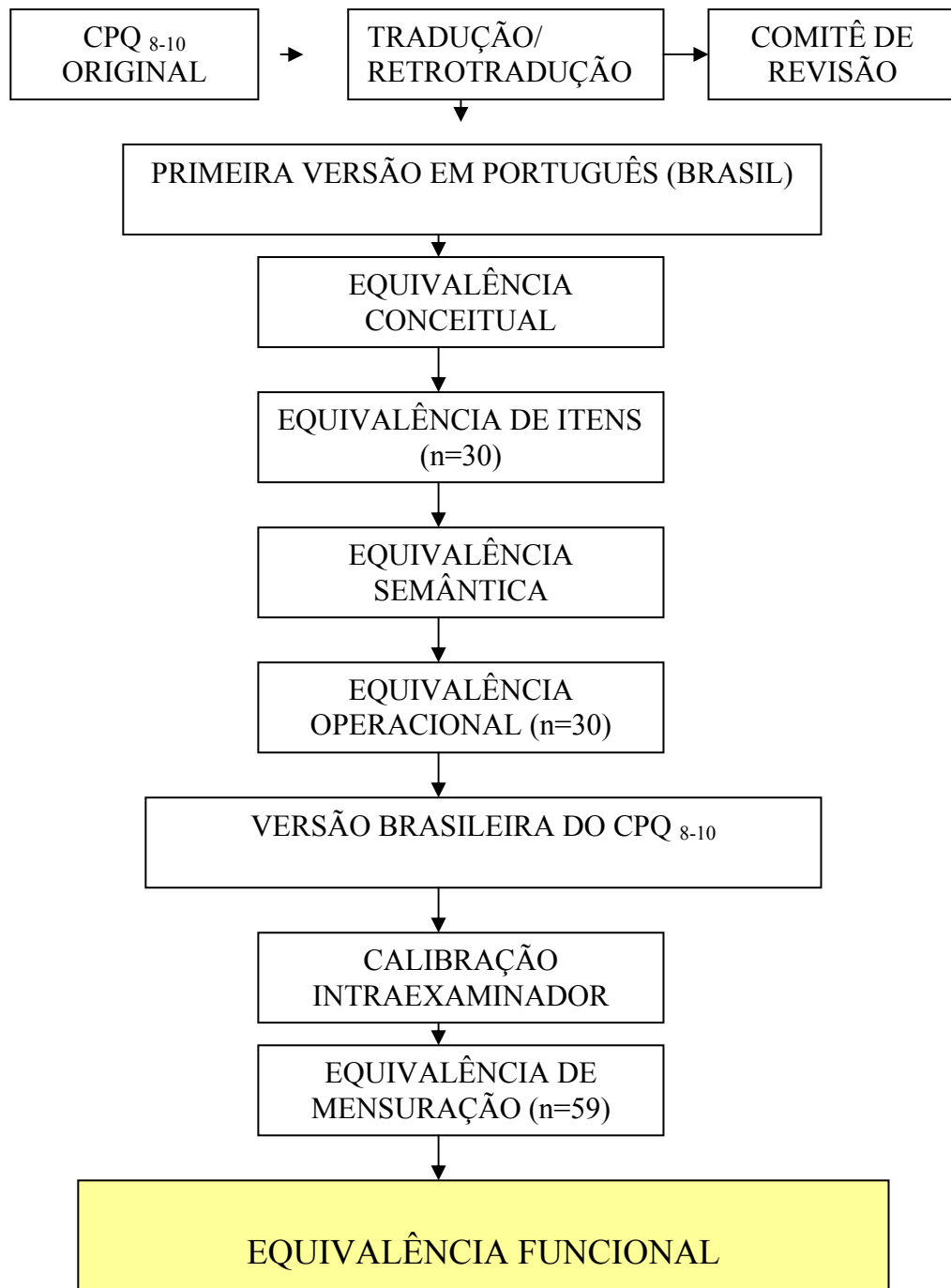
* Correlação de Spearman

Tabela 3: Validade Discriminante: escores totais e escores dos domínios para os grupos de crianças com alterações bucais (n=59)

