

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
Faculdade de Ciências de Saúde
Programa de Pós-Graduação em Odontologia



Dissertação de Mestrado

**Determinantes de higiene bucal de crianças de 6 a 9 anos de idade em uma
área socialmente vulnerável do Distrito Federal**

Caroline Diniz Pagani Vieira Ribeiro

Brasília, 23 de junho de 2023

Caroline Diniz Pagani Vieira Ribeiro

**Determinantes de higiene bucal de crianças de 6 a 9 anos de idade em uma
área socialmente vulnerável do Distrito Federal**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Odontologia.

Orientadora: Prof. Dra. Ana Cristina Barreto Bezerra

Brasília, 2023

Caroline Diniz Pagani Vieira Ribeiro

**Determinantes de higiene bucal de crianças de 6 a 9 anos de idade em uma
área socialmente vulnerável do Distrito Federal**

Dissertação aprovada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Odontologia, pelo Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Data da defesa: 23/06/2023

Banca examinadora:

Prof. Dra. Ana Cristina Barreto Bezerra (Orientadora)

Prof. Dra. Eliana Mitsue Takeshita Nakagawa

Prof. Dra. Tatiana Degani Paes Leme Azevedo

Prof. Dra. Érica Negrini Lia (Suplente)

AGRADECIMENTOS

A Deus que com toda sua graça e misericórdia me sustentou, guiou e me capacitou em cada etapa.

À minha mãe, Letícia Vieira, que sempre foi uma rocha, minha principal incentivadora e exemplo. Não existem palavras que descrevam o quanto ela foi essencial nesse processo.

Ao meu irmão, Vítor Vieira, e ao meu padrasto, Wander Pereira, que sempre me apoiaram com atitudes positivas de amor que confortavam minha alma mostrando o poder de uma família unida. E até mesmo ao Bart e ao Ben os integrantes pets da família que serviram como ânimo e amor incondicional.

Às minhas amigas pelo ombro amigo e de amor.

À minha orientadora, professora Ana Cristina Barreto Bezerra, que me orientou sabiamente e transmitiu todos os seus conhecimentos com carinho. Por toda dedicação, paciência e exigência para fazer o meu melhor. Foi uma honra ser orientada por uma professora tão renomada na especialidade de odontopediatria.

Ao professor Wagner Marcenés, dono deste projeto incrível. E mesmo de longe se fez presente virtualmente em todos os processos com orientações valiosas e de muito aprendizado.

À doutoranda Érica Piovesan que sempre esteve disponível na ajuda do trabalho.

À todas as pessoas envolvidas no projeto, especialmente as entrevistadoras que passaram dias colhendo os dados da amostra.

Ao Silvano que colaborou com a estatística do trabalho.

A todos os professores da Universidade de Brasília (UNB) que transmitiram conhecimento e ensinamento. A cada aula e aprendizado que tive através do Programa de Pós-Graduação em Odontologia. Creio que a UNB foi fundamental para meu aprimoramento profissional e pessoal.

Para finalizar, agradeço a todas as pessoas que passaram pela minha vida ciente do propósito em cada momento vivido.

“Pois o Senhor é quem dá sabedoria; de sua boca procedem o conhecimento e o discernimento”.

(Provérbios 2:6)

RESUMO

O objetivo deste estudo transversal observacional analítico foi investigar os determinantes da higiene bucal de escolares de 6 a 9 anos de idade em duas áreas socioeconomicamente vulneráveis do Distrito Federal. Como linha de base de uma pesquisa de implementação de intervenções a longo prazo para melhoria da qualidade de vida das crianças. Para isso, dois questionários foram aplicados aos pais, um questionário referente aos hábitos, saúde mental e física, e impacto da saúde nas tarefas domésticas rotineiras e outro questionário em relação a informações demográficas e condições socioeconômicas da família. Para avaliar o peso corporal foram utilizadas as de peso e altura. Os dados foram coletados e analisados através da estatística descritiva (a partir de tabelas de frequências univariadas e multivariadas), teste qui-quadrado e modelo de regressão de Poisson. Todas as análises foram realizadas considerando o nível de significância de 5%. Das 474 crianças respondentes aos questionários, 36,1% tinham 8 anos, 53,8% eram meninos, 85,2% tinham renda per capita menor que um salário mínimo, 53,4% das mães tinham Ensino Médio Completo e 78,3% das crianças tinham baixo peso. 79,7% das crianças escovavam os dentes duas vezes ou mais por dia e 78,1% das crianças apresentaram biofilme visível. A renda per capita ($p=0,031$) e o biofilme visível ($p=0,008$) tiveram diferença estatística quando associadas à frequência de escovação. Os outros determinantes não mostraram diferença estatística, apesar da análise univariada e multivariada mostrar que crianças mais velhas, meninos, mães com menos ensino e crianças abaixo do peso têm a tendência de escovar os dentes com menor frequência. Conclui-se que para essa amostra da população o determinante renda per capita tem associação com a frequência da escovação e que a frequência da escovação tem associação com biofilme visível.

Palavras-chave: Determinantes Sociais da Saúde; Escovação Dentária; Biofilme Dentário; Criança.

ABSTRACT

The aim of this analytical observational cross-sectional study was to investigate the determinants of oral hygiene in schoolchildren aged 6 to 9 years old in two socioeconomically vulnerable areas of the Federal District. As a baseline for a research on the implementation of long-term interventions to improve the quality of life of children. Two questionnaires were applied to the parents, one referring to habits, mental and physical health, and the impact of health on routine household chores and the other regarding demographic information and socioeconomic conditions of the family. To evaluate body weight, anthropometric measurements were used. Data were collected and analyzed using descriptive statistics (from univariate and multivariate frequency tables), chi-square test and Poisson regression model. All analyzes were performed considering the significance level of 5%. Of the 474 children responding to the questionnaires, 36.1% were 8 years old, 53.8% were boys, 85.2% had a per capita income of less than one minimum wage, 53.4% of the mothers had completed high school and 78.3 % of children were underweight. 79.7% of the children brushed their teeth twice a day or more and 78.1% of the children had visible biofilm. Per capita income ($p=0.031$) and visible biofilm ($p=0.008$) were statistically different when associated with brushing frequency. The other determinants did not show statistical difference, despite the univariate and multivariate analysis showing that older children, boys, mothers with less education and underweight children tend to brush their teeth less frequently. It is concluded that for this population sample, the determinant per capita income is associated with the frequency of brushing and that the frequency of brushing is associated with visible biofilm.

Keywords: Social Determinants of Health; Toothbrushing; Dental Plaque; Child.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Mapa da região da Escola Classe 02 da Estrutural	33
Figura 2	Mapa da região da Escola Classe 66 de Ceilândia (Sol Nascente)	34
Figura 3	Planilha para monitoramento do recrutamento dos participantes	36

LISTA DE QUADRO E TABELAS

Quadro 1	Variáveis do estudo e categorizações	39
Tabela 1	Estrutura do Ministério da Saúde como educação em saúde	24
Tabela 2	Frequência das variáveis categóricas (caracterização da amostra)	41
Tabela 3	Análise univariada e multivariada para o desfecho da escovação	43
Tabela 4	Análise univariada para o desfecho da placa dentária/ biofilme dental	45

LISTA DE ABREVIATURAS

AHI	Affordable Health Initiative
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CODEPLAN	Companhia de Planejamento do Distrito Federal
DF	Distrito Federal
EPS	Escolas Promotoras de Saúde
GDF	Governo do Distrito Federal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PDAD	Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios
QV	Qualidade de Vida
RA	Regiões Administrativas
SCIA	Setor Complementar de Indústria e Abastecimento
SUS	Sistema Único de Saúde
TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UnB	Universidade de Brasília

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	JUSTIFICATIVA	15
1.2	OBJETIVOS	16
1.2.1	Objetivo Geral	16
1.2.2	Objetivos Específicos	16
1.3	HIPÓTESES	16
1.3.1	Hipótese Nula (H0)	16
1.3.2	Hipótese Alternativa (H1)	17
2	REVISÃO DE LITERATURA	18
2.1	PRIVAÇÃO SOCIAL	18
2.2	DETERMINANTES SOCIAIS	19
2.3	ESCOLARIDADE MATERNA	20
2.4	ESCOLAS PROMOTORAS DE SAÚDE	22
2.5	HIGIENE BUCAL	24
2.5.1	Higiene bucal e educação em saúde	24
2.5.2	Escovação dentária	25
2.5.3	Biofilme	26
2.6	PESO CORPORAL	27
3	METODOLOGIA	30
3.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO	30
3.1.1	Aspectos éticos	30
3.1.2	Riscos e benefícios	31
3.1.3	Local da pesquisa	31
3.2	PARTICIPANTES	34
3.2.1	Seleção da amostra	34
3.2.2	Tamanho da amostra	35
3.3	TREINAMENTO E CALIBRAÇÃO	35
3.4	ESTUDO PILOTO	36
3.5	COLETA DE DADOS	36
3.5.1	Questionários, exame clínico e exame antropométrico	37
3.5.2	Variáveis	38
3.5.3	Viés	39

3.5.4	Análise estatística	40
4	RESULTADOS	41
4.1	CARACTERÍSTICA DA AMOSTRA	41
4.2	FREQUÊNCIA DE ESCOVAÇÃO	42
4.3	FREQUÊNCIA DE PLACA DENTÁRIA/ BIOFILME DENTAL.....	43
5	DISCUSSÃO	46
6	CONCLUSÕES	50
7	REFERÊNCIAS	51
8	PRESS RELEASE	58
	APÊNDICE I – Carta lembrete escola intervenção	59
	APÊNDICE II – Carta lembrete escola controle.....	60
	APÊNDICE III – Guia de abordagem aos pais e/ou responsáveis para agendamento da entrevista.....	61
	ANEXO I - Aprovação do CEP	62
	ANEXO II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	67
	ANEXO III – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	69
	ANEXO IV – Termo de Assentimento (Crianças)	71
	ANEXO V – Questionário de saúde e hábitos da criança.....	72
	ANEXO VI - Questionário AHI Informação Sócio-econômicas da Família	88

1 INTRODUÇÃO

As escolas têm representado um papel fundamental na aprendizagem infantil, em que o conhecimento vai muito além do ensino conteudista escolar. O sistema escolar impacta sobremaneira no contexto ambiental, social, físico e psicológico da criança. Como consequência, a visão da integralidade escolar se alinha aos princípios das Escolas Promotoras de Saúde (EPS) [1].

As EPS implementam ações gerais de promoção da saúde, incluindo temas como ética e cidadania, consumo e trabalho, multiculturalidade, meio ambiente, saúde e sexualidade, além de produzir material didático-informativo para professores, alunos e toda comunidade escolar [1].

É notório observar a existência de uma forte relação entre a educação e a saúde, no qual, crianças saudáveis atingem melhor desempenho escolar. Intervenções de saúde promovidas nas escolas podem impactar positivamente na vida dos estudantes [2]. Neste sentido, em parceria com as EPS, a Affordable Health Initiative (AHI), um programa internacional oferece um modelo operacional simples, escalável e sustentável para a iniciativa da Organização Mundial da Saúde (OMS). Essa iniciativa está em conformidade com a Organização das Nações Unidas (ONU) na temática: "Transformando nosso Mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável" [3]

A missão da AHI é fornecer o apoio para uma boa saúde e educação de qualidade. A AHI cria oportunidades para que crianças socialmente vulneráveis tenham ferramentas emocionais, sociais e físicas semelhantes as das crianças menos vulneráveis, bem como apoiar o acesso a uma boa condição de saúde. Entre os objetivos da AHI estão: fornecer suporte para o desenvolvimento emocional, social e físico, fornecer apoio estruturado para o acesso a bons cuidados de saúde e educação de qualidade e deixar um planeta melhor para as gerações futuras [3].

A AHI opera em comunidades de baixa renda globalmente, atingindo assim, comunidades de grande vulnerabilidade social. Quatro componentes interligados constituem o modelo de EPS da AHI: educação, atividades de promoção da saúde, serviços de saúde e engajamento comunitário. O modelo visa uma conduta constante e incremental por idade (chegando até os 16 anos de idade), começando pelas crianças matriculadas no Ensino Fundamental, sendo mantidas no programa ao longo da vida escolar. Para evitar o alto custo de incluir toda a população escolar de uma só

vez. A AHI vai atuar oferecendo tratamento médico-odontológico por meio de serviços de Atenção Primária à Saúde a todas as crianças inscritas no programa [3].

Uma abordagem integral de educação em saúde é importante para a manutenção da Qualidade de Vida (QV) em níveis aceitáveis dentro de uma sociedade, para benefício da população. Nesse contexto, as escolas são um meio de promoção de saúde de impacto individual e coletivo. Assim, a saúde bucal está inserida sendo indissociável da saúde física e mental. As escolas muito além do seu papel educacional formal exercem grande impacto na educação em saúde, informando sobre hábitos de higiene alimentar e métodos de vida saudáveis. A meta é reduzir a dependência da população dos serviços de saúde e focar na prevenção e na capacidade de autocuidado, bem como promover a autonomia das pessoas [1].

A manutenção da saúde bucal livre de doenças tais como, doença cárie, doenças periodontais, erosão, perda de dentes, entre outros agravos biológicos, funcionais, psicológicos e sociais é fundamental para favorecer a QV em todos os ciclos do desenvolvimento humano [4].

Para prevenir, identificar e saber como manter a saúde bucal é necessário identificar os fatores que interferem na saúde bucal. Estes fatores são chamados de determinantes da saúde bucal. Os determinantes são conjunturas, nos quais, o ser humano nasce e envelhece, e são adaptadas pela economia, política e convívio social. Entre os determinantes para a saúde estão a renda, educação, trabalho, desemprego, apoio social, dependência, alimentação, nível de escolaridade das mães, entre outros [5].

É perceptível que o comportamento educacional em saúde bucal e a formação dos hábitos são baseados nos determinantes de cada família [4,6]. Isso influencia diretamente na escovação dentária que é um ponto fundamental que afeta a saúde bucal [7]. A escovação bucal inadequada e/ou a não escovação dentária faz com que ocorra o acúmulo do biofilme dental que é uma comunidade microbiana organizada estruturalmente complexa e dinâmica [8]. Dessa forma, a escovação diária dos dentes pelo menos duas vezes ao dia é o recomendado [9].

Um outro ponto a ser verificado é a possível relação entre o determinante obesidade e a saúde bucal. Doenças dentárias e obesidade infantil são condições crônicas comuns entre crianças em todo o mundo [1,10]. A obesidade está cada vez mais prevalente mundialmente e é uma das causas mais relevantes de problemas de

saúde, sendo considerada um problema de saúde pública [11]. O número de crianças obesas dobrou nos últimos anos [12].

No contexto de determinantes para a saúde bucal, tal como na obesidade, os maus hábitos alimentares, falta de práticas efetivas de higiene bucal, estilo de vida sedentário e alto consumo de açúcar representam um risco para a saúde bucal podendo gerar uma relação entre esses fatores [13]. Além disso, na literatura, a heterogeneidade significativa entre os estudos primários em termos de pontos de corte adotados para definir sobrepeso/obesidade e o ajuste para fatores de confusão relevantes levaram a achados conflitantes.

Portanto, com o objetivo de atingir populações socioeconomicamente vulneráveis duas áreas de grande privação social do Distrito Federal (DF) (A cidade Estrutural e Sol Nascente) foram escolhidas para esse estudo, com o objetivo de implementar o modelo EPS AHI [3].

Tendo em vista, a importância de se investigar os determinantes de saúde bucal e saber da relação com o peso corporal, este estudo transversal teve como objetivo investigar os determinantes da higiene bucal de escolares de 6 a 9 anos em duas áreas socioeconomicamente vulneráveis.

1.1 JUSTIFICATIVA

Uma das justificativas para este trabalho são os excelentes resultados das Escolas Promotoras de Saúde (EPS) como um meio estratégico para disseminação de conhecimento e ensino [14]. As EPS atingem a população em geral nas mais diversas áreas. Como a evidência científica sugere, as intervenções de saúde promovidas nas escolas podem impactar positivamente na vida dos estudantes. O modelo de EPS da Affordable Health Initiative (AHI) tem como visão: “Um mundo em que cada criança tenha acesso às ferramentas necessárias para atingir seu potencial e florescer” [3].

Para uma futura intervenção em duas áreas de imensa privação social é preciso entender e identificar os determinantes de saúde bucal que atingem aquelas populações em específico. Portanto, este é um trabalho inicial que visa entender e caracterizar a população para saber qual a real necessidade da população.

Sabendo que a saúde bucal e a obesidade têm determinantes em comum, tais como, os maus hábitos alimentares, a falta de práticas efetivas de higiene bucal, o

estilo de vida sedentário e o alto consumo de açúcar, identificar a frequência de escovação das crianças é fundamental para os cuidados em saúde da população [13].

Ademais, existe uma heterogeneidade significativa entre os estudos primários em termos de pontos de corte adotados para definir sobrepeso/obesidade. Sendo necessário um estudo que envolva os determinantes de saúde bucal de áreas de grande privação social com um público-alvo de 6 a 9 anos para uma futura intervenção. Diante disso, observou-se a importância de realizar um estudo observacional transversal para investigar os determinantes da higiene bucal de escolares de 6 a 9 anos em duas áreas socioeconomicamente vulneráveis.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Investigar os determinantes da higiene bucal de escolares de 6 a 9 anos de idade em duas áreas socioeconomicamente vulneráveis.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Avaliar a associação entre a idade e a higiene bucal;
- Avaliar a associação entre o sexo e a higiene bucal;
- Avaliar a associação entre a escolaridade materna e a higiene bucal;
- Avaliar a associação entre a renda per capita e a higiene bucal;
- Avaliar a associação entre o Índice de Massa Corporal e a higiene bucal;
- Avaliar a associação da frequência de escovação com o biofilme visível.