	Crianças com lesões cariosas cavitadas (n=22)		Crianças com Maloclusão (n=20)		Crianças com as duas alterações (n=17)		valor de p
	Média (DP)	mediana	Média (DP)	mediana	Média (DP)	mediana	
Escore total	14,77±13,28	9,00	10,70±12,30	6,50	21,29±13,18	21,00	0,026
Domínios							
Sintomas Oraís	4,86±3,21	4,50	3,20±2,72	2,50	7,29±3,07	7,00	0,001
Limitações Funcionais	3,05±2,93	2,00	2,30±2,95	1,50	2,88±2,61	2,00	0,406
Bem-estar Emocional	3,00±3,79	1,00	1,75±3,02	0,50	4,65±4,15	3,00	0,022
Bem-estar Social	3,95±5,73	2,00	3,40±5,09	1,00	6,53±5,76	6,00	0,106

* Teste de Kruskal-Wallis

Figura 1: Fluxograma da metodologia



CONSIDERAÇÕES FINAIS

A doença cárie, assim como a maloclusão, é muito prevalente nas crianças brasileiras de outros países subdesenvolvidos. Permanece também um problema nos países desenvolvidos quando se pensa em classes econômicas menos favorecidas. A literatura mostra que estas doenças causam seqüelas físicas como a dor, interferindo no bem estar emocional e social das crianças e de suas famílias. Os pais ou responsáveis podem ter seu sono interrompido quando seu filho queixa-se de dor, precisam ausentar-se do trabalho para levar a criança para o atendimento e, muitas vezes, precisam ter gastos financeiros para adquirirem estes serviços odontológicos.

Mensurar esta influência das alterações bucais na qualidade de vida de crianças é uma tarefa delicada, considerando que se trabalha com critérios subjetivos. Para viabilizar este trabalho, instrumentos apropriados foram desenvolvidos. No entanto, esses instrumentos específicos para crianças são todos na língua inglesa. Com o intuito de se aplicar o referido instrumento dentro da realidade brasileira, torna-se de fundamental importância que se faça sua adaptação trans-cultural. A prevalência das doenças bucais, assim como as atividades e linguagem das crianças podem variar muito entre culturas tão diferentes.

A versão brasileira do CPQ₈₋₁₀ com suas devidas adaptações e propriedades psicométricas comprovadas, será de fundamental importância em estudos epidemiológicos. Associada à outros dados, como a prevalência das doenças bucais, poderá facilitar a escolha e planejamento de políticas de saúde e abordagens de tratamento, objetivando sempre a saúde da criança, no seu sentido mais amplo que abrange a satisfação do indivíduo com seu estado físico, funcional, emocional e social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barrêto E, Ferreira E, Pordeus I. Evaluation of toothache severity in children using a visual analogue scale of faces. *Pediatr Dent* 2004; 26 (6): 485-91.
2. Bland J M, Altman DG. Statistics notes: Cronbach's alpha. *BMJ* 1997; 314:572.
3. Broder HL. Children's oral health-related quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007; 35(1): 5-7.
4. Broder HL, McGrath C, Cisneros GJ. Questionnaire development: face validity and item impact testing of Child Oral Health Impact Profile. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007; 35(1): 8-19.
5. Brown A, Al- Khayal Z. Validity and reliability of the Arabic Translation of the Child oral-health-related quality of life questionnaire (CPQ11-14) in Saudi Arabia. *Int J Paediatr Dent* 2006; 16(6): 405-11.
6. Cons NC, Jenny J, Kohout FJ. (1986): DAI: the Dental Aesthetic Index. Iowa City, Iowa: College of Dentistry, University of Iowa.
7. Corless IB, Nicholas PK, Nokes KM. Issues in cross-cultural quality-of-life research. *Image J Nurs Sch* 2001; 33(1): 15-20.
8. Dunlow N, Philips C, Broder HL. Concurrent validity of the COHIP. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007; 35(1):41-9.
9. Feitosa S, Colares V, Pinkham J. The psychosocial effects of severe caries in 4-year-old children in Recife, Pernambuco, Brazil. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(5):1550-6.
10. Foster Page LA, Thomson WM, Jokovic A, Locker D: Validation of the Child Perceptions Questionnaire (CPQ 11-14). *J Dent Res* 2005; 84(7):649-52.
11. Gerunpong S, Tsakos G, Sheiham A. Developing and evaluating an oral health-related quality of the index for children; the CHILD-OIDP. *Community Dent Health* 2004; 21(2):161-9.
12. Goursand D, Paiva SM, Zarzar PM, Ramos-Jorge ML, Cornacchia GM, Pordeus IA, Alisson PJ. Cross-cultural adaptation of the Child Perceptions Questionnaire 11-14 (CPQ₁₁₋₁₄) for the Brazilian Portuguese language. *Health Qual Life Outcomes* 2008; 6(2):1-7.
13. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol* 1993; 46(12):1417-32.
14. Herdman M, Fox-Rushby J, Badia X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. *Qual Life Res* 1998; 7(4): 323-35.
15. 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(5):326-32.
16. 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(7): 459-63.
17. 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; 26(6):512-18.