1.3 HIPÓTESES

1.3.1 Hipótese Nula (H0)

Na Hipótese Nula não há associação entre:

- idade e frequência de escovação;

- sexo e frequência de escovação;
- escolaridade materna e frequência de escovação;
- renda per capita e frequência de escovação;
- Índice de Massa Corporal e frequência de escovação;
- frequência de escovação e biofilme visível;
- idade e biofilme visível;
- sexo e biofilme visível;
- escolaridade materna e biofilme visível;
- renda per capita e biofilme visível;
- Índice de Massa Corporal e biofilme visível;

1.3.2 Hipótese Alternativa (H1)

A Hipótese Alternativa afirma que existe associação entre:

- idade e frequência de escovação;
- sexo e frequência de escovação;
- escolaridade materna e frequência de escovação;
- renda per capita e frequência de escovação;
- Índice de Massa Corporal e frequência de escovação;
- frequência de escovação e biofilme visível;
- idade e biofilme visível;
- sexo e biofilme visível;
- escolaridade materna e biofilme visível;
- renda per capita e biofilme visível;
- Índice de Massa Corporal e biofilme visível;

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 PRIVAÇÃO SOCIAL

Devido ao grande crescimento urbano, o Brasil é conhecido historicamente pelas amplas desigualdades e contradições sociais. Segregação, vulnerabilidade, exclusão social são problemas enfrentados pelos brasileiros [15]. O processo de globalização da economia capitalista interfere no funcionamento estrutural familiar. O meio físico em que a família é estabelecida impacta fortemente no futuro familiar. Famílias com privação social são marcadas pela fome e pela miséria. Grupos de baixa renda muitas vezes são excluídos de políticas sociais básicas, como, trabalho, educação, saúde, habitação, alimentação [16].

A privação inclui a incapacidade de determinadas pessoas escolherem o tipo de vida que desejam ter, dadas as condições sociais em que se encontram. As dimensões que caracterizam a pobreza entre as famílias do Distrito Federal (DF) são: educação, saúde, trabalho, renda, habitação e indicadores relacionados à mobilização e participação social [17].

O DF possui uma área territorial de 5.760 km², população de 3.055.149 habitantes e densidade demográfica: 444,6 hab./km². A crescente demanda por habitação tem motivado o surgimento de algumas Regiões Administrativas (RA) e conseqüentemente os desafios populacionais. Os problemas das áreas de grande privação social surgem e vão desde a pressão nos serviços públicos de saúde e educação, passando pelo desemprego até a criminalidade [18].

A Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (PDAD) é uma das principais pesquisas da Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN), sendo necessária para o planejamento e o acompanhamento de políticas públicas do Governo do DF (GDF). A única a fornecer informações representativas para cada uma das 33 Regiões Administrativas (RA) da capital federal [19,20] e para a presente pesquisa foram escolhidas duas áreas socioeconomicamente vulneráveis, que são, as regiões da Estrutural (RA XXV) e a região Sol Nascente (RA XXXII).

A Estrutural é uma Região Administrativa (RA) com uma área de 738,66 hectares e o abastecimento de água é realizado pelo reservatório do Descoberto. O SCIA (Setor Complementar de Indústria e Abastecimento) foi criado em janeiro de 2004 através da Lei nº 3.315 transformando em RA XXV e a Vila Estrutural como sua

sede urbana, hoje com população estimada em 35.801 habitantes [21]. Para os serviços em saúde oferecidos pelo Governo do Distrito Federal (GDF), 73,6% dos moradores informaram terem utilizado a Unidade Básica de Saúde (UBS) na última ocasião de necessidade. E o principal motivo foi a vacinação [19].

No que diz respeito ao Sol Nascente sua formação é recente, apenas 4 anos (agosto/ 2022), com uma área de 4.049,17 hectares. As escolas públicas são de responsabilidade da Região de Ensino de Ceilândia. Esta RA é formada por dois setores habitacionais distintos (Sol Nascente e Pôr do Sol), que surgiram como expansão da cidade de Ceilândia. O Sol Nascente foi ocupado de maneira irregular na década de 90. As duas grandes áreas que hoje compõem a região foram reconhecidas como setores habitacionais na Ceilândia. Em 2008, por meio da promulgação da Lei Complementar 785, as regiões foram transformadas em Áreas de Regularização de Interesse Social. A Lei nº 6.359 criou a Região Administrativa – RA XXXII – Sol Nascente/Pôr do Sol, separando-a oficialmente da Região Administrativa de Ceilândia. Quanto à saúde, verificou-se que apenas 6% da população tinha cobertura de plano de saúde privado, 48,6% dos moradores informaram ter utilizado UBS na última ocasião de necessidade [20].

2.2 DETERMINANTES SOCIAIS

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) determinantes sociais são circunstâncias em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, sendo modificadas por forças econômicas, políticas e sociais. Em um mundo ideal, essas forças deveriam levar a população a usufruir de um complexo favorável de recursos sociais e distribuídos de forma justa. O que determina a saúde e o bem-estar de uma pessoa é a qualidade, quantidade e distribuição de recursos [5]. Constantemente em diferentes lugares do mundo são documentadas grandes desigualdades em saúde de acordo com a classe social [22]. Os determinantes sociais da saúde são moldados por políticas públicas, estrutura e qualidade da atenção à saúde [5].

Entre os determinantes sociais mais relevantes para a saúde estão a educação, habitação e/ou ambiente de vida, renda e sua distribuição, estresse, juventude, exclusão social, trabalho, desemprego, apoio social, dependência, alimentação e transporte. Vale ressaltar que existem outros determinantes tais como: sistema de

saúde, gênero, orientação sexual, rede de proteção social, cultura ou normas sociais, mídia, estigma e discriminação, capital social, conflito, estado de direito, racismo, status legal radicalizado, imigração, família e religião [5].

Indubitavelmente o determinante da desigualdade socioeconômica está fortemente ligada com indivíduos que apresentam maior prevalência de precariedade em saúde. As distinções também estão presentes no âmbito de saúde bucal. São necessárias ações voltadas para a sociedade socioeconomicamente vulnerável, dado que, essa parte da população tem a saúde prejudicada [23]. Fatores econômicos podem gerar um impacto positivo ou negativo na vida de uma criança, e isso incide sobre a saúde bucal [24]. Um exemplo dessa realidade é a prevalência de cárie que se revela significativamente mais alta nas populações de baixo nível socioeconômico [25]. Crianças que vivem em famílias de alta renda geralmente têm melhores comportamentos de higiene bucal e melhor acesso a cuidados de saúde e intervenções preventivas, o que favorece a Qualidade de Vida (QV) [24].

Quanto mais desfavorecidas as crianças, mais doenças bucais e menos acesso a cuidados. Além do mais, a odontologia praticada por vezes ressalta a terapêutica curativa do que preventiva. Devido a esses fatores, é essencial criar políticas voltadas à prevenção primária [26]. Essas ações devem começar desde criança já que a saúde bucal na infância é um importante preditor da saúde bucal do adulto [23]. Ademais, doenças bucais têm uma forte relação com o nível socioeconômico da família [27,28].

Dois grandes preditores para o status social são a renda familiar e a escolaridade dos pais [29]. O estado de saúde bucal dos filhos é subjetivamente relacionado às percepções das características socioeconômicas dos pais [24]. Mães com o nível socioeconômico mais baixo normalmente têm um nível educacional semelhante [30]. Políticas públicas que visem reduzir a desigualdade social são essenciais viabilizando acesso à saúde, educação, moradia, trabalho e lazer favorecendo a plenitude em saúde [25].

2.3 ESCOLARIDADE MATERNA

A saúde das crianças é influenciada pelo conhecimento e crenças de seus pais, afetando desta forma, a higiene e os hábitos alimentares. Essa influência é evidenciada no âmbito da saúde bucal [31,32,33,34].

Fatores genéticos, biológicos, ambientais, comportamentos de saúde e cuidados médicos e odontológicos influenciam diretamente no crescimento e desenvolvimento infantil [28]. Os fatores comportamentais sofrem influências dos pais e da família [23,31].

As atitudes saudáveis são aprendidas dentro de casa e são dependentes do conhecimento dos pais. Uma má atitude dos pais em relação à saúde está ligada ao aumento da prevalência de doenças gerais e bucais. Quanto mais positiva a relação dos pais com a odontologia, por exemplo, melhor a saúde bucal dos filhos [31]. Sendo assim, fatores maternos podem influenciar na saúde bucal das crianças, tais como a idade da mãe, o nível de escolaridade, domicílio e a renda familiar [35].

O conhecimento das mães sobre saúde bucal é um fator crucial e que afeta diretamente os resultados da saúde bucal dos filhos. O conhecimento é um dos principais indicadores de risco de doenças bucais [2,7,30]. Mães envolvidas nas atividades dos filhos, acompanham melhor os comportamentos e tendem a serem mais conscientes da saúde. Fatores comportamentais relacionados à mãe estão associados ao nível educacional, como o comportamento de saúde das crianças [36]. É de responsabilidade materna ensinar bons hábitos e rotinas de saúde bucal, por isso, a conscientização das mães é necessária para a prevenção de doenças bucais em crianças [4, 37]. A escassez ou falta do conhecimento das mães reverbera em um mau comportamento de saúde bucal nas crianças, e o bom conhecimento favorece o bom comportamento, estimulando o autocuidado e ajudando assim a desenvolver bons hábitos de saúde bucal [38].

Um estudo demonstrou que a principal fonte de informação das mães sobre a higiene bucal dos filhos foi de familiares e, em menor medida, de diferentes meios de comunicação de massa. Isso mostra que essas mães precisam de fontes científicas que podem ser distribuídas como políticas de saúde pública [39]. É necessário avaliar o conhecimento e as atitudes dos pais em relação ao comportamento de saúde e ao estado de seus filhos. Tendo em vista que os pais têm o papel central de informação e encorajamento para uma vida saudável dos filhos. Uma positiva atitude materna gera uma influência positiva na saúde bucal. Pesquisa realizada no Irã revelou que a maioria das mães tinham a percepção do papel preventivo do creme dental com flúor e que aquelas com melhores atitudes em relação à saúde bucal escovavam os dentes dos seus filhos duas vezes ao dia [6].

A baixa escolaridade materna é um fator de risco para doenças bucais [4,40]. Mães com baixo nível de alfabetização geralmente têm menos conhecimento sobre a saúde bucal das crianças ou práticas preventivas [26]. Estudos apontam que quanto maior a escolaridade dos pais, menor a ocorrência de cárie dentária [4,41,42]. Mães com nível médio de escolaridade e formação universitária demonstram mais práticas em saúde bucal. Grande parte dos estudos mostram uma relação inversamente proporcional entre o nível de escolaridade e a higiene bucal [23,27,31,37,43,44]. Assim como, os responsáveis com menor escolaridade têm baixa frequência da escovação [45]. É importante ressaltar que mães com pouco acesso a informação têm maior risco e frequência de doenças, além de um menor acesso aos cuidados odontológicos [46].

Quanto maior o nível de educação materna maior a probabilidade da criança de escovar os dentes duas vezes ao dia ou mais. Filhos de pais com maior escolaridade tendem a realizar melhores práticas de higiene bucal [47]. Devido a esses fatores, é imprescindível educar os pais para aumentar seus conhecimentos, atitudes, habilidades e comportamentos em relação a higiene oral de seus filhos [48]. As mães precisam ser ajudadas a perceber que são modelos para seus filhos e serem encorajados a melhorar o hábito de saúde bucal da criança [31].

2.4 ESCOLAS PROMOTORAS DE SAÚDE

As escolas vão muito além de uma questão de aprendizagem didática. A aprendizagem é um processo dinâmico e de construção multidimensional. Na década de 1980 surgiram novas perspectivas sobre a educação em saúde, o que contribuiu para a integração de práticas educativas de saúde no dia a dia didático- pedagógico das escolas. Novas atividades que visam reforçar o tema da saúde na vida escolar foram projetadas. Contando com a interação da escola e da comunidade para criar oportunidades de atividades educativas, culturais, esportivas e de lazer [1].

Nesse contexto, práticas educativas de saúde foram incorporadas junto às escolas, sendo necessário espaços apropriados para a implementação de ações de promoção de saúde [49]. A promoção da saúde desencadeia um processo extenso e constante, que abrange a prevenção de fatores de risco, educação e a participação de diferentes setores da sociedade [50].

Dessa maneira, institui-se a iniciativa de Escolas Promotoras da Saúde (EPS), com o aval da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), considerando as conexões do espaço escolar com a sociedade e o compromisso com as condições de vida das gerações futuras [1].

De acordo com a OMS, a EPS tem como objetivo promover, fomentar e permitir a aquisição de habilidades pessoais e sociais que buscam criar valores e atitudes positivas sobre a saúde, como a própria capacidade de tomar decisões pessoais, a participação e igualdade. Utilizando de uma perspectiva integral de trabalho duradouro em políticas públicas saudáveis, baseada em três pilares de intervenção na escola e na comunidade:

1. Educação em saúde;
2. Criação, organização e manutenção de ambientes favoráveis à saúde;
3. Provisão de serviços de saúde, nutrição saudável e vida ativa com a comunidade, parcerias e serviços escolares [50].

Exatamente com esses objetivos, foi instituído o modelo de EPS da Affordable Health Initiative (AHI) para atingir comunidades de grande privação social interligando os componentes de educação, atividades de promoção da saúde, serviços de saúde e engajamento comunitário [3].

As EPS visam fortalecer a capacitância dos setores de saúde e educação para promover a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida de crianças, adolescentes, pais, professores e outros integrantes da comunidade. Por meio de suas atividades, a iniciativa estimula a participação dos membros da comunidade em ações voltadas à melhoria da saúde, QV e desenvolvimento local [1].

Para uma escola ser considerada EPS é necessário elaborar um plano que inclua um documento de compromisso específico para o desenvolvimento da proposta. É preciso também, ter um grupo de trabalho diversificado envolvido com a implementação da iniciativa, contendo, pais, alunos, professores, gestores e membros da comunidade criando um plano de ação que envolva a comunidade. É fundamental desenvolver atividades em pelo menos três áreas na conexão com a saúde. Estes incluem alimentação saudável, atividades físicas e prevenção do consumo de álcool, cigarro e drogas, ou seja, promover um ambiente escolar saudável e com fatores psicossociais protetores [49].

A Tabela 1 sintetiza a estrutura do Ministério da Saúde (MS) como educação em saúde.

Tabela 1: Estrutura do Ministério da Saúde (MS) como educação em saúde.

<p>Atividades estratégicas para orientar práticas de saúde que incluam a produção de conhecimento compartilhado, projetos políticos que despertem a adesão da sociedade e ações aptas para produzir novos significados na relação entre as necessidades de saúde da população e a organização da atenção à saúde; ação estratégica para reorientar as práticas de saúde;</p>
<p>Qualificar as atividades e humanização os vínculos no Sistema Único de Saúde (SUS) para promover uma durável construção da universalidade, integralidade equidade do cuidado em saúde;</p>
<p>Acolher e apoiar as ações em defesa da vida que os movimentos sociais e populares realizam, reconhecendo essas ações como legítimas. Resgatar o conhecimento acumulado e construir referências para a produção e organização do conhecimento e das práticas de saúde;</p>
<p>Incentivar permanentemente a população a participar da formulação e gestão das políticas públicas de saúde.</p>

Fonte: Adaptada pela autora do OMS, 2007- Escolas Promotoras de Saúde- experiências no Brasil[1]

Para tornar esse objetivo possível é necessário uma grande rede de colaboradores de diferentes áreas, tornando um projeto multidisciplinar [1]. Uma Revisão Sistemática avaliou que as ações de promoção da saúde e prevenção de fatores de risco das EPS mostraram que a Promoção de Saúde Bucal foi a única atividade que não foi mencionada por nenhum dos estudos da revisão como atividade desenvolvida na escola. Esse resultado mostra a premente necessidade de ações em relação à saúde bucal nas escolas [50].

2.5 HIGIENE BUCAL

2.5.1 Higiene bucal e educação em saúde

Como a Qualidade de vida (QV), o bem-estar e o desenvolvimento são impactados através da saúde da criança, a saúde bucal e a higiene bucal tornam-se um importante problema de saúde pública [43,44,51]. É necessária uma redução

considerável dos hábitos prejudiciais à saúde bucal objetivando diminuir os impactos negativos, o que pode ser alcançado mediante a programas adequados de educação em saúde. Estes programas precisam ser focados em fatores causais, principalmente para que pais e responsáveis sejam adequadamente informados sobre uma correta prevenção de doenças, visando assim, transmitir conhecimento, melhorar a atitude em relação à saúde bucal e transformar essa atitude em prática [2].

Sabe-se que as doenças mais frequentes na odontologia são a doença cárie e as doenças periodontais e que podem ser evitadas e/ou controladas com procedimentos habituais como, escovar os dentes, controlar a frequência de consumo de açúcar, uso adequado de flúor e visitas periódicas ao dentista. Em todo o mundo diversas crianças sofrem de dor, desconforto, noites sem dormir e tempo perdido na escola. É alarmante o fato que crianças com pior saúde bucal tendem a ser mais ausentes no calendário escolar [51].

A conscientização da importância da higiene bucal ainda não atingiu a população na totalidade e isso pode ser explicado por meio da associação dessas doenças com as condições sociais, econômicas, políticas e educacionais, e não apenas com determinantes biológicos que interagem na etiologia dessas doenças. Novamente a visão da aprendizagem em saúde é preponderante evidenciando a importância dos programas educativos e motivacionais [51].

É recomendado pela OMS a integração de promoção de saúde nas atividades curriculares nas escolas [45,51]. E para o sucesso dos programas voltados à saúde bucal existe a dependência do reforço em casa, por parte dos pais. Uma pesquisa [51] mostrou que a educação em saúde bucal na escola foi considerada eficaz na melhoria da higiene bucal, conhecimento e comportamento de saúde bucal [52]. Outro estudo [47] com crianças de 6 e 7 anos de idade ressaltou que é justamente nessa idade que as crianças são capazes de adquirir conhecimento de forma eficiente, e que é um período crítico para o desenvolvimento de hábitos de higiene bucal. E que a adequada prática de higiene bucal além de prevenir doenças bucais atuam na saúde física e mental das crianças [47].

2.5.2 Escovação dentária

O sistema de controle de biofilme mais conhecido é a escovação diária junto com outros procedimentos de limpeza mecânica e motivação para manutenção da

saúde bucal em intervalos apropriados [53]. A escovação dentária é um bom indicador de saúde bucal [7]. Sabe-se que escovar os dentes pelo menos duas vezes ao dia é o recomendado para o cuidado bucal e as mães têm um papel de fundamental importância nesse quesito [9].

Educar as famílias com as técnicas de higiene corretas é crucial e esse ponto deve ser tratado em nível doméstico, pois as crenças e hábitos odontológicos dos pais afetam os filhos [54]. Existem fatores protetores de doenças bucais como a exposição ao flúor e os comportamentos de atendimento odontológico oportunos e apropriados (escovação/limpeza dos dentes e visita ao dentista) [55].

Pessoas que escovam os dentes com menos frequência tem maior risco de incidência de novas lesões cariosas do que pessoas que escovam os dentes com mais frequência [56].

2.5.3 Biofilme

A cavidade bucal humana comporta numerosas comunidades microbianas. O microbioma humano representa um papel importante na saúde e na QV [57]. A comunidade microbiana organizada estruturalmente na cavidade bucal é chamada de biofilme bucal, que é conceituado como um ecossistema dinâmico e intensamente complexo [8], sendo colonizada por mais de 700 espécies de microorganismos [57].

O biofilme, se dá pela adsorvência de uma película na superfície dental chamada de película adquirida. No início de sua formação as bactérias são principalmente os cocos Gram- positivos, como *Streptococcus*, seguidos de Gram-positivos que se aderem à superfície. Neste estágio, o biofilme dental é transparente ou branco, depois começa a adesão de bacilos positivos seguido por outros tipos de microorganismos, bactérias Gram-negativas anaeróbias obrigatórias, tornando-se um biofilme amarelo ou cinza à medida que amadurece [58]. O biofilme dentário é composto por microorganismos que atuam como comunidade interativas [59]. Alguns exemplos de colonizadores dentários que contribuem para a formação do biofilme bucal são *S. sanguis*, *S. mitis*, *S. oralis*, *A. naeslundii*, *S. mutans*, *S. salivarius*, *S. gordonii*, *S. parasanguis*, *Neisseriaspp*, *P. loescheii*, *P. intermedia*, *Capnocytophagaspp*, *F. nucleatum* e *P. gingivalis* [57].

O biofilme espesso e maduro quando não desorganizado pela escovação dentária se torna responsável por doenças bucais, como a cárie dentária e doença

periodontal, pois o biofilme é um fator determinante para o desenvolvimento dessas doenças [58,59].

Para prevenir doenças da cavidade bucal é necessária uma boa higiene bucal, sendo de grande importância desorganizar o biofilme. O acúmulo de biofilme na superfície dental leva ao maior risco de gengivite, periodontite e juntamente ao alto consumo de açúcar a doença cárie [60]. Desta forma, para se evitar essas doenças torna-se necessária a conscientização da população sobre a higiene bucal e a importância da escovação por meio de programas comunitários [61].

A frequência da escovação e a constante desorganização diária do biofilme são fatores determinantes para a higiene bucal. Escovar os dentes apenas uma vez ou ocasionalmente não remove o biofilme com eficácia quando comparado a escovar duas vezes ao dia [60].

2.6 PESO CORPORAL

A obesidade está cada dia mais presente na população mundial e é altamente prevalente, tornando-se um importante fator de problemas de saúde e sendo considerada um problema de saúde pública [11]. O excesso de peso é a quinta maior causa de mortalidade em todo mundo [13]. No Brasil, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), mostrou um aumento do peso em crianças entre 5 e 9 anos de idade. O número de crianças com excesso de peso dobrou entre 1989 e 2008/2009. Ademais, o número de obesos cresceu mais de 300% nessa faixa etária [12].

A obesidade é uma doença multifatorial, muito complexa e uma condição crônica [12,13], resultado do armazenamento excessivo de gordura devido a interação de fatores sociais, comportamentais, culturais, psicológicos, metabólicos e genéticos [11,62]. A maior causa é o consumo de alimentos ricos em calorias, dieta não balanceada associada ao baixo gasto calórico [13], afetando diretamente a QV [12], o crescimento e saúde [12,63].

As medidas antropométricas são parâmetros econômicos, fáceis e aplicáveis que estimam o padrão nutricional [64,65]. Dentre elas, estão o Índice de Massa Corporal (IMC), circunferência da cintura, relação peso-altura, relação cintura-quadril e dobra cutânea tricipital [65]. O IMC é bastante usado para se obter uma medida de obesidade pois correlaciona com a altura e o peso, sendo assim, um ótimo indicador

do estado nutricional [63,66], categorizando os indivíduos em baixo peso, peso normal, sobrepeso e obesidade [13].

O peso em excesso é um fator de alto risco para doenças sistêmicas, como doenças cardiovasculares, doenças musculoesqueléticas e câncer de fígado, cólon e próstata [13]. Além de doenças como diabetes tipo 2, hipertensão, hipoventilação, apneia do sono, estase venosa, câncer, doença articular degenerativa, doenças infecciosas e outras [11,59%]. Além de doenças psicológicas, como ansiedade e depressão [67].

Em crianças, as questões injustificadas relacionadas ao peso são um grande desafio de saúde pública. O peso desproporcional gera complicações em fases posteriores da vida [66].

Assim como na obesidade, os maus hábitos alimentares, falta de práticas efetivas de higiene bucal, estilo de vida sedentário e alto consumo de açúcar representam um risco para a saúde bucal [13]. De acordo com o Global Burden of Disease (GBD) a transição nutricional é um fator de risco para obesidade e a doença cárie, afetando conseqüentemente a saúde da população. Representa um grande desafio negligenciado para a saúde da população global [10]. O IMC elevado já foi relacionado com o bem-estar como um todo e com a saúde bucal deteriorada. Em um estudo [65], a maioria das pessoas que usavam escova de dentes para limpar os dentes tinham peso ideal e houve uma relação de frequência de escovação e IMC, principalmente na categoria de peso ideal [66].

O alto consumo de açúcar é um fator de risco para a obesidade e para doença cárie, podendo assim, haver uma relação entre essas duas doenças [13,67,68]. Em pesquisa [13] a avaliação de cárie dentária foi significativamente maior no grupo de excesso de peso [13]. Já em outro estudo [63], ocorreu uma alta significância de baixo peso, sobrepeso e obesidade com dentes cariados, mostrando que o aumento de peso e as condições de obesidade apresentaram associação positiva com a prevalência de cárie dentária em crianças de 6 a 12 anos [63]. Uma revisão sistemática mostrou que o risco de cárie em pessoas com sobrepeso/obesos foi 3,68 vezes maior em comparação com aqueles com baixo peso/peso normal [68].

Diversos estudos foram realizados acerca da relação entre o excesso de peso e a periodontite [11,62,64,65], uma vez que, a obesidade tem sido proposta como um fator de risco independente para a destruição inflamatória do tecido periodontal [11,65]. Em outra revisão sistemática, crianças obesas tinham 4,75 vezes mais

chances (IC 95%: 2,42, 9,34) de ter > 25% dos locais dos dentes com biofilme visível em comparação com crianças com peso normal [65]. Em mais uma revisão sistemática apontou para uma associação entre obesidade e periodontite, visto que, a chance de periodontite no grupo sobrepeso/obesidade foi estatisticamente significativa [11], assim como, outra revisão sistemática [62]. Uma pesquisa sugere que o IMC poderia ser utilizado na avaliação do risco periodontal [64].

A obesidade pode ser um grande determinante para a saúde bucal, tendo em vista que, os fatores de risco são os mesmos para doenças bucais como os fatores nutricionais [13]. A má higiene bucal deficiente tem uma associação direta com a inflamação na cavidade oral e obesidade [67].

3 METODOLOGIA

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Este estudo relata a análise transversal dos dados de linha de base de uma pesquisa de implementação de intervenções a longo prazo para melhoria da qualidade de vida; a Iniciativa de Saúde Acessível Escola Promotora de Saúde (AHI-EPS) “Projeto Estrutural” (Iniciativa de Saúde Acessível, 2022) no Distrito Federal, Brasil. A AHI tem como visão: “Um mundo em que cada criança tenha acesso às ferramentas necessárias para atingir seu potencial e florescer”.

Como complemento do projeto geral do EPS AHI é interessante realizar um desenho de pesquisa transversal para avaliar as circunstâncias socioeconômicas das famílias incluídas no programa, e o estado de saúde, comportamentos relacionados à saúde, e o impacto do estado de saúde das crianças nas suas atividades domésticas e escolares. Pesquisas transversais avaliam a visão dos entrevistados e informações relacionadas em grupos de indivíduos em um determinado momento.

Este braço da pesquisa pretendeu investigar os determinantes da higiene bucal de escolares de 6 a 9 anos de idade em duas áreas socioeconomicamente vulneráveis do Distrito Federal (DF). Para implementar ações de saúde bucal, é necessário entender sobre a realidade da saúde bucal das crianças e como o conhecimento materno influencia a saúde básica.

Para os parâmetros de uma boa higiene bucal foram utilizados a frequência de escovação e biofilme visível. E para a parte antropométrica foi utilizado o IMC (Índice de Massa Corporal). Este estudo seguiu o Check List STROBE para estudos transversais [69].

3.1.1 Aspectos éticos

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências de Saúde da Universidade de Brasília (CEP/FS/UnB) (CAAE 00617218.3.0000.5553) como parte de um estudo mais amplo, está identificada pela Plataforma Brasil sob o nº 4.844.444 (Anexo I). Os pais assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo II e Anexo III), obedecendo à resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). As

crianças assinaram o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) (Anexo IV), obedecendo a resolução 466/2012, item II-23 e 24, que foi elaborado em linguagem acessível para os menores. A pesquisa foi conduzida em total conformidade com a Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial.

3.1.2 Riscos e benefícios

No que diz respeito à confidencialidade dos dados coletados, nenhuma ficha da coleta utilizou o nome da criança, dos pais ou endereço. Todas as fichas foram preenchidas, com apenas o código da criança respeitando o anonimato dos participantes. Visando minimizar os riscos durante a aplicação dos questionários aos responsáveis pelas crianças, as entrevistas foram realizadas em um local reservado nas escolas para que garantisse total privacidade ao responder às perguntas durante as entrevistas.

Como o estudo foi iniciado durante a pandemia de COVID- 19, para assegurar a segurança das entrevistadoras e dos entrevistados, as perguntas eram realizadas a 2m de distância, todos utilizavam máscaras e era realizado a desinfecção do ambiente. A cada troca de entrevistado utilizou-se álcool 70° nas superfícies e havia disponível álcool 70° em gel disponível para desinfecção das mãos. Todos que entravam nas escolas tinham sua temperatura corporal aferida e caso o responsável pela criança não estivesse portando máscaras de proteção, recebia uma descartável, para utilizar durante toda a coleta de dados.

Os benefícios são inúmeros para os participantes da pesquisa e superam de forma considerável os riscos. Após a realização das entrevistas, orientações foram dadas aos pais, principalmente às mães, e espera-se que os responsáveis busquem mais conhecimento sobre orientação de higiene bucal, principalmente em relação a frequência da escovação. Além da conscientização dessa população sobre os determinantes da saúde bucal, principalmente em relação a dieta, a importância de manter o peso corporal da criança dentro dos padrões de saúde.

3.1.3 Local da pesquisa

O método adotado para seleção das escolas abranger a uma área de grande privação social. Para escolha dos locais de pesquisa uma visita prévia para poder

avaliar as condições físicas para ser uma escola promotora de saúde e condições para a realização da pesquisa foi realizada. Foram avaliados dados sobre políticas escolares atuais, currículo, ambiente social e relações com a comunidade. Com base na seleção das escolas, a pesquisa foi realizada de julho a novembro de 2021.

As escolas foram selecionadas por conveniência e ficavam localizadas, respectivamente, na Região Administrativa (RA) da Estrutural, Distrito Federal e no Sol Nascente, RA da Ceilândia, Distrito Federal, atendendo uma população com características socioeconômicas semelhantes. Ambas as áreas são caracterizadas pela pobreza extrema. As crianças matriculadas nas duas escolas selecionadas experimentavam as mesmas situações de vulnerabilidade socioeconômica:

- Escola Classe 02 da Cidade Estrutural
- Escola Classe 66 de Ceilândia (Sol Nascente)

A Cidade Estrutural constitui o Setor Complementar de Indústria e Abastecimento (SCIA). Originalmente a Cidade Estrutural era formada por invasão de catadores de lixo próximo ao aterro sanitário do Distrito Federal. Em busca de sobrevivência, as pessoas eram atraídas para o lixão, e assim, foram formando barracos para moradia. O Setor Complementar de Indústria e Abastecimento – SCIA foi criado em janeiro de 2004 através da Lei nº 3.315 transformando em Região Administrativa XXV(RA) e a Vila Estrutural como sua sede urbana, hoje com população estimada em 35.801 habitantes [21]. A renda média per capita desta população é de R\$ 695,40 (\$ 124,00) e carecem de infraestrutura adequada, o que inclui abastecimento de água e saneamento reduzidos, e são atormentados por doenças bacterianas, virais e parasitárias do ar e da água, [17].

No que se refere ao atendimento de saúde dessa população, 73,6% dos moradores informaram ter utilizado posto de saúde/unidade básica de saúde na última ocasião de necessidade. E o principal motivo foi a vacinação [19]. A Figura 1 mostra a região em que a Escola Classe 02 da Cidade Estrutural é localizada.

Figura 2 - Mapa da região da Escola Classe 66 da Ceilândia (Sol Nascente)



Fonte: Google Maps

3.2 PARTICIPANTES

A população alvo deste estudo compreendeu famílias cujas crianças tivessem idade entre 6 a 9 anos de idade matriculadas do 1º ao 3º ano e morassem em áreas vulneráveis do DF. As crianças deveriam estar matriculadas em uma escola que fosse implementar o modelo de EPS da AHI.

- Escola Classe II da Cidade Estrutural possuía um total de 438 alunos matriculados do primeiro ao terceiro ano do Ensino Fundamental.
- Escola Classe 66 da Ceilândia (Sol Nascente) possuía um total de 573 alunos matriculados do primeiro ao terceiro ano do Ensino Fundamental.

3.2.1 Seleção da amostra

Critério de Inclusão:

- Todos os estudantes matriculados no primeiro ao terceiro ano do Ensino Fundamental;

- Todas as crianças cujos pais assinaram o TCLE e as crianças assinaram o TALE.

Critério de Exclusão:

- Por razões éticas, não houve critérios de exclusão para receber a intervenção, mas apenas aqueles com idade entre 6 e 9 anos foram incluídos na análise dos dados;
- Pais que não assinaram o TCLE e/ou crianças que não assinaram o TALE;
- Crianças que não permitiram o exame clínico;
- Pais que não responderam os questionários.

3.2.2 Tamanho da amostra

Para a pesquisa inicial, um tamanho mínimo de amostra ($n = 267$) foi calculado para relatar resultados descritivos de interesse (por exemplo, resultados de saúde bucal) com intervalo de confiança de 95% (IC de 95%) com margem de erro de 6% (erro padrão = 3 %). Um fator de correção de 2 foi aplicado para contabilizar a incompletude dos dados e as perdas durante o segmento ($n=534$).

Os escolares de 6 a 9 anos das escolas foram elegíveis para participar do estudo ($n=912$), porém somente 543(60%) participaram definitivamente, pois foram incluídos apenas aqueles cujos pais assinaram o TCLE. Destes, 474 forneceram dados sobre variáveis relevantes e foram incluídos na análise de dados deste presente estudo e foi suficiente para este estudo.

3.3 TREINAMENTO E CALIBRAÇÃO

Para o treinamento e calibração, as entrevistadoras receberam um treinamento prático teórico específico e participaram de um exercício de calibração de 20 horas (5 encontros de 4 horas cada).

A equipe de trabalho em campo foi formada por nove pesquisadores da Universidade de Brasília (UnB) com experiência em coleta de dados e levantamentos epidemiológicos.

3.4 ESTUDO PILOTO

O estudo piloto foi realizado com o objetivo de testar a metodologia para a coleta de dados. O piloto foi realizado pelo próprio grupo de estudo aplicando o questionário entre si para simular como seria a aplicação durante as entrevistas.

3.5 COLETA DE DADOS

Todos os alunos matriculados no Ensino Fundamental da Escola Classe 02 da Estrutural e da Escola Classe 66 do Sol Nascente foram contatados inicialmente e receberam os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo II e III) e o Termo de Assentimento (Anexo IV), que explicavam o propósito da pesquisa, solicitando a cooperação do participante e esclarecendo que a participação é era voluntária. Todos os responsáveis que não responderam ao contato inicial receberam uma carta lembrete (Apêndice I e II).

Para o recrutamento, obteve-se uma lista com os dados de todos os alunos junto à secretaria da escola. De forma independente por um único entrevistador foi criada uma planilha com nome completo e idade dos alunos, nome do responsável, endereço e telefone de contato, incluindo se o TCLE foi recebido e assinado ou se o TCLE não foi recebido (Figura 3). Os demais pesquisadores não tinham acesso a essa planilha para garantir a confidencialidade dos dados.

Figura 3 - Planilha para monitoramento do recrutamento dos participantes

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
1	Centro	Escola	Aluno (a)	Idade	Data de Nascimento	Número SUS	Turma	Professor (a)	Turno	Recebido assinado	Não recebido	Declinou participação	Nome responsável	Telefone
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														

Fonte: A autora

A cada dia os TCLEs eram recolhidos e a planilha era atualizada. Ao final de cada semana as escolas mandavam uma carta lembre aos responsáveis (Apêndice I e II) para aqueles que ainda não tiverem retornado o TCLE.

A pesquisadora independente fez a codificação dos participantes que retornaram com os TCLEs assinados. Essa codificação era feita em papel, onde cada

participante tinha um único código e um único formulário impresso. Esse cuidado foi importante, pois essas informações eram altamente confidenciais. O formulário impresso foi mantido em sigilo. Apenas a pesquisadora independente possuía acesso a essas informações, para manter a confiabilidade dos participantes e da pesquisa.

Foi realizado o agendamento por telefone informando o horário da visita à escola para todas as crianças e seus responsáveis que tinham retornado com o TCLE assinado. Nessa abordagem inicial, foi explicado novamente sobre o propósito do projeto, sobre a coleta de dados e os benefícios do programa, conforme o guia de abordagem aos pais e/ou responsáveis para agendamento da entrevista (Apêndice III).

Todas as entrevistas foram aplicadas no ambiente das escolas, em espaço aberto, protegido de sol e chuva para realização das entrevistas. As escolas foram organizadas com salas de espera para que as crianças e os pais/responsáveis aguardassem a coleta de dados. Uma pesquisadora ou um assistente fazia a identificação dos participantes e organizava a ordem das entrevistas. Toda a sequência do percurso de passagem das crianças e responsáveis eram marcados no chão para orientar e facilitar o fluxo da coleta de dados. Cada lugar da entrevista tinha uma mesa e duas cadeiras e cada entrevistadora utilizou de equipamento de proteção individual, faceshield.