18. Jokovic A, Locker D, Guyatt,G. Short forms of the Child Perceptions Questionnaire for 11-14-year-old children (CPQ₁₁₋₁₄): Development and initial evaluation. *Health Qual Life Outcomes* 2006; 4(4): 1-9.
19. 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; 30(6): 438-48.
20. Marques LS, Ramos-Jorge ML, Paiva SM, Pordeus IA. Malocclusion: esthetic impact and quality of life among Brazilian schoolchildren. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2006; 129(3):424-7.
21. Marshman Z, Rodd H, Stern M, Mitchell C, Locker D, Jokovic A, Robinson PG. An evaluation of the Child Perceptions Questionnaire in the UK. *Community Dent Health* 2005, 22(3):151-55.
22. McGrath C, Broder H, Wilson-Genderson M. Assessing the impact of oral health on the life quality of children: implications for research and practice. *Community Dent Oral Epidemiol* 2004; 32(2):81-5.
23. Nuttall NM, Steele JG, Evans D, Chadwick B, Morris AJ, HILL K. The reported impact of oral condition on children in the United Kingdom. *Brit Dent J* 2006; 200(10): 551-6.
24. O'Brien K, Wright JL, Conboy F, Macfarlane T, Mandall N. The Child Perceptions Questionnaire is valid for malocclusions in the United Kingdom. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2006; 129(4): 536-40.
25. Oliveira CM, Sheiham A. Orthodontic treatment and its impact on oral health-related quality of life in Brazilian adolescents. *J Orthod* 2004; 31(1): 20-7.
26. Organização Mundial de Saúde. Levantamentos básicos em saúde bucal. São Paulo: Editora Santos; 1999.
27. Pahel BT, Rozier RG, Slade GD. Parental perceptions of children's oral health: the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). *Health Qual Life Outcomes* 2007; 5(6):1-10.
28. Peres K, Traebert E, Marcenes W. Diferenças entre autopercepção e critérios normativos na identificação das oclusopatias. *Rev Saúde Pública* 2002; 36(2):230-6.
29. Rebok G, Riley A, Forrest C, et al. Elementary school-aged children's reports of their health: a cognitive interviewing study. *Qual Life Res* 2001; 10(1):59-70.
30. Reichenheim ME, Moraes CL. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. *Rev Saúde Pública* 2007; 41(4):665-73.
31. Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Health* 1994; 11:3-11.
32. Slade GD. Derivation and validation of a short- form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol* 1997; 25(4): 284-90.
33. Tesch FC, Oliveira BH, Leão A. Equivalência Semântica da versão em português do instrumento Early Childhood Oral Health Impact Scale. *Cad. Saúde Pública* 2008, 24: 1897-909.

34. Theunissen NCM, Vogels TGC, Koopman HM, Verrips GHW, Zwinderman KAH, Verloove-Vanhorick SP, Wit JM .The proxy problem: child report versus parent report in health-related quality of life research. *Qual Life Res* 1998; 7(5):387-97
35. Tung AW, Kiyak HÁ. Psychological influences on the timing of orthodontic treatment. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 1998; 113(1):29-39.
36. Van Widenfelt BMV, Treffers PDA, Beurs E, Siebelink BM, Koudijs E. Translation and cross-cultural adaptation of assessment instruments used in psychological research with children and families. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2005; 8(2):135-47.
37. Varni J, Limbers C, Burwinkle T. How young can children reliably and validly self-report their health-related quality of life? An analysis of 8591 children across age subgroup with the PedsQL 4.0 Generic Core Scales. *Health Qual Life Outcomes* 2007; 5(1):1-13.
38. Varni J, Limbers C, Burwinkle T. Parent proxy-report of their children`s health-related quality of life: an analysis of 13878 parents` reliability and validity across age subgroups using the PedsQL 4.0 Generic Core Scales. *Health Qual Life Outcomes* 2007; 5(2):1-10.
39. Wilson-Genderson M, Broder HL, Philips C. Concordance between caregiver and child reports of children`s oral health-related quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007; 35(1):32-40.
40. Yusuf H, Gherunpong S, Sheiham A. Validation of na English version of the Child-OIDP index, oral health-related quality of life measure for children. *Health Qual Life Outcomes* 2006; 4(38):1-7.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado responsável, este estudo que tem como título: “Tradução, adaptação trans-cultural e avaliação da validade e confiabilidade do Child Perceptions Questionnaire direcionado a crianças brasileiras de 8 a 10 anos de idade”, objetiva fazer a tradução, a adaptação trans-cultural e a validação de um questionário criado na língua inglesa, para uso em crianças brasileiras; e assim, descobrir se as doenças da boca e da face interferem com a qualidade de vida das crianças como seu filho.