3.5.1 Questionários, exame clínico e exame antropométrico

As entrevistadoras aplicaram dois questionários aos responsáveis:

- Questionário sobre os hábitos, saúde mental e física, e impacto da saúde nas tarefas domésticas rotineiras dos(as) seus(suas) filhos(as) (Anexo V).
- Questionário sobre informações demográficas e condições socioeconômicas da família (Anexo VI).

Todos os dados foram imediatamente incluídos no formulário eletrônico.

Para este estudo foram utilizadas especificamente as perguntas: " Quantas vezes POR DIA o/a [nome do/a filho/a] escova os dentes em casa??" "Sexo da criança" "Qual é a data de nascimento do seu/sua filha?" "Qual das opções abaixo melhor representa a escolaridade da mãe da criança?" "Qual a renda mensal da sua família? (A soma do salário de todos que trabalham e moram na casa com a criança e a pensão recebida quando os pais são separados)".

Para avaliar o biofilme dental visível, uma pesquisadora utilizou uma mesa de luz, sonda da OMS e espelho bucal simples com a criança deitada em uma maca. Após a avaliação do biofilme visível, a pesquisadora usou uma escova de dente, que posteriormente foi doada à criança.

Para avaliar o Índice de Massa Corporal (IMC) dos escolares, uma pesquisadora utilizou as medidas antropométricas (peso, altura, circunferência do braço, cintura e quadril). A examinadora usou uma balança digital calibrada e de alta qualidade (Modelo HBF-514, Omron, Japão) para medir o peso das crianças sem sapatos ou roupas pesadas.

3.5.2 Variáveis

Foram incluídas nesse estudo e analisadas as variáveis sociodemográficas abrangendo idade e sexo da criança, escolaridade da mãe, renda per capita baseada no salário mínimo da época de R\$ 1.212 e variável antropométrica Índice de Massa Corpórea (IMC) calculado a partir das variáveis peso e altura. Como desfecho, foram utilizadas as variáveis referentes à higiene bucal, a citar: frequência de escovação dos dentes por dia e presença de biofilme visível.

O agrupamento para as variáveis utilizadas neste estudo está apresentado no Quadro 1.

IDADE	SEXO	ESCOLARIDADE DA MÃE	RENDA PER CAPITA	CLASSIFICAÇÃO IMC	FREQUÊNCIA DE ESCOVAÇÃO DOS DENTES	PRESENÇA DE BIOFILME DENTAL
6	Masculino	Até o Fundamental II Incompleto	Menor que 1 salário mínimo	Baixo peso	Menos de 2 vezes	Ausente
7	Feminino	Fundamental II Completo/ Médio Incompleto	1 ou mais salários mínimos	Não baixo peso	2 ou mais vezes	Presente
8		Médio Completo ou mais				
9						

Fonte: A autora

3.5.3 Viés

No que se refere aos vieses, a confidencialidade dos dados coletados é o mais preocupante. Porém, todas as fichas utilizadas foram anônimas, com apenas o código da criança inserido. Para minimizar os vieses durante a aplicação dos questionários, a entrevista foi realizada em um local reservado que garantia uma total privacidade para responder às perguntas durante a entrevista. Os entrevistadores preenchem os questionários de maneira eletrônica seguindo o protocolo AHI para coleta de dados, essa abordagem eliminou erros de entrada de dados e reduziu o custo do estudo. Todos os dados coletados (dados brutos) foram armazenados em um serviço seguro para evitar qualquer tipo de viés.

É importante ressaltar que este trabalho é um estudo observacional transversal e pode sofrer um viés, onde os respondentes podem não se recordar do passado, sendo este caracterizado como um viés de memória. Pode também ocorrer um viés de seleção, onde a amostra selecionada pode ou não sofrer determinada situação estudada. Pode ocorrer, também, um fator de confusão, que distorce alguma associação real entre uma exposição e um desfecho. Sendo, o efeito real de uma exposição sobre um desfecho estar aumentado ou diminuído devido à ação de outras variáveis (as chamadas confundidoras). Todos os cuidados foram realizados para

evitar esses tipos de vieses, porém, este trabalho transversal é de fundamental importância para o projeto como todo. É necessário um estudo transversal para saber a associação da escolaridade materna com a higiene oral na população estudada.

3.5.4 Análise estatística

A entrada, manipulação e análise de dados foram realizadas utilizando o software estatístico SPSS Statistics versão 27 (SPSS Inc., Armonk, NY).

Conforme apresentado no Quadro 1, a idade foi avaliada em anos, a variável renda per capita mensal, utilizada como indicador socioeconômico, foi categorizada em menos de 1 salário mínimo ou pelo menos 1 salário mínimo brasileiro (BMW). Os indicadores de doenças dentárias incluíram a avaliação da presença/ausência de biofilme dental visível. O IMC foi calculado dividindo-se o peso em quilogramas pela altura em metros ao quadrado (kg/m^2) e em seguida classificados em baixo peso (IMC inferior $18,5 \text{ kg/m}^2$) e não baixo peso (IMC superior a $18,5 \text{ kg/m}^2$).

A análise descritiva dos dados foi realizada a partir de tabelas de frequências univariadas e bivariadas. Para avaliar diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis de desfecho (frequência de escovação e presença de biofilme) e as variáveis sociodemográficas e antropométrica foi utilizado o teste qui-quadrado. Em seguida, ajustou-se o modelo de regressão de Poisson com a função de ligação log, com o intuito de obter a estimativa da razão de prevalências e seu respectivo intervalo de confiança de 95%, denominado de modelos univariados. Para o modelo multivariado, foram consideradas elegíveis para ingressar no modelo, variáveis cujo p-valor foi inferior a 0,20 (idade, renda per capita, Classificação do IMC e biofilme quando associadas a frequência de escavação). Todas as análises foram realizadas considerando o nível de significância de 5%.

4 RESULTADOS

4.1 CARACTERÍSTICA DA AMOSTRA

A frequência das variáveis categóricas (caracterização da amostra) está representada na Tabela 2. Foram incluídas um total 474 crianças respondentes aos questionários (de saúde e socioeconômico). Em geral, a maioria da amostra tinha 8 anos de idade (36,1%), era do sexo masculino (53,8%), possuía uma renda per capita menor que 1 salário mínimo (85,2%), e a mãe possui Ensino Médio Completo ou mais (53,4%), e tinham baixo peso (78,3%).

No que diz respeito ao número de escovações ao dia, 378 (79,7%) escovavam os dentes duas vezes ou mais, enquanto 96 (20,3%) escovam menos de duas vezes por dia. O biofilme visível foi presente em 370 (78,1%) crianças e ausente em 104 (21,9%).

Tabela 2 - Frequência das variáveis categóricas (caracterização da amostra)

Variável	n	%
Total	474	100,0
Idade		
6	74	15,6
7	125	26,4
8	171	36,1
9	104	21,9
Sexo		
Masculino	255	53,8
Feminino	219	46,2
Escolaridade da mãe		
Até o fundamental II incompleto	117	24,7
Fundamental II completo / Médio incompleto	104	21,9
Médio completo ou mais	253	53,4
Renda per capital		
Menor que 1 salário mínimo	404	85,2
1 ou mais salários mínimos	70	14,8
Classificação IMC		
Baixo peso	371	78,3
Não baixo peso	103	21,7
Quantas vezes a criança escova os dentes		
Menos de 2 vezes	96	20,3
2 ou mais vezes	378	79,7
Placa dentária		
Ausente	104	21,9
Presente	370	78,1

Fonte: A autora

4.2 FREQUÊNCIA DE ESCOVAÇÃO

A avaliação da frequência de escovação e sua associação com as variáveis sociodemográficas e antropométrica está apresentada na Tabela 3.

Comparando a frequência de escovação e a idade da criança não se observa uma relação estatisticamente significativa ($p=0,131$). O mesmo para as variáveis sexo ($p=0,513$), escolaridade da mãe ($p=0,249$) e Classificação do IMC ($p=0,078$). Foram observadas associação significativa com a frequência de escovação as variáveis renda per capita ($p=0,031$) e presença de biofilme ($p=0,008$). Quando avaliada a razão de prevalência de crianças com 2 ou mais vezes de escovação, nota-se que há indicativo de que as crianças mais novas escovam os dentes mais vezes do que as mais velhas, embora esta associação não tenha apresentado significância estatística. Assim, as crianças de 7 anos de idade têm 11% menos chance de escovar os dentes duas ou mais vezes por dia, crianças de 8 anos tem 12% menos chance de escovar os dentes duas ou mais vezes por dia, enquanto, as crianças de 9 anos têm 16% menos chance de escovar quando comparado com as crianças de 6 anos.

Apesar da não diferença estatística, a razão de prevalência de crianças que escovam duas vezes ou mais por dia, observa-se que as meninas apresentam um indicativo de escovar mais vezes que os meninos, embora não tenha apresentado diferença estatística. Dessa maneira, as meninas têm 4% a mais de chance de escovar os dentes duas vezes ou mais do que os meninos.

Embora não tenha apresentado diferença estatística, a razão de prevalência de crianças com duas ou mais vezes de escovação, nota-se que há indício das mães com Ensino Médio Completo escovarem mais os dentes dos filhos, ainda que não tenha apresentado diferença estatística. Desse modo, as mães com Ensino Médio Completo têm 7% a mais de chance de os filhos escovarem os dentes duas vezes ou mais por dia.

No que se refere a renda per capita, mostrou uma diferença estatística com a frequência de escovação. A análise de prevalência, mostrou que as famílias que ganham um ou mais salários mínimos as crianças tendem a escovar os dentes duas ou mais vezes por dia. Portanto, as famílias que ganham um ou mais salários mínimos tem 16% a mais de chance das crianças escovarem os dentes duas vezes ou mais por dia.

No que diz respeito a Classificação do IMC, 77,9% das crianças com baixo peso escovam duas vezes ou mais por dia e 86,4% das crianças com não baixo peso também escovam os dentes duas vezes ou mais por dia, porém não houve diferença estatística. Quando avaliada a razão de prevalência de crianças com duas ou mais vezes de escovação, verifica-se que há indício das crianças com não baixo peso escovarem mais. Logo, crianças com peso não baixo tem 10% a mais de chance de escovar os dentes duas vezes ou mais por dia.

Acerca do biofilme visível, mostrou diferença estatística. A razão de prevalência de crianças que escovam duas vezes ou mais por dia, quando associada a biofilme visível, mostra que crianças com biofilme visível escovam os dentes com menos frequência, o que é significativo. Sendo assim, crianças com biofilme visível têm 13% menos chance de escovar os dentes duas ou mais vezes por dia.

Tabela 3 - Análise univariada e multivariada para o desfecho da escovação

Variáveis	Frequência de escovação da criança				p-valor*	Univariado		Multivariado	
	Menos de 2 vezes		2 vezes ou mais			RP	IC95%	RP	IC95%
	n	%	n	%					
Total	96	20,3	378	79,7	-	-	-	-	-
Idade									
6	8	10,8	66	89,2	0,131	1,00	-	1,00	-
7	26	20,8	99	79,2		0,89	0,65 - 1,22	0,89	0,65 - 1,22
8	36	21,1	135	78,9		0,89	0,66 - 1,19	0,88	0,65 - 1,19
9	26	25,0	78	75,0		0,84	0,61 - 1,17	0,82	0,59 - 1,15
Sexo									
Masculino	55	21,6	200	78,4	0,513	1,00	-	-	-
Feminino	41	18,7	178	81,3		1,04	0,85 - 1,27	-	-
Escolaridade da mãe									
Até o fundamental II incompleto	27	23,1	90	76,9	0,249	1,00	-	-	-
Fundamental II completo / Médio incompleto	25	24,0	79	76,0		0,99	0,73 - 1,34	-	-
Médio completo ou mais	44	17,4	209	82,6		1,07	0,84 - 1,38	-	-
Renda per capita									
Menor que 1 salário mínimo	89	22,0	315	78,0	0,031	1,00	-	1,00	-
1 ou mais salários mínimos	7	10,0	63	90,0		1,15	0,87 - 1,50	1,16	0,88 - 1,51
Classificação IMC									
Baixo peso	82	22,1	289	77,9	0,078	1,00	-	1,00	-
Não baixo peso	14	13,6	89	86,4		1,11	0,87 - 1,40	1,10	0,86 - 1,40
Placa dentária									
Ausente	11	10,6	93	89,4	0,008	1,00	-	1,00	-
Presente	85	23,0	285	77,0		0,86	0,68 - 1,09	0,87	0,69 - 1,11

Nota: *p-valor do teste qui-quadrado

Fonte: A autora

4.3 FREQUÊNCIA DE PLACA DENTÁRIA/ BIOFILME DENTAL

A avaliação do biofilme dental visível e sua associação com as variáveis sociodemográficas e antropométrica está apresentada na Tabela 4.

Relacionando o biofilme visível e a idade da criança não se observa uma relação estatisticamente significativa ($p=0,593$). Assim como para as variáveis sexo ($p=0,225$), escolaridade da mãe ($p=0,985$), renda per capita ($p=0,788$) e Classificação do IMC ($p= 0,112$). Quando analisada a razão de prevalência de crianças com presença de biofilme visível, nota-se que há indicativo de que as crianças mais novas tenham menos biofilme visível do que as mais velhas, mesmo que não significativo. Dessa maneira, crianças com 7 anos têm 7% a mais de chance de apresentar presença de biofilme, crianças de 8 anos tem 11% a mais e as de 9 anos 5% a mais de chance de apresentar presença de biofilme quando comparado às crianças de 6 anos.

Para a análise de prevalência de crianças com presença de biofilme, observou-se que as meninas têm menos indicativo de ter presença de biofilme visível que os meninos, apesar de não significativo. Assim, as meninas têm 6% a menos de chance de apresentar biofilme dental quando comparadas aos meninos. Porém, não observou diferença estatística.

Em relação à escolaridade da mãe, não foram observadas mudanças no risco de presença de biofilme dental visível.

Com respeito à renda per capita, também não foram observadas mudanças no risco de presença de biofilme dental visível.

Por fim, na razão de prevalência de crianças com biofilme dental visível nota-se que, as crianças com não baixo peso têm menos chance de apresentar biofilme dental do que as com baixo peso. Dessa forma, as crianças com não baixo peso têm 1% menos chance de apresentar biofilme dental do que as com baixo peso. Entretanto, não mostrou diferença estatística.

Tabela 4 - Análise univariada para o desfecho da placa dentária/ biofilme dental

Variável	Ausência de placa		Presença de placa		p-valor*	Univariado	
	n	%	n	%		RP	IC95%
Total	104	21,9	370	78,1	-	-	-
Idade							
6	20	27,0	54	73,0	0,593	1,00	-
7	27	21,6	98	78,4		1,07	0,77 - 1,51
8	33	19,3	138	80,7		1,11	0,81 - 1,53
9	24	23,1	80	76,9		1,05	0,75 - 1,50
Sexo							
Masculino	50	19,6	205	80,4	0,225	1,00	-
Feminino	54	24,7	165	75,3		0,94	0,76 - 1,50
Escolaridade da mãe							
Até o fundamental II incompleto	25	21,4	92	78,6	0,985	1,00	-
Fundamental II completo / Médio incompleto	23	22,1	81	77,9		0,99	0,73 - 1,33
Médio completo ou mais	56	22,1	197	77,9		0,99	0,78 - 1,27
Renda per capita							
Menor que 1 salário mínimo	90	22,3	314	77,7	0,788	1,00	-
1 ou mais salários mínimos	14	20,0	56	80,0		1,03	0,77 - 1,36
Classificação IMC							
Baixo peso	75	20,2	296	79,8	0,112	1,00	-
Não baixo peso	29	28,2	74	71,8		0,90	0,69 - 1,15

Nota: *p-valor do teste qui-quadrado

Fonte: A autora

5 DISCUSSÃO

Para este estudo transversal observacional analítico foi investigado os principais determinantes da higiene bucal de escolares de 6 a 9 anos de idade em duas áreas socioeconomicamente vulneráveis do Distrito Federal. Foram elegíveis para participar do estudo 474 crianças. Foram analisadas as variáveis idade, sexo, escolaridade da mãe, renda per capita, Índice de Massa Corporal (IMC), número de escovação por dia e biofilme visível. A amostra foi composta majoritariamente por crianças de 8 anos (36,1%), sexo masculino (53,8%), a maioria das mães possuía Ensino Médio Completo ou mais (53,4%), a maioria das famílias tinha renda per capita menor que um salário mínimo (85,2%), a maioria das crianças escovava os dentes duas vezes ou mais por dia (79,7%) e a maioria das crianças apresentava biofilme dental visível (78,1%) (Tabela 2).

De acordo com a metodologia utilizada foram analisadas em primeiro lugar o cruzamento de idade e sexo com frequência de escovação (Tabela 3) e presença de biofilme visível (Tabela 4). Quanto mais nova a criança maior a tendência de escovar os dentes mais vezes ao dia (89,2%) e as meninas tinham a tendência de escovar os dentes mais vezes que os meninos (81,3%). Todavia, esses resultados não foram estatisticamente significativos para frequência de escovação ($p=0,131$ para idade e $p=0,513$ para sexo) (Tabela 3) e para presença de biofilme ($p=0,593$ para idade e $p=0,225$ para sexo) (Tabela 4). Essas tendências podem ser explicadas pelo fato das mães auxiliarem mais na escovação das crianças mais novas e as mais velhas se tornarem mais independentes na escovação, bem como, as meninas terem uma tendência maior ao autocuidado refletindo na higiene bucal em conformidade com o trabalho de Assia et al. 2016 que também não revelou diferença estatística em relação a idade no estudo com crianças de 9 a 12 anos de idade [12]. Em contrapartida, o estudo de Khalid et al., 2020 ressalta que a idade influencia na saúde bucal, onde as lesões cariosas ocorrem mais até os 5 anos de idade [61].

Vale ressaltar que no presente estudo, a escolaridade materna não apresentou diferença estatística quando foi associada a frequência de escovação ($p=0,249$ na Tabela 3) e a presença biofilme visível ($p=0,985$ na Tabela 4). Não obstante, houve uma predisposição nas análises univariada e multivariada em que as mães com Ensino Médio Completo ou mais têm uma maior tendência dos filhos escovarem os dentes duas vezes ou mais por dia. Este achado está de acordo com a pesquisa de

Van Den Branden et al., 2012, no qual, quanto menor a escolaridade materna menor chance da criança escovar os dentes por dia e pior a higiene bucal [23]. Este mesmo resultado foi encontrado também em outros estudos [27,31,37,43,44,47].

Quando verificado a escolaridade materna, o resultado desse estudo pode ter sido influenciado pelo tamanho da amostra. Estudos com o tamanho amostral maior tiveram diferença estatística, como nos trabalhos de Kuter et al., 2020 e Ashiry et al., 2021 [30, 42]. Observou -se no presente trabalho que a maioria dos questionários foram respondidos pelas mães. Portanto, podem ter respondido "duas vezes ou mais" porque sabiam através da mídia que esse era o correto quando se fala de higiene bucal. Esse fato pode ter gerado um viés no cruzamento dos dados de escolaridade materna e frequência de escovação. Uma boa sugestão para uma pesquisa futura seria fazer um comparativo entre duas escolas, sendo uma delas escola pública e outra privada, assim como realizado no artigo de Ashiry et al., 2021 [42].

A variável renda per capita mostrou uma diferença estatística quando associada a frequência de escovação ($p=0,031$) (Tabela 3). Este achado está em concordância com outros artigos na literatura [24,25,43,44], como no estudo de Kuter et al., 2020 e de Garbin et al., 2015 [30, 51] evidenciando que o nível socioeconômico é um preditor da saúde bucal.

Quando analisado o peso infantil (Tabela 2), a maioria das crianças estava abaixo do peso (78,3%) e a minoria das crianças não apresentaram baixo peso (21,7%). O estudo de Kotha et al., 2022 realizado com crianças de 6 a 12 anos, também mostrou a maioria das crianças com baixo peso [63].

Não se encontrou significância estatística entre a Classificação IMC e a frequência de escovação e biofilme visível ($p= 0,078$ na Tabela 3 para frequência de escovação) ($p=0,112$ na Tabela 4 para biofilme visível). Porém, a partir das análises de prevalência sabe-se que as crianças com baixo peso têm a tendência de ter uma higiene bucal mais precária do que as com não baixo peso. O estudo de Kotha et al., 2022 mostrou uma associação positiva entre o IMC e a cárie dentária, onde o aumento do peso aumenta a prevalência de cárie dentária. Entretanto, esse mesmo estudo também mostra que pode acontecer uma bidirecionalidade entre o baixo peso e cárie dentária [63]. A desnutrição ou a diminuição do IMC resulta no aumento da cárie dentária, tal como neste estudo, em que a diminuição do IMC pode gerar um higiene bucal deficiente (79,8% das crianças com baixo peso tinham biofilme visível na Tabela 4).

É importante ressaltar que a maioria dos trabalhos na literatura consultada mostrou um enfoque na obesidade [12,13,63-68]. Por outro lado, encontrou-se grande parte das crianças abaixo do peso (78,3% na Tabela 2). Este resultado pode ter sido gerado, visto que, a população estudada era muito carente e conseqüentemente se alimentava pior o que pode gerar desnutrição. Possivelmente, se essa pesquisa tivesse sido realizada em escolas com um nível socioeconômico diferente, o resultado poderia ter sido outro. Contudo, o estudo de Assia et al., 2016 realizado em Manaus não mostrou associação entre doenças bucais e obesidade. Os autores relataram que isso pode ter acontecido porque na região estudada a população possuía o hábito de consumir alimentos naturais no lugar dos industrializados. Caso contrário, o resultado poderia ser diferente. Ademais, a escola estudada já fazia parte de uma Escola Promotora de Saúde (EPS) [12]. A mesma analogia pode ser aplicada no que se refere a este trabalho, onde as regiões eram de extrema carência socioeconômica e a maioria das crianças possuía baixo peso, sem escovação dentária da maneira adequada e que provável uma mudança ocorra quando a escola se tornar uma Escola Promotora de Saúde (EPS) através da Affordable Health Initiative (AHI).

Sabe-se que a escovação é fundamental para uma boa higiene bucal, assim como no estudo de Garbin et al., 2015 [51], aqui a maioria das crianças também escovavam os dentes duas vezes ao dia (de acordo com o questionário respondido pelos pais) (79,7% das crianças escovavam os dentes duas vezes ou mais por dia) (Tabela 2). Todavia, Khalid et al, 2020 fizeram um comparativo entre escolas públicas e privadas, onde as crianças de escolas públicas tiveram mais acúmulo de biofilme e pior índice de higiene bucal do que as crianças de escolas privadas [61]. Possivelmente, se este resultado fosse comparado com um resultado de escola privada teria o mesmo desfecho do estudo de Khalid et al, 2020. Neste trabalho, pode-se observar na Tabela 3 que as crianças que escovavam os dentes duas ou mais vezes por dia também apresentavam biofilme visível (77,0%) Talvez esse achado seja consequência da falta de uma técnica correta de escovação.

Para o biofilme visível nenhum determinante foi associado além da frequência de escovação ($p=0,008$) (Tabela 3), o que mostra a importância do enfoque na frequência e na qualidade da escovação dessas crianças. Assim, o estudo de Jaiswal et al., 2021 revela que escovar os dentes duas vezes ao dia remove o biofilme dental com mais eficácia do que escovar uma vez ou ocasionalmente [60]. Porém, os

resultados aqui apresentados, mesmo a maioria das crianças escovando duas vezes ou mais, ainda apresentavam biofilme dental visível (77%) (Tabela 3).

O objetivo da AHI em parceria com a EPS é criar programas de saúde dentro das escolas utilizando políticas públicas que não são tão caras. O Oral Disorders Collaborators, 2017 demonstrou consistentemente que a saúde bucal é negligenciada e representa um grande desafio para a saúde da população global e que existem políticas que podem ser implantadas que geram um baixo custo, como por exemplo, a mínima intervenção, a prevenção e o conhecimento de determinantes da saúde bucal [10]. Com esse entendimento, se tem a importância de saber quais fatores mais afetam a saúde bucal. Esse estudo mostrou que o determinante mais importante foi a renda ($p=0,031$) dentre as variáveis estudadas (Tabela 3).

A educação em saúde bucal melhora a higiene bucal, conhecimento e comportamento de saúde bucal [52]. Esse estudo mostrou que para a realidade dessa população é necessário criar programas que favoreçam a renda da família, principalmente em relação à alimentação, dado que, a maioria das crianças têm baixo peso. Além disso, é necessário focar na frequência de escovação e em como é realizada para diminuir o biofilme visível.

O presente estudo apresentou algumas limitações explanadas a seguir: primeira, este é um estudo transversal e a causalidade não pode ser afirmada, porém é um estudo necessário para obter informações que determinem a higiene bucal das crianças e pode ser usado como base para futuras avaliações de coorte ou longitudinais; segunda, uma amostra maior talvez revelasse significância estatística; terceira, a dificuldade de determinar o nível de preconceito dos pais no fornecimento de informações sociodemográficas, visto a subjetividade emocional; quarto, a heterogeneidade nos estudos de mensuração do peso corporal dificulta esse campo de pesquisa. E por último, a pesquisa foi realizada durante a pandemia do COVID- 19 que gerou limitações e cuidados a mais.

Se as escolas do estudo atenderem a todos os requisitos da Affordable Health Initiative (AHI), os resultados da presente pesquisa vão colaborar para a formação de uma Escola Promotora de Saúde (EPS).

6 CONCLUSÕES

Com base na metodologia e nas análises dos resultados pode-se concluir que:

1. Os determinantes idade, sexo, escolaridade materna e Índice de Massa Corporal (IMC) não tiveram associação com frequência de escovação e biofilme visível;
2. O determinante renda per capita é associado com a frequência de escovação;
3. O biofilme dentário é dependente da frequência de escovação;

7 REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Escolas promotoras de saúde: experiências no Brasil. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
2. Smyth E, Caamaño F, Fernández-Riveiro P. Oral health knowledge, attitudes and practice in 12-year-old schoolchildren. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2007; 12(8): E614-20.
3. Affordable Health Initiative (AHI). Help transforming all schools in health promoting schools. Impacto [Internet]. 2017 [acesso em 20 abr 2023]. Disponível em: <https://www.affordablehealthinitiative.com/get-involved>.
4. Mohandass B, Chaudhary H, Pal GK, Kaur S. Knowledge and practice of rural mothers on oral hygiene for children. *Indian Journal of Continuing Nursing Education* [Internet]. 2021 [acesso em 20 abr 2023]; 22(1): 39-43. Disponível em: http://dx.doi.org/10.4103/ijcn.ijcn_7_20.
5. Islam MM. Social determinants of health and related inequalities: confusion and implications. *Front Public Health* [Internet]. 2019 [acesso em 20 abr 2023]; 7(11): 1-4. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00011>.
6. Saied-Moallemi Z, Virtanen JI, Ghofranipour F, Murtomaa H. Influence of mothers' oral health knowledge and attitudes on their children's dental health. *European Archives Of Paediatric Dentistry* [Internet]. 2008 [acesso em 20 abr 2023]; 9: 79-83. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/bf03262614>.
7. Petrauskienė S, Narbutaitė J, Petrauskienė A, Virtanen JI. Oral health behaviour, attitude towards, and knowledge of dental caries among mothers of 0- to 3-year-old children living in Kaunas, Lithuania. *Clinical And Experimental Dental Research*, [Internet.]. 2020 [acesso em 20 abr 2023]; 6(2): 215-224. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1002/cre2.272>.
8. Neves BG, Stipp RN, Bezerra DS, Guedes SFF, Rodrigues LKA. Quantitative analysis of biofilm bacteria according to different stages of early childhood caries. *Archives Of Oral Biology*, [Internet.]. 2018 [acesso em 20 abr 2023]; 96: 155-161. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.archoralbio.2018.09.007>.
9. Mohebbi SZ, Virtanen JI, Murtomaa H, Vahid-Golpayegani M, Vehkalahti MM. Mothers as facilitators of oral hygiene in early childhood. *International Journal Of Paediatric Dentistry*, [Internet]. 2007 [acesso em 20 abr 2023]; 18(1): 48-55. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-263x.2007.00861.x>.
10. Bernabe E, Marcenes W, Kassebaum NJ, Hernandez CR, Bailey J, Abreu LG, et al. Global, regional, and national levels and trends in burden of oral conditions from 1990 to 2017: a systematic analysis for the global burden of disease 2017 study. *Journal Of Dental Research*, [Internet]. 2020 [acesso em 20 abr 2023]; 99(4): 362-373. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/0022034520908533>.

11. Moura-Grec PG, Marsicano JA, Carvalho CAP, Sales-Peres SHC. Obesity and periodontitis: systematic review and meta-analysis. *Ciência & Saúde Coletiva*, [Internet]. 2014 [acesso em 20 abr 2023]; 19(6): 1763-1772. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014196.13482013>.
12. Assi SP, Pires JR, Pontes AEF, Barroso EM, Zuza EP. Oral conditions and body weight in children from a public school in Manaus, AM, Brazil. *Revista de Odontologia da Unesp* [Internet]. 2016 [acesso em 20 abr 2023]; 45(6): 362-367. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-2577.09816>.
13. Jouhar R, Ahmed MA, Khurshid Z, Bokhari SAH. Association of BMI, diet, physical activity, and oral hygiene practices with DMFT index of male dental students at king faisal University, Al-Ahsa. *Nutrients* [Internet]. 2021 [acesso em 20 abr 2023]; 13(1): 224. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/nu13010224>.
14. Lee A, Lo ASC, Kwong CMA, Wong KK. Effective health promoting school for better health of children and adolescents: indicators for success. *BMC Public Health* [Internet]. 2019 [acesso em 20 abr 2023]; 19:1088: 1-12. Disponível em: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-019-7425-6>
15. Faria RM, Savian P, Vargas D. Territories of Social Deprivation in the city of Santa Maria, Rio Grande do Sul. *Boletim de Geografia* [Internet]. 2019 [acesso em 20 abr 2023]; 37(1): 234-250. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4025/bolgeogr.v37i1.39208>.
16. Gomes MA, Pereira MLD. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005; 10(2): 357- 363.
17. Gonçalves FO, Andrade KR, Araújo LRC, Rosa TM. Índice Multidimensional de Pobreza (IMP): as dimensões da pobreza no Distrito Federal e suas políticas de enfrentamento. *Texto para discussão*. 2015; 6: 1-37.
18. Arrais TA. The surroundings of the Federal District: an analysis of the notion of dependence. *Geografia*. 2008; 33(3): 435-447.
19. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (PDAD). Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios. Relatório CODEPLAN. Atualizado em 09/07/2022.
20. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (PDAD). Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios. Relatório CODEPLAN. Sol Nascente/ Pôr do Sol. Atualizado em 09/07/2022.
21. Administração Regional do SCIA e Estrutural. Sobre a Ra. 2013 [acesso em 20 abr 2023]. Disponível em: <https://www.scia.df.gov.br/category/sobre-a-ra/>.
22. Braveman P, Gottlieb L. The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes. *Public Health Reports*, [Internet.]. 2014 [acesso em 20 abr 2023]; 129(12): 19-31. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/00333549141291s206>.

23. Branden SVD, Broucke SVD, Leroy R, Declerck D, Hoppenbrouwers K. Oral health and oral health-related behaviour in preschool children: evidence for a social gradient. *European Journal of Pediatrics* [Internet]. 2013 [acesso em 20 abr 2023]; 172: 231–237. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00431-012-1874-6>.
24. Paula JS, Leite ICG, Almeida AB, Ambrosano GMB, Pereira AC, Mialhe FL. The influence of oral health conditions, socioeconomic status and home environment factors on schoolchildren's self-perception of quality of life. *Health And Quality Of Life Outcomes*, [Internet]. 2012 [acesso em 20 abr 2023]; 10(1): 10-6. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/1477-7525-10-6>.
25. Queiroz FS, Costa LED, Silvestre TL. Saúde bucal, fatores socioeconômicos e qualidade de vida de crianças de 12 anos de idade da cidade de Patos-PB. *Archives Of Health Investigation* [Internet]. 2018 [acesso em 20 abr 2023]; 7(8): 316-322. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.21270/archi.v7i8.3118>.
26. Dieng S, Cisse D, Lombrail P, Azogui-Lévy S. Mothers' oral health literacy and children's oral health status in Pikine, Senegal: a pilot study. *PLOS ONE* [Internet]. 2020 [acesso em 20 abr 2023]; 15(1): e0226876. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226876>.
27. Kato H, Tanaka K, Shimizu K, Nagata C, Furukawa S, Arakawa M, et al. Parental occupations, educational levels, and income and prevalence of dental caries in 3-year-old Japanese children. *Environ Health Prev Med* [Internet]. 2017 [acesso em 20 abr 2023]; 22(80). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12199-017-0688-6>.
28. Lee S, Kim H, Lee J, Kim J. Association between maternal and child oral health and dental caries in Korea. *Journal Of Public Health* [Internet]. 2018 [acesso em 20 abr 2023]; 27(2): 219-227. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s10389-018-0936-2>.
29. Pieper K, Dressler S, Heinzl-Gutenbrunner M, Neuhäuser A, Krecker M, Wunderlich K, et al. The influence of social status on pre-school children's eating habits, caries experience and caries prevention behavior. *Int J Public Health* [Internet]. 2012 [acesso em 20 abr 2023]; 57: 207–215. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00038-011-0291-3>
30. Kuter B, Uzel İ. The influence of maternal factors on children's oral health: mothers age, education level, toothbrushing habit and socioeconomic status. *The Journal Of Pediatric Research* [Internet]. 2020 [acesso em 20 abr 2023]; 7(4): 331-335. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4274/jpr.galenos.2020.96977>.
31. Suresh BS, Ravishankar TL, Chaitra TR, Mohapatra AK, Gupta V. Mother's knowledge about pre-school child's oral health. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2010; 28: 282-287.
32. Mannaa A, Carlén A, Lingström P. Dental caries and associated factors in mothers and their preschool and school children: a cross-sectional study. *Journal Of Dental Sciences* [Internet]. 2013 [acesso em 20 abr 2023]; 8(2): 101-108. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jds.2012.12.009>.

33. Bozorgmehr E, Hajizamani A, Mohammadi TM. Oral health behavior of parents as a predictor of oral health status of their children. Hindawi [Internet]. 2013 [acesso em 20 abr 2023]; 2013: 1-5. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/741783>.
34. Abulazizalmidaj M. The effect of mother's education level on oral hygiene awareness and practices among pre-school children of zulfi region, Saudi Arabia. 2021.
35. Sufia S, Khan AA, Chaudhry S. Maternal factors and child's dental health. Journal Of Oral Health And Community Dentistry [Internet]. 2009 [acesso em 20 abr 2023]; 3(3): 45-48. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5005/johcd-3-3-45>.
36. Peres MA, Nascimento GG, Peres KG, Demarco FF, Menezes AB. Oral health-related behaviours do not mediate the effect of maternal education on adolescents' gingival bleeding: a birth cohort study. Community Dentistry And Oral Epidemiology [Internet]. 2017 [acesso em 20 abr 2023]; 46(2): 169-177. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/cdoe.12350>.
37. Kabar AM, Elzahaf RA, Shakhathreh FM. The relationship between oral health knowledge mothers and dental caries in Tripoli, Libya. Saudi Journal of Oral and Dental Research [Internet]. 2019 [acesso em 20 abr 2023]; 4(7): 463-467. Disponível em: [10.21276/sjodr.2019.4.7.7](http://dx.doi.org/10.21276/sjodr.2019.4.7.7)
38. Abdat M, Ramayana I. Relationship between mother's knowledge and behaviour with oral health status of early childhood. Padjadjaran Journal Of Dentistry [Internet]. 2020 [acesso em 20 abr 2023]; 32(3): 166. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.24198/pjd.vol32no2.24734>.
39. Alkalash S, Salama A, Konsowa E. Mothers' knowledge, attitude, and practice regarding their primary school children's oral hygiene. Menoufia Medical Journal [Internet]. 2020 [acesso em 20 abr 2023]; 33(1): 11. Disponível em: http://dx.doi.org/10.4103/mmj.mmj_300_19.
40. Halabi MAI, Mahmoud N, Kowash M, Hussein I, Hassan A. Oral health knowledge, attitude, and practices of Sharjah mothers of preschool children, United Arab Emirates. Journal Of International Society Of Preventive And Community Dentistry [Internet.]. 2017 [acesso em 20 abr 2023]; 7(6): 308, 2017. Disponível em: http://dx.doi.org/10.4103/jispcd.jispcd_310_17.
41. Dye BA, Vargas CM, Lee JJ, Magder L, Tinanoff N. Assessing the relationship between children's oral health status and that of their mothers. The Journal Of The American Dental Association [Internet]. 2011 [acesso em 20 abr 2023]; 142(2): 173-183. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14219/jada.archive.2011.0061>.
42. Ashiry EAE, Alamoudi NM, Bamashmous N, Alamoudi RA, Qahtan DK, Felemban OM. Oral health related knowledge, attitude and behavior among group of mothers in relation to their primary school children's oral health, Jeddah, Saudi Arabia: a cross-sectional study. Research Square [Internet]. 2021 [acesso em 20 abr 2023]; 1-21. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.21203/rs.3.rs-1155126/v1>.