Para a realização desta pesquisa será necessário que seu filho(a) responda a um questionário, relativo à saúde bucal e atividades que ele pratica.

Em alguns casos será necessário que seu filho(a) responda ao mesmo questionário outra vez, duas semanas depois.

Antes do atendimento, além do preenchimento do questionário, será feita uma escovação bucal e um exame clínico, no mesmo local em que ele será atendido. Este exame não provocará nenhum incômodo a seu filho(a) e não apresenta riscos.

É importante que você saiba que nenhuma criança será identificada, sendo mantido o caráter confidencial da informação, de modo que seus nomes não serão identificados. Gostaríamos de informar também que se você quiser desistir da pesquisa poderá aze-lo a qualquer momento, sem prejuízo para a continuidade do tratamento dentário.

Estar participando do estudo não lhe trará nenhuma despesa financeira. Se tiver dúvidas, pode entrar em contato comigo através do telefone: 31 33725580/96510383 ou entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa desta Universidade pelo telefone: 31 32489364.

Após receber informações sobre a pesquisa, autorizo que meu filho(a) participe deste estudo e concordo que seja realizado exame clínico nele(a), _____, bem como, que ele(a) responda ao questionário. Autorizo também, que os dados obtidos através do exame clínico e das respostas aos questionários sejam apresentados e publicados em eventos e artigos científicos.

Belo Horizonte, ____ de _____ de _____.

Nome:

Responsável pela criança

Assinatura da criança

Milene Aparecida Torres Saar Martins

Pesquisadora

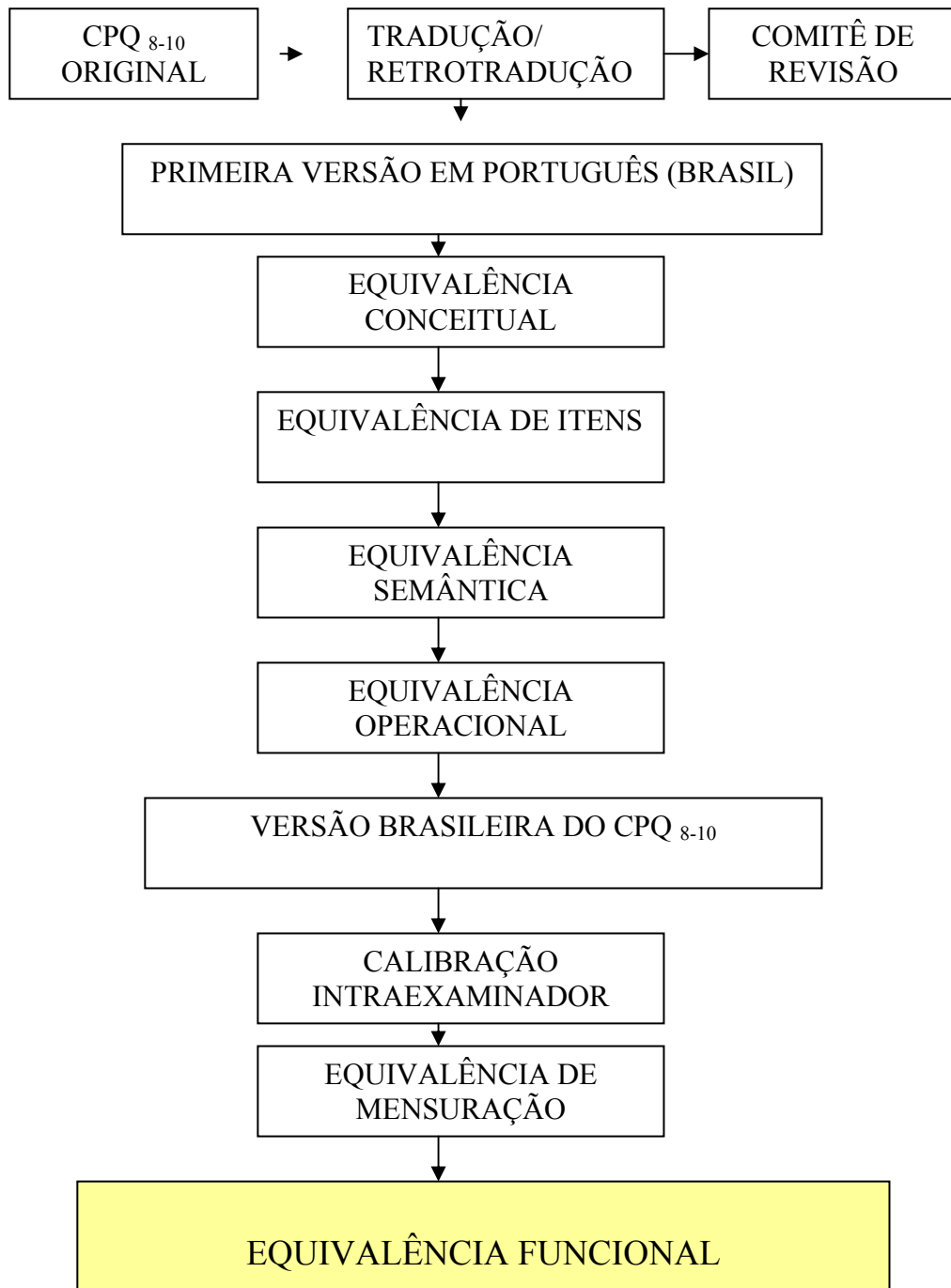
COEP/UFMG: Telefone: 34994592

Presidente: Profa. Maria Helena de Lima Perez Garcia

Av: Antônio Carlos, 6627. Unidade Administrativa II, sala2005, Pampulha.

APÊNDICE B

FLUXOGRAMA DA METODOLOGIA



APÊNDICE C

ALTERAÇÕES NO INSTRUMENTO APÓS COMITÊ DE REVISÃO

NÚMERO DA QUESTÃO	VERSÃO INICIAL	APÓS COMITÊ DE REVISÃO
TODAS	Nas últimas quatro semanas, quantas vezes você: (Antes de cada domínio apenas)	Nas últimas quatro semanas, você (Antes de cada questão)
04	Quanto seus dentes ou boca o incomodam na sua vida diária?	Quanto seus dentes ou boca te incomodam no dia-a-dia?
06	Com que frequência você teve aftas na sua boca nas últimas quatro semanas?	Nas últimas quatro semanas, quantas vezes você teve feridas na sua boca?
07	Com que frequência você teve dor nos seus dentes quando você bebe bebidas geladas ou come comida nas últimas quatro semanas?	Nas últimas quatro semanas, quantas vezes você sentiu dor nos seus dentes quando bebeu alguma coisa gelada ou comeu alguma coisa?
09	Com que frequência você teve mau hálito nas últimas quatro semanas?	Nas últimas quatro semanas, quantas vezes você sentiu cheiro ruim na sua boca?
10	Nas últimas quatro semanas, quantas vezes você precisou de mais tempo do que os outros para comer sua refeição por causa dos seus dentes ou boca?	Nas últimas quatro semanas, quantas vezes você precisou de mais tempo do que os outros para comer sua comida por causa dos seus dentes ou boca?
11	Nas últimas quatro semanas, com que frequência você teve dificuldade para morder ou mastigar comidas como maçãs, milho, trigo ou carne?	Nas últimas quatro semanas, quantas vezes você teve dificuldade para morder ou mastigar comidas mais duras como maçãs, milho ou carne?
19	Nas últimas quatro semanas, com que frequência você se preocupou que você não era tão bonito quanto os outros por causa dos seus dentes ou boca?	Nas últimas quatro semanas, quantas vezes você achou que você não era tão bonito quanto os outros por causa dos seus dentes ou boca?
24	Nas últimas quatro semanas, com que frequência você tentou não sorrir ou gargalhar quando estava junto de outras crianças, por causa dos seus dentes ou boca?	Nas últimas quatro semanas, quantas vezes você evitou sorrir ou dar risadas quando estava junto de outras crianças, por causa dos seus dentes ou boca?
26	Nas últimas quatro semanas, com que frequência você não quis estar com outras crianças, por causa dos seus dentes ou boca?	Nas últimas quatro semanas, quantas vezes você não quis ficar perto de outras crianças, por causa dos seus dentes ou boca?
28	Nas últimas quatro semanas, com que frequência outras crianças provocaram você ou te deram nomes por causa dos seus dentes ou boca?	Nas últimas quatro semanas, quantas vezes outras crianças provocaram você ou te deram apelidos por causa dos seus dentes ou boca?
29	Nas últimas quatro semanas, com que frequência outras crianças te perguntaram sobre seus dentes ou boca?	Nas últimas quatro semanas, quantas vezes outras crianças fizeram perguntas sobre seus dentes ou boca?