43. Adeniyi AA, Ogunbodede OE, Jeboda OS, Folayan OM. Do maternal factors influence the dental health status of Nigerian pre-school children? *International Journal Of Paediatric Dentistry* [Internet]. 2009 [acesso em 20 abr 2023]; 19(6): 448-454. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-263x.2009.01019.x>.
44. Soltani R, Eslami AA, Mahaki B, Alipoor M, Sharifirad GH. Do maternal oral health-related self-efficacy and knowledge influence oral hygiene behavior of their children? *Int J Pediatr*. 2016; 4(7): 2035-42.
45. Efe E, Sarvan S, Kukulu K. Self-reported knowledge and behaviors related to oral and dental health in turkish children. *Issues In Comprehensive Pediatric Nursing* [Internet]. 2007 [acesso em 20 abr 2023]; 30(4): 133-146. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/01460860701728337>.
46. Kamińska A, Szalewski L, Batkowska J, Wallner J, Wallner E, Szabelska A, et al. The dependence of dental caries on oral hygiene habits in preschool children from urban and rural areas in Poland. *Annals Of Agricultural And Environmental Medicine* [Internet]. 2016 [acesso em 20 abr 2023]; 23(4): 660-665. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5604/12321966.1226863>.
47. Chen L, Hong J, Xiong D, Zhang L, Li Y, Huang S, Hua F. Are parents' education levels associated with either their oral health knowledge or their children's oral health behaviors? A survey of 8446 families in Wuhan. *Bmc Oral Health* [Internet]. 2020 [acesso em 20 abr 2023]; 20(1): 20-203. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12903-020-01186-4>.
48. Bashirian S, Seyedzadeh-Sabounchi S, Shirahmadi S, Soltanian A-R, Karimi-shahanjarini A, Vahdatinia F. Socio-demographic determinants as predictors of oral hygiene status and gingivitis in schoolchildren aged 7-12 years old: A cross-sectional study. *PLOS ONE* [Internet]. 2018 [acesso em 20 abr 2023]; 13(12): e0208886. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208886>.
49. Fialho LMF. Escola promotora de saúde: um conceito interdisciplinar. *Instrumento* [Internet]. 2022 [acesso em 20 abr 2023]; 24(1): 1-19. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/index.php/revistainstrumento/article/view/33337>
50. Silva MRI, Almeida AP, Machado JC, Silva LS, Cardoso JAF, Costa GD, et al. Processo de acreditação das escolas promotoras de saúde em âmbito mundial: revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2019 [acesso em 20 abr 2023]; 24(2): 475-486. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018242.23862016>.
51. Garbin CAS, Soares GB, Dócusse FRM, Garbin AJÍ, Arcieri RM. Oral health education in school: parents' attitudes and prevalence of caries in children. *Revista de Odontologia da Unesp* [Internet]. 2015 [acesso em 20 abr 2023]; 44(5): 285-291. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-2577.0097>.
52. Angelopoulou MV, Kavvadia K, Taoufik K, Oulis CJ. Comparative clinical study testing the effectiveness of school based oral health education using experiential learning or traditional lecturing in 10 year-old children. *Bmc Oral Health* [Internet].

2015 [acesso em 20 abr 2023]; 15(1): 15-51. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12903-015-0036-4>.

53. Toniazzo MP, Nodari D, Muniz FWMG, Weidlich P. Effect of mHealth in improving oral hygiene: a systematic review with meta :analysis. *Journal Of Clinical Periodontology*, [Internet]. 2019 [acesso em 20 abr 2023]; 46(3): 297-309. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/jcpe.13083>.

54. Finlayson TL, Cabudol M, LIU JX, Garza JR, Gansky AS, Ramos-Gomez F. A qualitative study of the multi-level influences on oral hygiene practices for young children in an Early Head Start program. *Bmc Oral Health* [Internet]. 2019 [acesso em 20 abr 2023]; 19(1): 19-166. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12903-019-0857-7>.

55. Do LG, Ha DH, Bell LK, Gemma D, Golley RK, Leary SD, et al. Study of mothers' and infants' life events affecting oral health (smile) birth cohort study: cohort profile. *BMJ Open* [Internet]. 2020 [acesso em 20 abr 2023]; 10(10): 1-8. Disponível em: [doi:10.1136/bmjopen-2020-041185](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-041185).

56. Kumar S, Tadakamadla J, Johnson NW. Effect of toothbrushing frequency on incidence and increment of dental caries: a systematic review and meta-analysis. *J Dent Res* [Internet]. 2022 [acesso em 20 abr 2023]; 95(11):1230-6. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27334438/>.

57. Harris-Ricardo J, Fang L, Herrera-Herrera A, Fortich-Mesa N, Olier-Castillo D, et al. Perfil bacteriano del biofilm dental supragingival en niños con dentición temporal y mixta temprana utilizando la técnica de secuenciación de próxima generación (HOMINGS). *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica* [Internet]. 2019 [acesso em 20 abr 2023]; 37(7): 448-453. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2018.10.019>.

58. Nagai N, Homma H, Sakurai A, Takahashi N, Shintani S. Microbiomes of colored dental biofilms in children with or without severe caries experience. *Clinical And Experimental Dental Research* [Internet]. 2020 [acesso em 20 abr 2023]; 6(6): 659-668. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1002/cre2.317>.

59. Sanz M, Beighton D, Curtis MA, Cury J, Dige I, Dommisch H, et al. Role of microbial biofilms in the maintenance of oral health and in the development of dental caries and periodontal diseases. Consensus report of group 1 of the Joint EFP/ORCA workshop on the boundaries between caries and periodontal disease. *J Clin Periodontol* [Internet]. 2017 [acesso em 20 abr 2023]; 44 (Suppl. 18): S5–S11. Disponível em: [doi: 10.1111/jcpe.12682](https://doi.org/10.1111/jcpe.12682).

60. Jaiswal D, Kalia P, Hiremath S, Singh A, Pani P, Kumar N. Evaluation of oral hygiene status among 12–14-year-old school children. *Journal Of Pharmacy And Bioallied Sciences* [Internet]. 2021 [acesso em 20 abr 2023]; 13(5): 112. Disponível em: http://dx.doi.org/10.4103/jpbs.jpbs_590_20.

61. Khalid T, Mahdi Syed Sarosh; KHAWAJA, Mariam; ALLANA, Raheel; AMENTA, Francesco. Relationship between Socioeconomic Inequalities and Oral Hygiene

- Indicators in Private and Public Schools in Karachi: an observational study. *International Journal Of Environmental Research And Public Health* [Internet]. 2020 [acesso em 20 abr 2023]; 17(23): 8893. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17238893>.
62. Nascimento GG, Leite FRM, Do LG, Peres KG, Correa MB, Demarco FF, Peres MA. Is weight gain associated with the incidence of periodontitis? A systematic review and meta-analysis. *J Clin Periodontol* [Internet]. 2015 [acesso em 20 abr 2023]; 42: 495–505. Disponível em: <doi:10.1111/jcpe.12417>.
63. Kotha SB, Terkawi, SA, Mubarak AS, Saffan ADA, Kotha, SL, Mallineni SK. Association between Body Mass Index (BMI) and Dental Caries among 6–12-Year-Old School Children. *Children* [Internet]. 2022 [acesso em 20 abr 2023]; 9: 608. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/children9050608>.
64. Kumar S, Dagli RJ, Dhanni C, Duraiswamy P. Relationship of body mass index with periodontal health status of green marble mine laborers in Kesariyaji, India. *Brazilian Oral Research* [Internet]. 2009 [acesso em 20 abr 2023]; 23(4): 365-369. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1806-83242009000400003>.
65. Li L, Wong HM, Sun L, Wen YF, Mcgrath CP. Anthropometric Measurements and Periodontal Diseases in Children and Adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Advances In Nutrition* [Internet]. 2015 [acesso em 20 abr 2023]; 6(6): 828-841. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3945/an.115.010017>.
66. Santha B, Sudheer H, Saxena V, Jain M, Tiwari V. The Impact of Body Mass Index on Oral Hygiene Practices of Adolescents in Bhopal City, India. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2016; 26(2):125-9.
67. Alam BF, Abbasi N, Hussain T, Khan MA, Chaudhary MG, Ijaz F. Relationship of BMI with the diet, physical activity and oral hygiene practices amongst the dental students. *Bmc Oral Health* [Internet]. 2022 [acesso em 20 abr 2023]; 22(1): 22-311. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12903-022-02318-8>.
68. Paisi, M, Kay E, Bennett C, Kaimi I, Witton R, Nelder R, et al. Body mass index and dental caries in young people: a systematic review. *Bmc Pediatrics*, [Internet]. 2019 [acesso em 20 abr 2023]; 19(1): 19-122. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12887-019-1511-x>.
69. Strobe. Strobe Checklists. Strobe [Internet]. 2023 [acesso em 20 abr 2023]. Disponível em: <https://www.strobe-statement.org/checklists/>.
70. Secretaria de Estado de Governo do Distrito Federal. Sol Nascente e Pôr do Sol (RA XXXII). SEGOV [Internet]. 2022 [acesso em 20 abr 2023]. Disponível em: <https://segov.df.gov.br/sol-nascente-e-por-do-sol-ra-xxxii/>

8 PRESS RELEASE

Este estudo investigou determinantes de higiene bucal de crianças de 6 a 9 anos de idade em duas áreas de grande privação social do Distrito Federal. Foram aplicados questionários com perguntas sobre idade, sexo, escolaridade materna, renda e frequência de escovação. Foi realizado o Índice de Massa Corporal (IMC) para avaliar o peso e foi feito exame clínico para avaliar biofilme presente (placa bacteriana). Foram o total de 474 crianças, a maioria de idade de 8 anos e maioria do sexo masculino. Grande parte das famílias recebiam menos de um salário mínimo mensal, a maioria das mães possuíam Ensino Médio Completo e a maioria das crianças estavam abaixo do peso. Segundo os respondentes dos questionários a maioria das crianças escovavam os dentes duas ou mais vezes por dia e ao exame clínico constatou que a maioria das crianças tinham biofilme visível. A partir das análises estatísticas observou-se que o determinante renda per capita é associado com a frequência de escovação e que o biofilme dentário é dependente da frequência de escovação. Este estudo mostrou um panorama geral de como eram essas duas populações com grande privação social e quais determinantes específicos são associados a realidade das crianças de 6 a 9 anos de idade.

APÊNDICE I – Carta lembrete escola intervenção



Senhores pais e/ou responsáveis,

Será implementado um *programa de saúde* na EC 02 da Estrutural e o seu filho está sendo convidado a participar!

Trata-se de uma parceria da UnB com a Secretaria de Educação e de Saúde do GDF, na qual vão realizar exames clínicos e tratamento odontológico no seu filho, na própria escola. O programa não tem *nenhum custo* e, ao final da coleta de dados, será fornecido *2 pacotes de macarrão* por aluno.

Pedimos que compareça à escola com o seu filho, *AMANHÃ, dia 14/07, entre 13h e 16h.*

APÊNDICE II – Carta lembrete escola controle



Senhores pais e/ou responsáveis,

Será implementado um *programa de saúde* na EC 66 e o seu filho está sendo convidado a participar! Trata-se de uma parceria da UnB com a Secretaria de Educação e de Saúde do GDF, na qual vão realizar exames clínico e odontológico no seu filho, na própria escola. Caso necessário, será encaminhado para atendimento.

O programa não tem *nenhum custo* e, ao final da coleta de dados, será fornecido *2 pacotes de macarrão* por aluno.

Pedimos que compareça para autorizar e agendar o atendimento, **NA SEGUNDA, dia 26/07, entre 8h e 12h.**

APÊNDICE III – Guia de abordagem aos pais e/ou responsáveis para agendamento da entrevista

Guia de abordagem aos pais e/ou responsáveis para agendamento da entrevista

Boa tarde, senhor (a)_____!

Aqui é a IM ou EP e falo da escola_____, onde seu filho estuda. O (a) senhor (a) recebeu uma carta e assinou autorizando que ele (ela) participe do programa que estamos desenvolvendo na escola. Está lembrado?

Eu estou ligando para marcar uma hora para que ele possa vir à escola para ser examinado. Examinaremos o seu filho para saber se tem algum problema nos dentes; mediremos a altura e peso para analisar o crescimento e forneceremos tratamento odontológico na própria escola. Tudo isso **sem custo** nenhum para o (a) senhor (a).

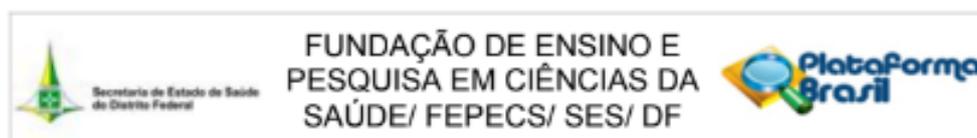
Também precisamos que um dos responsáveis pelo(a) seu(sua) filho(a) compareça à escola junto com seu(sua) filho(a). Ele(a) fará uma entrevista conosco. Também precisamos que o (a) senhor (a) traga a caderneta de saúde, o cartão de vacinação e a carteira do SUS do (a) seu (sua) filho (a). Ele (ela) já tem o cartão do SUS?

Se não: então o (a) senhor (a) precisa ir até o posto de saúde. Sabe onde fica? (explicar a localização) Tem que levar um documento com foto ou certidão de nascimento dele (a), um comprovante de residência e solicitar o cadastramento da criança no SUS. É super rápido! Mas precisamos do cadastramento para que ele (ela) possa ser atendido (a) nesse programa.

Se sim: Que ótimo! Então traga esses documentos, porque precisamos deles para que seu (a) filho (a) possa ser atendido (a).

O (a) senhor (a) recebeu também um ticket junto à carta, está lembrado. Ao final de toda a avaliação, você poderá o vale alimento por dois pacotes de macarrão.

ANEXO I - Aprovação do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Aplicabilidade de um programa em saúde na melhora da saúde bucal e geral de escolares do Distrito Federal

Pesquisador: MAURICIO BARTELLE BASSO

Área Temática:

Versão: 7

CAAE: 00617218.3.0000.5553

Instituição Proponente: DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE SAUDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.844.444

Apresentação do Projeto:

Trata-se de resposta a pendência apontada na emenda nº 01 do projeto de pesquisa "Aplicabilidade de um programa em saúde na melhora da saúde bucal e geral de escolares do Distrito Federal".

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo na emenda pendente é a inclusão de duas novas pesquisadoras na equipe de pesquisa, que irão atuar na etapa de coleta e análise de dados, com seus registros adequados na Plataforma Brasil. As Pesquisadoras não estavam cadastradas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há nenhum risco ou benefício adicional ao projeto de pesquisa. Os resultados serão apresentados ao final da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**PENDÊNCIA 1:**

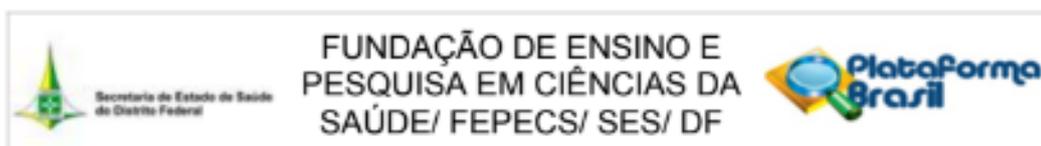
Emenda nº11: Exclusão e Inclusão de novos pesquisadores.

RESPOSTA: As pesquisadoras Alexandra Maria dos Santos Carvalho e Caroline Diniz Pagani Vieira fizeram seus cadastros e foram incluídas na Plataforma Brasil.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1. Notificação: Relatório Parcial encaminhado e aprovado

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-907
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)2017-1145 **E-mail:** csp@fepecs.edu.br



Continuação do Parecer: 4.544.444

2. Carta de resposta às pendências: Devidamente apresentada
3. Pesquisadoras incluídas na Plataforma Brasil

Recomendações:

–

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Emenda Aprovada

** O pesquisador assume o compromisso de garantir o sigilo que assegure o anonimato e a privacidade dos participantes da pesquisa e a confidencialidade dos dados coletados. Os dados obtidos na pesquisa deverão ser utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo.

O pesquisador deverá encaminhar relatório parcial e final de acordo com o desenvolvimento do projeto da pesquisa, conforme Resolução CNS/MS nº 466 de 2012.

** Considerando a pandemia (COVID-19), reiteramos que sejam obedecidas as orientações vigentes do Governo do Distrito Federal (quanto à limitação de acessos, isolamentos sociais e circulações desnecessárias em ambientes que possam gerar riscos ao pesquisador e aos participantes da pesquisa).

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_146419_2_E1.pdf	12/07/2021 18:48:01		Aceito
Outros	Carta_Resposta_Pendencias.pdf	12/07/2021 18:41:34	MAURICIO BARTELLE BASSO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Intervention.doc	02/07/2021 16:18:23	MAURICIO BARTELLE BASSO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Controlo.docx	02/07/2021 16:18:06	MAURICIO BARTELLE BASSO	Aceito
Outros	Modelo_Carta_Resposta_Pendencias.	02/07/2021	MAURICIO	Aceito

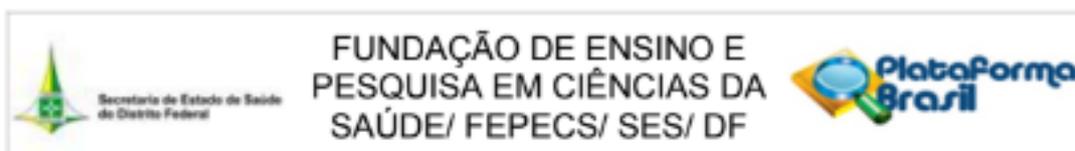
Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP

Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-907

UF: DF **Município:** BRASÍLIA

Telefone: (61)2017-1145

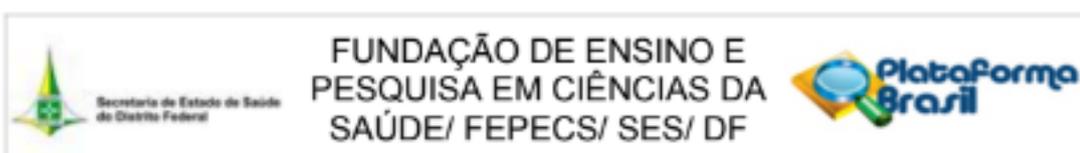
E-mail: cep@fepecs.edu.br



Continuação do Parecer: 4.844.444

Outros	docx	16:15:31	BARTELLE BASSO	Aceito
Outros	CartaEncaminhamentoEmenda16_2WM.doc	02/07/2021 16:14:21	MAURÍCIO BARTELLE BASSO	Aceito
Outros	CartaEncaminhamentoEmenda15.doc	02/07/2021 16:13:28	MAURÍCIO BARTELLE BASSO	Aceito
Outros	CartaEncaminhamentoEmenda14.doc	02/07/2021 16:13:15	MAURÍCIO BARTELLE BASSO	Aceito
Outros	CartaEncaminhamentoEmenda13.doc	02/07/2021 16:12:33	MAURÍCIO BARTELLE BASSO	Aceito
Brochura Pesquisa	Novo_Projeto_Brochura.docx	02/07/2021 16:10:48	MAURÍCIO BARTELLE BASSO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_Educacao.pdf	27/05/2021 14:56:45	MAURÍCIO BARTELLE BASSO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_Saude.pdf	27/05/2021 14:56:29	MAURÍCIO BARTELLE BASSO	Aceito
Outros	AHI_DF_Avaliacao_Saude_Oral.pdf	17/05/2021 14:22:15	MAURÍCIO BARTELLE BASSO	Aceito
Outros	CartaEncaminhamentoEmenda10_WMv4.pdf	17/05/2021 13:52:18	MAURÍCIO BARTELLE BASSO	Aceito
Outros	CartaEncaminhamentoEmenda9_WM.pdf	13/05/2021 23:17:34	MAURÍCIO BARTELLE BASSO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Control.pdf	13/05/2021 23:09:02	MAURÍCIO BARTELLE BASSO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Intervention.pdf	13/05/2021 23:08:36	MAURÍCIO BARTELLE BASSO	Aceito
Outros	AHI_DF_Questionario_de_Saude_Professores.pdf	13/05/2021 18:17:02	MAURÍCIO BARTELLE BASSO	Aceito
Outros	AHI_DF_Cuidados_Medicos.pdf	13/05/2021 18:15:25	MAURÍCIO BARTELLE BASSO	Aceito
Outros	AHI_DF_Avaliacao_Antropometrica.pdf	13/05/2021 18:13:49	MAURÍCIO BARTELLE BASSO	Aceito
Outros	AHI_DF_Informacoes_socioeconomicas.pdf	13/05/2021 18:13:04	MAURÍCIO BARTELLE BASSO	Aceito
Outros	AHI_DF_Questionario_de_Saude_Escolares.pdf	13/05/2021 18:12:03	MAURÍCIO BARTELLE BASSO	Aceito
Outros	CartaEncaminhamentoEmenda12_WMv2.pdf	13/05/2021 12:54:32	MAURÍCIO BARTELLE BASSO	Aceito
Outros	Lattes_Marly.pdf	03/05/2021 12:35:31	MAURÍCIO BARTELLE BASSO	Aceito
Outros	Lattes_Ana_Cristina.pdf	03/05/2021 11:58:42	MAURÍCIO BARTELLE BASSO	Aceito

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-907
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)2017-1145 **E-mail:** cep@fepecs.edu.br



Continuação do Parecer: 4.844.444

Outros	Lattes_Eliana.pdf	03/05/2021 11:57:35	MAURICIO BARTELLE BASSO	Aceito
Outros	CartaEncaminhamentoEmenda11_WMv3.pdf	03/05/2021 11:58:25	MAURICIO BARTELLE BASSO	Aceito
Outros	Lattes_Erica_Lia.pdf	03/05/2021 11:41:17	MAURICIO BARTELLE BASSO	Aceito
Outros	Lattes_Laura.pdf	03/05/2021 11:20:35	MAURICIO BARTELLE BASSO	Aceito
Outros	Lattes_Ingrid.pdf	03/05/2021 11:19:58	MAURICIO BARTELLE BASSO	Aceito
Outros	Lattes_Paula.pdf	03/05/2021 11:19:41	MAURICIO BARTELLE BASSO	Aceito
Outros	Lattes_Alexandra.pdf	03/05/2021 11:19:23	MAURICIO BARTELLE BASSO	Aceito
Outros	Lattes_Caroline.pdf	03/05/2021 11:18:54	MAURICIO BARTELLE BASSO	Aceito
Outros	Lattes_Julia.pdf	03/05/2021 11:18:30	MAURICIO BARTELLE BASSO	Aceito
Outros	Lattes_Erica_Torres_de_Almeida_Piovesan.pdf	03/05/2021 11:17:50	MAURICIO BARTELLE BASSO	Aceito
Outros	CartaEncaminhamentoEmenda8_WMv2.pdf	03/05/2021 10:48:41	MAURICIO BARTELLE BASSO	Aceito
Outros	CartaEncaminhamentoEmenda7_WMv2.pdf	03/05/2021 10:48:04	MAURICIO BARTELLE BASSO	Aceito
Outros	CartaEncaminhamentoEmenda6_WMv2.pdf	03/05/2021 10:47:38	MAURICIO BARTELLE BASSO	Aceito
Outros	CartaEncaminhamentoEmenda5_WMv2.pdf	03/05/2021 10:47:12	MAURICIO BARTELLE BASSO	Aceito
Outros	CartaEncaminhamentoEmenda4_WMv2.pdf	03/05/2021 10:46:41	MAURICIO BARTELLE BASSO	Aceito
Outros	CartaEncaminhamentoEmenda3_WMv2.pdf	03/05/2021 10:46:15	MAURICIO BARTELLE BASSO	Aceito
Outros	CartaEncaminhamentoEmenda2_WMv2.pdf	03/05/2021 10:45:58	MAURICIO BARTELLE BASSO	Aceito
Outros	CartaEncaminhamentoEmenda1_WMv2.pdf	03/05/2021 10:45:36	MAURICIO BARTELLE BASSO	Aceito
Outros	RelatorioParcial01.pdf	03/05/2021 10:45:19	MAURICIO BARTELLE BASSO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	NOVO_Brochura.pdf	03/05/2021 10:44:55	MAURICIO BARTELLE BASSO	Aceito
Outros	Carta2.pdf	22/11/2018 14:21:17	MAURICIO BARTELLE BASSO	Aceito
Outros	curriculosynthia.pdf	09/11/2018 12:01:54	MAURICIO BARTELLE BASSO	Aceito
Outros	Curriculoisadora.pdf	09/11/2018 11:57:07	MAURICIO BARTELLE BASSO	Aceito

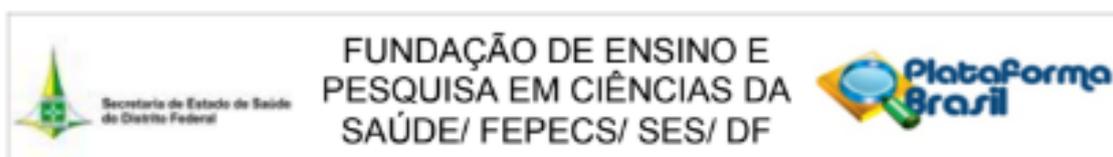
Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP

Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-007

UF: DF **Município:** BRASÍLIA

Telefone: (61)2017-1145

E-mail: cep@fepecs.edu.br



Continuação do Parecer: 4.844.444

Declaração de Instituição e Infraestrutura	EC1.pdf	02/10/2018 12:02:07	MAURICIO BARTELLE BASSO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CEF2.pdf	02/10/2018 12:01:52	MAURICIO BARTELLE BASSO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	lab.pdf	02/10/2018 12:01:38	MAURICIO BARTELLE BASSO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	gsap.pdf	02/10/2018 12:01:07	MAURICIO BARTELLE BASSO	Aceito
Outros	termo.pdf	18/09/2018 08:53:37	MAURICIO BARTELLE BASSO	Aceito
Outros	encaminhamento.pdf	18/09/2018 08:52:43	MAURICIO BARTELLE BASSO	Aceito
Folha de Rosto	rosto.pdf	06/09/2018 17:15:14	MAURICIO BARTELLE BASSO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 13 de Julho de 2021

Assinado por:
Marcondes Siqueira Carneiro
(Coordenador(a))

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Témeo, Sala CEP
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-907
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)2017-1145 **E-mail:** cep@fepecs.edu.br

ANEXO II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

(Pais ou Responsáveis)

O (a) seu filho (a) está sendo convidado (a) a participar do projeto **Aplicabilidade de um programa em saúde e educação de escolares do DF**, sob a responsabilidade do pesquisador Maurício Bartelle Basso. O objetivo deste projeto é implementar e avaliar a aplicabilidade de um programa em saúde e educação em escolares de 6 a 10 anos de idade matriculados nas escolas pública do DF.

O (a) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que o seu nome e o nome de seu filho(a) não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

Um dos pais, como responsável legal pela criança, responderá a um questionário sobre a sua situação econômica e outro sobre a saúde geral e hábitos relacionados a saúde do seu filho(a). Isso é importante para que possamos entender como as condições de vida e os hábitos relacionados a saúde podem contribuir para a melhora da saúde do seu(a) filho(a).

O seu filho(a) participará de um programa de monitoramento de doenças e promoção de saúde na escola. Médicos especialistas no atendimento a crianças farão um exame de vista, audiometria e paladar, e dentistas especialistas no atendimento a crianças examinarão a boca do seu(a) filho(a) na escola. Seu filho(a) será pesado e medido e a sua aptidão física será avaliada. Também será fornecido um recipiente para coleta de fezes em casa, que deverá ser retornado à escola e será encaminhado para exame laboratorial pela equipe de pesquisadores. Seu filho será encaminhado para tratamento na UBS 1 da Cidade Estrutural, com indicativo de tratamento pela sua equipe de saúde da família, caso ele(a) necessite receber alguma vacina ou tratamento médico. O tratamento odontológico será realizado na própria escola. Além disso, seu filho(a) receberá uma escova de dente e pasta de dente que ficarão guardados na escola para que ele(a) escove os dentes todos os dias depois do lanche.

O seu filho(a) participará nas seguintes atividades educacionais e de promoção de saúde: "ensino em cuidados de saúde geral" "ensino em habilidades para a vida"; "práticas básicas de higiene"; "deslocamento diário ativo supervisionado de um ponto de encontro para a escola e da escola até o ponto de encontro"; "pausa para atividade física em sala de aula"; "jardinagem"; "treinamento e participação em torneios esportivos no final de semana". Além destas atividades você e seu(a) filho(a) serão convidados a participar em "palestras vespertinas"; "jogos de perguntas e respostas vespertino" e "jogo do detetive da saúde". Sua família receberá a doação de alimentos saudáveis com a finalidade de promover uma dieta saudável.

Os riscos decorrentes da participação do seu filho(a) na pesquisa estão relacionados aos riscos comuns de um tratamento de rotina de saúde. O (a) Senhor (a) e/ou seu filho(a) podem se recusar a participar de qualquer atividade, em qualquer momento, sem nenhum prejuízo para o (a) senhor (a) ou seu(a) filho(a). Além disso, existe o risco de você se sentir

constrangido durante as entrevistas ao responder os questionários utilizados nesta pesquisa. Para que você se sinta à vontade, as entrevistas serão realizadas em ambiente privado (sem a presença de qualquer outra pessoa); você não será obrigado a responder a todas as perguntas; e os dados coletados serão destruídos caso você desista, a qualquer momento, de participar da pesquisa. Os participantes da pesquisa que vierem a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa têm direito à indenização, por parte do pesquisador. Os resultados desta pesquisa serão divulgados pela equipe de pesquisadores e um relatório de saúde desta população será apresentado à Secretaria de Saúde do DF, podendo ser publicados posteriormente, mas a sua identidade e a do seu filho(a) será mantida em sigilo. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda de um único pesquisador.

Se você aceitar que seu filho(a) participe, contribuirá para que os gestores de saúde valorizem e implementem programas de saúde na escola, que acreditamos ser a melhor forma de diminuir a quantidade de crianças doentes vivendo na sua localidade. Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo os tratamentos de saúde. Também não há compensação financeira relacionada à participação neste estudo, que será voluntária. Se existir qualquer despesa adicional relacionada diretamente à pesquisa, a mesma será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Se o (a) Senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para: Mauricio Bartelle Basso (99951-1252) entre às 8:00 horas e 18:00 horas, disponível inclusive para ligação a cobrar. O contato também poderá ser realizado pelo e-mail mauriodt@hotmail.com.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS-SES/DF. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser sanadas através do telefone: (61) 2017-2132 ramal 6878 ou e-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor (a).

.....
Assinatura do responsável pela criança

.....
Nome do responsável pela criança

.....
Maurício Bartelle Basso (pesquisador responsável pelo projeto)

Brasília, _____ / _____ / _____.

ANEXO III – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Pais ou Responsáveis)

O (a) seu filho (a) está sendo convidado (a) a participar do projeto **Aplicabilidade de um programa em saúde e educação de escolares do DF**, sob a responsabilidade do pesquisador Maurício Bartelle Basso. O objetivo deste projeto é implementar e avaliar a aplicabilidade de um programa em saúde e educação em escolares de 6 a 10 anos de idade matriculados nas escolas públicas do DF.

O (a) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que o seu nome e nome de seu filho(a) não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

Um dos pais, como responsável legal pela criança, responderá a um questionário sobre a sua situação econômica e outro sobre a saúde geral e hábitos relacionados a saúde do seu filho(a). Isso é importante para que possamos entender como as condições de vida e os hábitos relacionados a saúde podem contribuir para a melhora da saúde do seu(a) filho(a).

O seu filho(a) participará de um programa de monitoramento de doenças e promoção de saúde na escola. Médicos especialistas no atendimento a crianças farão um exame de vista, audiometria e paladar, e dentistas especialistas no atendimento a crianças examinarão a boca do seu(a) filho(a) na escola. Seu filho(a) também será pesado e medido e a sua aptidão física será avaliada. Também será fornecido um recipiente para coleta de fezes em casa, que deverá ser retornado à escola e será encaminhado para exame laboratorial pela equipe de pesquisadores. Seu filho será encaminhado para tratamento na UBS 12 da Ceilândia, com indicativo de tratamento pela sua equipe de saúde da família, caso ele(a) necessite de alguma vacina ou tratamento médico-odontológico. Seu(a) filho(a) receberá o tratamento na unidade de saúde pública responsável pela área onde a escola do seu filho está localizada.

Os riscos decorrentes da participação do seu filho(a) na pesquisa estão relacionados aos riscos comuns de um tratamento de rotina de saúde. O (a) Senhor (a) e/ou seu filho(a) podem se recusar a participar de qualquer atividade, em qualquer momento, sem nenhum prejuízo para o (a) senhor (a) ou seu(a) filho(a). Além disso, existe o risco de você se sentir constrangido durante as entrevistas ao responder os questionários utilizados nesta pesquisa. Para que você se sinta à vontade, as entrevistas serão realizadas em ambiente privado (sem a presença de qualquer outra pessoa); você não será obrigado a responder a todas as perguntas; e os dados coletados serão destruídos caso você desista, a qualquer momento, de participar da pesquisa. Os participantes da pesquisa que vierem a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa têm direito à indenização, por parte do pesquisador. Os resultados desta pesquisa serão divulgados pela equipe de pesquisadores e um relatório de saúde desta população será apresentado à Secretaria de Saúde do DF, podendo ser publicados posteriormente, mas a sua identidade e a do seu filho(a) será mantida em sigilo. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda de um único pesquisador.

Se você aceitar que seu filho(a) participe, contribuirá para que os gestores de saúde valorizem e implementem programas de saúde na escola, que acreditamos ser a melhor forma de diminuir a quantidade de crianças doentes vivendo na sua localidade. Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo os tratamentos de saúde. Também não há compensação financeira relacionada à participação neste estudo, que será voluntária. Se existir qualquer despesa adicional relacionada diretamente à pesquisa, a mesma será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Se o (a) Senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para: Maurício Bartelle Basso (99951-1252) entre às 8:00 horas e 18:00 horas, disponível inclusive para ligação a cobrar. O contato também poderá ser realizado pelo e-mail mauriodt@hotmail.com.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS-SES/DF. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser sanadas através do telefone: (61) 2017-2132 ramal 6878 ou e-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor (a).

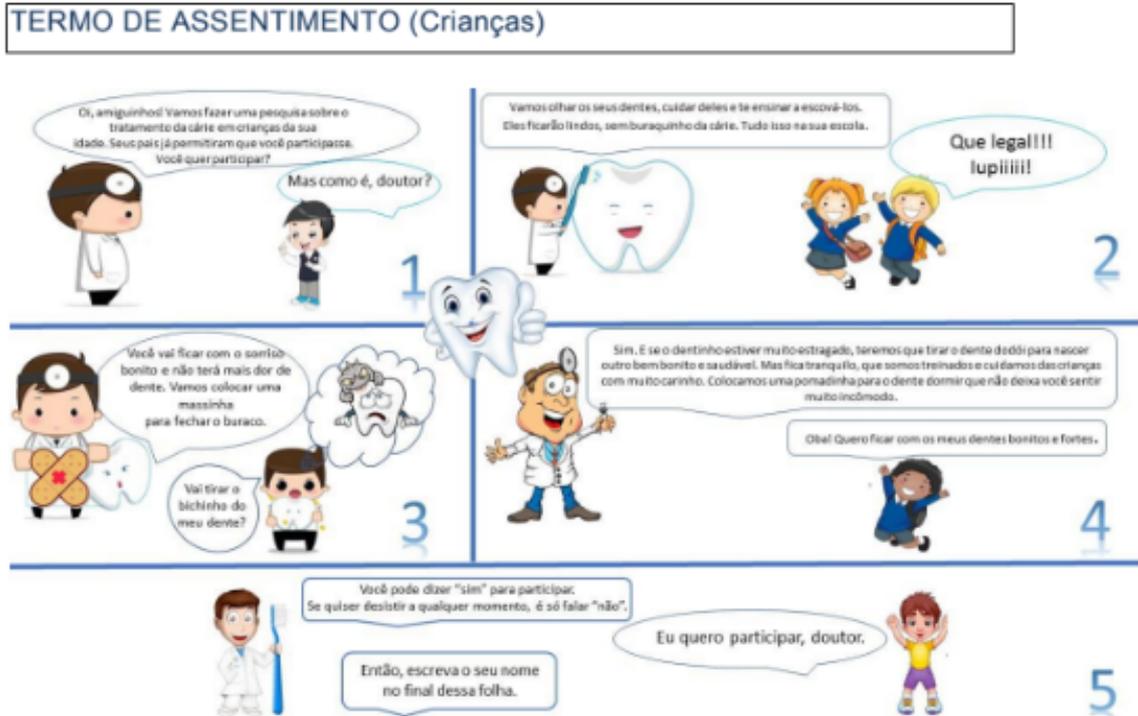
.....
Assinatura do responsável pela criança

.....
Nome do responsável pela criança

.....
Maurício Bartelle Basso (pesquisador responsável pelo projeto)

Brasília, ____ / ____ / ____.