APÊNDICE D

ALTERAÇÕES NO INSTRUMENTO APÓS EQUIVALÊNCIA CONCEITUAL

NÚMERO DA QUESTÃO	VERSÃO APÓS COMITÊ DE REVISÃO	VERSÃO APÓS EQUIVALÊNCIA CONCEITUAL
3	Quando você pensa sobre os seus dentes ou boca, você diria que eles são:	Você acha que os seus dentes e a sua boca são:
4	Quanto seus dentes ou boca te incomodam no dia-a-dia?	Os seus dentes ou a sua boca te incomodam? Quanto?
16	Nas últimas quatro semanas, quantas vezes você se sentiu frustrado por causa dos seus dentes ou boca?	Nas últimas quatro semanas, quantas vezes você se sentiu triste por causa dos seus dentes ou boca?
17	Nas últimas quatro semanas, quantas vezes você ficou tímido por causa dos seus dentes ou boca?	Nas últimas quatro semanas, quantas vezes você ficou com vergonha por causa dos seus dentes ou boca?
24	Nas últimas quatro semanas, quantas vezes você evitou sorrir ou dar risadas quando estava junto de outras crianças, por causa dos seus dentes ou boca?	Nas últimas quatro semanas, quantas vezes você deixou de sorrir ou dar risadas quando estava junto de outras crianças, por causa dos seus dentes ou boca?
27	Nas últimas quatro semanas, quantas vezes você ficou de fora de atividades como esportes e clubes, por causa dos seus dentes ou boca?	Nas últimas quatro semanas, quantas vezes você ficou de fora de jogos e brincadeiras, por causa dos seus dentes ou boca?
28	Nas últimas quatro semanas, quantas vezes outras crianças provocaram você ou te deram apelidos por causa dos seus dentes ou boca?	Nas últimas quatro semanas, quantas vezes outras crianças fizeram gozação ou colocaram apelidos, por causa dos seus dentes ou boca?

APÊNDICE E

ALTERAÇÕES NO INSTRUMENTO APÓS PRÉ-TESTE PARA EQUÍVALÊNCIA DE ITENS

NÚMERO DA QUESTÃO	VERSÃO APÓS EQUÍVALÊNCIA CONCEITUAL	VERSÃO APÓS EQUÍVALÊNCIA DE ITENS
TODAS	Resposta: nunca	Resposta: nenhuma vez
10	Nas últimas quatro semanas, quantas vezes você precisou de mais tempo do que os outros para comer sua comida por causa dos seus dentes ou boca?	Nas últimas quatro semanas, quantas vezes você gastou mais tempo do que os outros para comer sua comida por causa dos seus dentes ou boca?

APÊNDICE F

ALTERAÇÕES NO INSTRUMENTO APÓS EQUÍVALÊNCIA SEMÂNTICA

NÚMERO DA QUESTÃO	VERSÃO APÓS EQUÍVALÊNCIA DE ITENS	VERSÃO APÓS EQUÍVALÊNCIA SEMÂNTICA
todas	Nas últimas quatro semanas	No último mês
4	Os seus dentes ou a sua boca te incomodam? Quanto?	Quanto os seus dentes ou a sua boca te incomodam?
8	Nas últimas quatro semanas, quantas vezes você sentiu que a comida ficou agarrada em seus dentes?	No último mês, quantas vezes a comida ficou agarrada em seus dentes?
9	Nas últimas quatro semanas, quantas vezes você sentiu cheiro ruim na sua boca?	No último mês, quantas vezes você ficou com cheiro ruim na sua boca?
11	Nas últimas quatro semanas, quantas vezes você teve dificuldade para morder ou mastigar comidas mais duras como: maçã, pão, milho ou carne?	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?
12	Nas últimas quatro semanas, quantas vezes você teve problemas para comer o que gostaria de comer, por causa dos seus dentes ou boca?	Nas últimas quatro semanas, quantas vezes foi difícil para você comer o que você queria, por causa dos seus dentes ou boca?
19	Nas últimas quatro semanas, quantas vezes você achou que você não era tão bonito quanto seus colegas, por causa dos seus dentes ou boca?	No último mês, quantas vezes você achou que você não era tão bonito quanto outras pessoas, por causa dos seus dentes ou boca?
28	Nas últimas quatro semanas, quantas vezes outras crianças fizeram gozação ou colocaram apelidos, por causa dos seus dentes ou boca?	No último mês, quantas vezes outras crianças fizeram gozação ou colocaram apelidos em você, por causa dos seus dentes ou boca?
29	Nas últimas quatro semanas, quantas vezes outras crianças fizeram perguntas sobre seus dentes ou boca?	No último mês, quantas vezes outras crianças fizeram perguntas para você sobre seus dentes ou boca?
Todas	por causa de seus dentes ou boca	por causa de seus dentes ou de sua boca

APÊNDICE G

VERSÃO FINAL EM PORTUGUÊS DO CPQ8-10

Data de hoje: -----/-----/-----

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

APÊNDICE H

Ficha Clínica

Nome da criança: _____

Data de nascimento: ___/___/___ Idade: _____ anos

Telefone _____

Sexo: Masculino () Feminino () Data do exame: ___/___/___

Número de dentes permanentes presentes:

ODONTOGRAMA

(OMS, 1999)

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37

(0) hígido (1) lesão de cárie (2) dente restaurado com cárie (3) dente restaurado sem cárie (4) dente perdido por cárie (5) ausente (6) selante de fissura (7) dente suporte de prótese, coroa protética ou faceta (8) não erupcionado (T) traumatismo (9) não registrado

Índice de Estética Dental (IED)

1. Número de dentes ausentes na arcada superior e inferior -----

2. Apinhamento anterior:-----
 sem apinhamento, 1- um segmento apinhado, 2- dois segmentos apinhados)

3. Espaçamento anterior: -----
 (0-sem espaçamento, 1- um segmento espaçado, 2- dois segmentos espaçados)

4. Diastema incisal em mm: -----

5. Maior irregularidade anterior superior em mm:-----

6. Maior irregularidade anterior inferior em mm:-----

7. Sobressaliência superior anterior em mm:-----

8. Sobressaliência inferior anterior em mm:-----

9. Mordida aberta anterior vertical em mm:-----

10. Relação molar antero-posterior(0- normal, 1- meia cúspide, 2- uma cúspide)

Mordida cruzada posterior (0- ausente, 1- presente)-----

Mordida cruzada posterior presente(1-esquerda, 2-direita,3- bilateral)-----

ANEXOS

ANEXO A: VERSÃO ORIGINAL DO CPQ₈₋₁₀

ANEXO B: AUTORIZAÇÃO DO COEP

ANEXO C: EXAME CLÍNICO PARA ALTERAÇÕES BUCAIS

Os procedimentos e critérios diagnósticos foram os recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (1999):

Presença de cárie dentária

a) Cárie dentária: A cárie foi considerada presente quando uma lesão em uma fôssula ou fissura, ou em uma superfície dentária lisa, tinha uma cavidade inconfundível, esmalte socavado, ou um assoalho ou parede detectavelmente amolecido. Um dente com uma restauração provisória, ou que estava selado, mas também cariado, foi incluído como dente cariado. O escore será 0 = ausência de cárie e 1 = presença de cárie. Quando houve qualquer dúvida a cárie não foi registrada como presente. A sonda IPC foi usada para confirmar as evidências visuais de cárie nas faces oclusal, vestibular e lingual.

Alterações ortodônticas

O índice utilizado para classificar a gravidade da maloclusão foi o Dental Aesthetic Index (DAI), uma vez que não existem índices específicos para dentição mista. Além disto, sabendo que o DAI não considera mordida cruzada posterior, este tipo de maloclusão foi acrescido ao índice, quando se fez presente.

a) Sobressaliência maxilar anterior: A mensuração do relacionamento horizontal dos incisivos foi realizada com os dentes em oclusão cêntrica. A distância a partir do bordo incisal vestibular do incisivo superior mais proeminente até a superfície vestibular do incisivo inferior correspondente foi medida com a sonda IPC paralela ao plano oclusal. A sobressaliência maxilar não foi registrada caso todos os incisivos superiores estivessem ausentes ou em mordida cruzada lingual. A maior sobressaliência do maxilar foi registrada arredondando-se os milímetros.

b) Sobressaliência mandibular anterior: A sobressaliência mandibular foi registrada quando qualquer um dos incisivos inferiores estivesse protruído anteriormente ou vestibularmente em relação ao incisivo superior antagonista, isto é, estivesse em

mordida cruzada. A mensuração foi a mesma realizada para a sobressaliência maxilar anterior.

c) Apinhamento dos segmentos anteriores: foi considerada a condição na qual o espaço disponível entre os caninos direito e esquerdo fosse insuficiente para acomodar todos os quatro incisivos em alinhamento normal. Os dentes poderiam estar girados ou deslocados para fora do alinhamento da arcada. O escore foi de 0 = ausência de apinhamento, 1 = apinhamento em um segmento anterior e 2= apinhamento em dois segmentos posteriores. O apinhamento foi registrado caso os quatro incisivos estivessem em um alinhamento adequado, mas um ou ambos os caninos estivessem deslocados.

d) Mordida aberta anterior vertical: Foi considerada quando existisse uma ausência de sobreposição vertical entre quaisquer dos incisivos antagonistas. A maior mordida aberta foi registrada arredondando-se os milímetros.

e) Oligodontia: Foram considerados os pacientes portadores de oligodontia quando houvesse a ausência de um ou mais dos seguintes elementos dentários: incisivos, caninos e pré-molares. Os dentes não foram considerados ausentes caso seus espaços estivessem fechados, caso um dente decíduo ainda estivesse em posição, e seu sucessor ainda não tivesse irrompido, ou se um incisivo, um canino ou pré-molar tivesse sido substituído por uma prótese. O número de dentes ausentes na arcada superior e inferior foi registrado.

f) Espaçamento nos segmentos anteriores: Foi considerado espaçamento quando um ou mais incisivos tivessem suas faces proximais sem qualquer contato interdentário. O espaço oriundo de um dente decíduo recentemente esfoliado não foi registrado. O escore foi de 0= sem espaçamento, 1= um segmento com espaçamento e 2= dois segmentos com espaçamento.

g) Diastema: Esta mensuração foi feita em qualquer nível entre as superfícies mesiais dos incisivos centrais superiores.

h) Maior irregularidade superior anterior: As irregularidades foram rotações ou deslocamentos em relação ao alinhamento normal. Os quatro incisivos superiores deveriam ser examinados a fim de localizar a maior irregularidade. As irregularidades poderiam ocorrer com ou sem apinhamento. Caso existisse espaço suficiente para os quatro incisivos em alinhamento normal, mas algum deles estivesse girovertido ou deslocado, a maior irregularidade foi mensurada e o segmento não deveria ser considerado apinhado.

i) Maior irregularidade inferior anterior: A mensuração foi a mesma que foi realizada na arcada superior. A maior irregularidade entre dentes adjacentes na arcada mandibular foi localizada e mensurada.

j) Relação molar ântero-posterior: Esta avaliação foi feita baseada no relacionamento dos primeiros molares superiores e inferiores permanentes. Caso esta avaliação não pudesse ser feita desta maneira, a relação dos caninos e pré-molares permanentes seria avaliada. Os escores foram: 0=normal, 1= meia cúspide mesial ou distal da relação normal e 2= uma cúspide ou mais mesial ou distal da relação normal.

ANEXO D: AUTORIZAÇÕES PARA A COLETA DE DADOS

ANEXO E: NORMAS DE PUBLICAÇÃO DO PERIÓDICO