ANEXO IV – Termo de Assentimento (Crianças)



Eu , _____ , aceito participar da pesquisa "Aplicabilidade de um programa em saúde bucal no tratamento e controle de lesões de cárie em escolares", que tem o(s) objetivos de saber se tratar os dentes das crianças na escola e fazer que a criança escove os dentes depois do lanche ajudam a diminuir o número de dentes com cárie (buraquinho). Entendi os benefícios e as coisas ruins que podem acontecer. Entendi que posso dizer "sim" e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer "não" e desistir. Os pesquisadores tiraram minhas dúvidas e conversaram com os meus responsáveis.

Brasília, ___ / ___ / ____.

Assinatura do menor

Assinatura do(a) Pesquisador(a) Responsável

ANEXO V – Questionário de saúde e hábitos da criança**AHI Questionário de Saúde e Hábitos da Criança**

O entrevistador só deverá conduzir a entrevista se o entrevistado for o responsável pela criança e morar na mesma casa/residência.

* Required

Informação de Identificação

1. Data

Example: January 7, 2019

2. Nome do(a) avaliador(a) *

3. Código do 'Research Centre' (escreva somente o número do código) *

4. Código da escola (escreva somente o número do código) *

5. Categoria da escola *

Mark only one oval.

Caso

Controle

6. Categoria do respondente *

Mark only one oval.

Professor

Aluno

7. Código de Identificação da criança (escreva somente o número do código) *

Avaliação do status de vacinação

Por favor, use o seu telefone e tire uma foto do cartão de vacinação e envie por email para isadora.cft@email.com.

Avaliação da exposição ao COVID-19

8. Alguém na sua casa foi infectado por COVID-19?

Mark only one oval.

- Sim
 Não

Histórico de
saúde da
criança

Por favor, use o seu telefone e tire uma foto do cartão da caderneta de saúde da criança e envie por email para isadora.cdt@gmail.com.

Peso ao nascimento e amamentação

9. Qual foi o peso do seu/a filho/a em gramas ao nascimento?

10. Por quanto tempo em meses você amamentou seu/a filho/a?

11. Agora eu vou ler para você o nome de algumas doenças comuns que toda criança pode ter em algum momento da vida. Seu filho(a) teve (doenças listadas abaixo) em QUALQUER momento da vida? [Se sim, perguntar se recebeu tratamento] Marque somente uma resposta por item. *

Mark only one oval per row.

	Sim, recebeu tratamento	Sim, não recebeu tratamento	Não	Não lembro
Catapora	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sarampo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Variola	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verruga	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hepatite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ebola	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Malária	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dengue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zika	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Febre amarela	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meningite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lesão corporal (Machucado)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lesão corporal (Osso quebrado)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Avaliação
subjéctiva da
saúde geral

Vamos falar sobre a saúde do seu filho(a), hábitos relacionados a saúde, e o impacto do estado de saúde nas actividades diárias dele(dela).

As perguntas seguintes são sobre a saúde geral do seu filho(a).

12. Gostaríamos de saber quão boa ou ruim é a saúde do seu filho(a) no momento. Em uma escala de 0 a 10, onde '10' significa a melhor saúde que você pode imaginar e '0' significa a pior saúde que você pode imaginar, qual o número que melhor representa o estado da saúde do seu filho(a) no momento. *

Mark only one oval.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Pior saúde que você pode imaginar	<input type="radio"/>	Melhor saúde que você pode imag									

13. Na sua opinião, seu filho(a) esta precisando de tratamento médico para alguma doença no momento? *

Mark only one oval.

- Sim
 Não
 Não sei

14. Seu filho(a) reclamou de algum quadro de dor ou desconforto nos últimos 30 dias? (ex: dor de cabeça, estômago, costas) *

Mark only one oval.

- Sem dor
 Desconforto
 Dor moderada
 Dor forte
 Dor extremamente forte
 Não lembro

15. No caso de experiência de dor, independente da intensidade, perguntar o que causou a dor.

16. Se a criança teve alguma lesão corporal nos últimos 6 MESES, perguntar quantas?

17. Agora vamos falar da saúde de seu filho(a) nos últimos 6 MESES. Eu vou ler para você o nome de outras doenças também comuns e perguntar se seu filho(a) teve [doenças listadas abaixo] nos últimos 6 MESES? [Se sim, perguntar se recebeu tratamento] Marque somente uma resposta por item. *

Mark only one oval per row.

	Sim, recebeu tratamento	Sim, não recebeu tratamento	Não	Não lembro
Intoxicação alimentar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diarreia (caganeira)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vômitos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anemia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verminoses (Vermes)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gripe ou resfriado forte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sinusite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Faringite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bronquite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pneumonia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18. Agora, eu vou ler para você o nome de outras doenças também comuns. Seu filho(a) teve [doenças listadas abaixo] nos últimos 6 MESES? [Se sim, perguntar se recebeu tratamento] Marque somente uma resposta por item. *

Mark only one oval per row.

	Sim, recebeu tratamento	Sim, não recebeu tratamento	Não	Não lembro
Conjuntivite (irritação no olho)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assadura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sarna/escabiose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Micoses (pano branco, frieira, limpinge)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eczema (Doença na pele)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herpes (Cobreiro)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Piolho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Doença no couro cabeludo (caspa, pelada)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lesão corporal (Machucado)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lesão corporal (Osso quebrado)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lesão corporal (Queimadura)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19. Agora, eu vou ler para você alguns comportamentos comuns que toda criança pode ter em algum momento da vida. Você acha que seu filho(a) teve um destes [comportamentos] nos últimos 6 MESES? *

Mark only one oval per row.

	Sim	Não	Não lembro
Ficou triste ou de baixo astral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ficou constantemente preocupado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Teve dificuldade de concentração	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ficou tonto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comeu muito mais que o normal ou pouco (Sem apetite)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Não conseguiu dormir ou acordou à noite com pesadelos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suou muito durante à noite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Urinou na cama	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20. Agora, eu vou ler para você mais alguns comportamentos comuns que toda criança pode ter em algum momento da vida. Você acha que seu filho(a) teve [comportamento] nos últimos 6 MESES? *

Mark only one oval per row.

	Sim	Não	Não lembro
Ficou facilmente irritado(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ficou fora de controle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Teve muitos pensamentos negativos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ficou tenso, inquieto, nervoso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ficou rebelde (desobedecer ou não aceitar suas regras)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mentiu para se safar de punição	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quebrou alguma coisa de propósito ou praticou vandalismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Foi agressivo (família, amigos, brigas na rua ou em casa, crueldade com animais)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

21. Agora gostaríamos de saber quão satisfeito com vida voce acha que seu filho(a) está no momento. Em uma escala de 0 a 10, onde '10' significa a melhor vida possível que você pode imaginar e '0' significa a pior vida possível que você pode imaginar, qual o número que melhor representa o estado de satisfação com a vida do seu filho(a) no momento. *

Mark only one oval.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Pior vida possível que você pode imaginar	<input type="radio"/>	Melhor vida possível que vc										

26. Agora gostaríamos de saber quanto o ESTADO DE SAÚDE atual do seu filho(a) afetou na realização de atividades habituais diárias fora da escola. Em uma escala de 0 a 10, onde '10' significa que afetou muitíssimo e '0' significa que não afetou nada, qual o número que melhor representa o quanto o ESTADO DE SAÚDE do seu filho(a) está afetando nas atividades habituais dele(a) no momento? *

Mark only one oval.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Não afetou nada	<input type="radio"/>	Afetou muitíssimo									

Uso dos serviços de saúde

Agora nos vamos falar sobre a utilização dos serviços de saúde, por exemplo consulta com profissionais de saúde.

27. Há quanto tempo seu filho(a) visitou o serviço de saúde (médico, enfermeiro, farmacêutico) pela última vez? [resposta em meses; < 30 dias anotar um mês; se nunca anotar '999']. *

28. Se o seu filho(a) foi à algum serviço de saúde nos últimos 6 MESES, qual foi a razão? Por favor, especifique a(s) doença(s). Se não souber o diagnóstico anotar os sintoma(s) associado com a visita ao serviço de saúde.

29. Há quanto tempo seu filho(a) visitou o serviço de saúde odontológico (dentista) pela última vez? [resposta em meses; se nunca anotar '999']

30. Se seu filho(a) foi ao dentista nos últimos 12 MESES, qual foi a razão?

Mark only one oval per row.

	Sim	Não	Não lembro
Dor de dente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Boca inchada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tratamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avaliação (Check-up)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

31. Se outro, especificar a razão associada a visita ao o dentista.

39. Seu filho(a) come [ler itens alimentares]? Todos os dias? ... Fazer os cálculos e anotar a frequência. *

Mark only one oval per row.

	Nunca/Raramente <3x/mês	1- 2x/semana	3- 4x/semana	1x/dia	2x/dia	3x/dia	4x
Pão doce, bolachas, biscoitos, bolos, croissants que levam açúcar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Barras de cereais crocantes açucarados ou chocolatados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Doces (marmelada, goiabada, banana-da, compota, geleia, mel)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chocolates (barra)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outras guloseimas em geral (balas, docinhos, confeitos, pirulitos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ATIVIDADES FÍSICAS

Agora, gostaria de perguntar a forma usual que seu filho se desloca para diferentes lugares como escola, shopping, mercado, casa de amigos ou parentes que gaste mais de 10 minutos até lá.

40. Seu filho(a) praticou algum esporte por pelo menos 60 minutos continuamente por dia nos ÚLTIMOS 7 DIAS? Por exemplo, natação, patinação, andar de skate, esportes de rua (vôlei, futebol), brincadeiras de rua que incluam correr (esconde-esconde, pique, pular corda, amarelinha), dança (street dance ou praticando em casa). Se "Não", marcar "0". Se sim, estimar o número de vezes nos ÚLTIMOS 7 DIAS, incluindo todas as atividades físicas de 60 minutos relatadas. NOTAR que a resposta pode ser superior a 7 vezes/semana se a criança praticar mais que uma atividade de 60 minutos por dia todos os dias.

41. Seu filho(a) anda a pé ou utiliza uma bicicleta como meio de transporte por pelo menos 10 minutos continuamente POR DIA para se deslocar de um lugar para outro? *

Mark only one oval.

- Sim
 Não
 Não sei

42. Quantas vezes POR DIA seu filho(a) anda a pé ou usa uma bicicleta por pelo menos 10 minutos continuamente para se deslocar de um lugar para outro? [Se não anda a pé e não usa uma bicicleta por pelo menos 10 minutos continuamente, marcar zero.]

43. Quantas vezes POR DIA seu filho(a) ajuda nas tarefas domésticas por pelo menos 10 minutos continuamente? Por exemplo: limpar a casa, ir a padaria/supermercado, cuidar de irmãos/ãs. Se não ajuda em nada, marcar zero. Se ajuda, fazer os cálculos e anotar a frequência.

LAZER

Para as próximas perguntas, gostaria que você pensasse no uso de qualquer tipo de dispositivo de tela, seja referente a programas de televisão ou jogos em qualquer dispositivo de tela.

44. Seu filho(a) usa qualquer um dos dispositivos listados abaixo? *

Mark only one oval per row.

	Sim	Não	Não lembro
Televisão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tablet (Ipad, kindle, etc)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Telefone celular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tela de computador	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Um media player portátil (como um iPod Touch)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Um console de jogos conectado a uma TV (PlayStation / Xbox / Wii)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Videogames portáteis (Nintendo)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outro tipo de dispositivo com tela	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

45. Pense sobre o tempo total que o seu filho(a) gasta em dispositivos de tela em atividades educacionais. Em média, quantas horas POR DIA você diria ele /ela passa usando um dispositivo de tela em casa ou em outro lugar assistindo aula ou fazendo dever de casa?

46. Agora pense sobre o tempo que o seu filho(a) passa em dispositivos de tela em atividades de lazer, por exemplo na rede social (por exemplo Instagram, Facebook), em jogos eletrônicos, assistindo televisão, vídeos e filmes. Em média, quantas horas POR DIA você diria ele /ela passa usando um dispositivo de tela em casa ou em outro lugar nessas atividades de lazer?

47. Agora, pense sobre o tempo total que o seu filho(a) gasta em jogos de cartas, por exemplo, baralho, Uno, Pokémon, Memória, jogos de dados, por exemplo Banco Imobiliário, Monopoly, e outros jogos de mesa como dominó e xadrez. Em média, quantas horas POR DIA você diria ele /ela passa jogando jogos de mesa em casa ou em outro lugar?

48. Se o seu filho(a) já souber ler, em média, quantas horas POR DIA, você diria ele /ela passa lendo?

49. Em média, quantas horas POR DIA, o seu filho(a) costuma passar assentado ou reclinado não fazendo nada ou andando pela casa?

**CUIDADOS
PESSOAIS**

As próximas perguntas estão relacionadas ao cuidado pessoal de seu filho.

50. Quantas vezes POR DIA seu filho(a) lava as mãos com sabonete em casa?

51. Quantas vezes POR DIA seu filho(a) escova os dentes em casa?

52. O seu filho(a) usa pasta de dente com flúor? *

Mark only one oval.

- Não usa pasta de dente
 Com flúor
 Sem flúor
 Não sei

53. Qual a marca da pasta de dente que seu filho(a) usa?

54. Crianças na idade do seu filho tendem a não querer tomar banho. Quantas vezes POR SEMANA seu filho(a) toma banho utilizando sabonete?

55. Quantas vezes POR SEMANA seu filho(a) lava os cabelos com sabonete ou shampoo?

56. Como você lava as roupas do seu filho(a)? *

Mark only one oval.

- Lava no tanque sem sabão
- Lava no tanque com sabão
- Lava no tanquinho
- Lava na máquina de lavar roupa
- Lava na lavanderia
- Não lembro

57. Algumas crianças sujaram mais as roupas que outras. Durante o período de aulas na escola, quantas vezes POR SEMANA seu filho(a) troca o uniforme da escola usado por uniforme lavado?

58. Quantas vezes POR SEMANA seu filho(a) troca as roupas íntimas (cuecas/calcinhas) usadas por roupas íntimas lavadas?

59. É comum dividir o uso roupas entre os familiares. Seu filho(a) compartilha [itens] com outras pessoas? *

Mark only one oval per row.

	Sim	Não	Não sei
Roupas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toalhas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cama	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escova de dentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Obrigado

Agora eu só preciso de coletar alguns dados sócio-econômicos da sua família.
[Aplicar o questionário sócio-econômico]

ANEXO VI - Questionário AHI Informação Sócio-econômicas da Família

AHI Informação Sócio-econômicas da Família

O entrevistador só deverá conduzir a entrevista se o entrevistado for o responsável pela criança ou morar na mesma casa/residência.

* Required

Informação de Identificação

1. Data *

Example: January 7, 2019

2. Nome do(a) avaliador(a) *

3. Código do 'Research Centre' (escreva somente o número do código - um dígito) *

4. Código da escola (escreva somente o número do código - dois dígitos) *

5. Categoria da escola *

Mark only one oval.

Caso

Controle

6. Categoria do respondente *

Mark only one oval.

Professor

Aluno

7. Código único de Identificação (escreva somente o número do código provido) *

Demografia

8. Relação do respondente com a criança *

Mark only one oval.

Pai

Pai adotivo

Mãe

Mãe adotiva

Padrasto

Madrasta

Tio

Tia

Avô

Avó

Outro

Não sei/Não quero informar

9. Se outro, especificar

10. Sexo da criança *

Mark only one oval.

Masculino

Feminino

11. Data de nascimento da criança *

Example: January 7, 2019

12. Os pais da criança são: *

Mark only one oval.

Casados, morando juntos

Mãe se casou novamente ou mora com outra pessoa

Pai se casou novamente ou mora com outra pessoa

Mãe divorciada ou viúva

Pai divorciado ou viúvo

Mãe solteira

Pai solteiro

Outro

Não sei/Não quero informar

13. Se outro, especificar

Informação Sócio-econômica

14. Qual a opção abaixo que melhor representa a situação da sua casa? *

Mark only one oval.

- Emprestada/ocupada
- Alugada
- Própria com parcelas a quitar
- Própria e quitada
- Não sei/Não quero informar

15. A rua onde você mora é pavimentada? *

Mark only one oval.

- Sim
- Não
- Não sei/Não quero informar

16. A sua casa recebe água encanada tratada? *

Mark only one oval.

- Sim
- Não
- Não sei/Não quero informar

17. Qual a opção abaixo que melhor representa o tipo de casa que você mora? *

Mark only one oval.

- Casa simples (latas, papelões, materiais recicláveis e isopor)
- Casa de alvenaria sem reboco ou pintura (tijolos, argamassa e telhas).
- Casa de alvenaria rebocada e pintada (tijolos, argamassa e telhas).
- Apartamento de alvenaria (tijolos, argamassa e telhas).
- Não sei/Não quero informar

22. Qual a renda mensal da sua família? (A soma do salário de todos que trabalham e moram na casa com a criança e a pensão recebida quando os pais são separados)

23. Quem é o chefe da sua família (maior renda)? *

Mark only one oval.

- Pai
- Mãe
- Padrasto
- Madrasta
- Irmão/irmã
- Avô/avó
- Outra pessoa
- Não sei/Não quero informar

24. Se outro(a), especificar

25. Qual das opções abaixo melhor representa a escolaridade do chefe da sua família? *

Mark only one oval.

- Não foi à escola. Não lê e nem escreve
- Não foi à escola, mas lê e escreve
- Fundamental I completo/Fundamental II incompleto.
- Fundamental II completo/Médio incompleto
- Médio completo/Superior incompleto
- Superior completo
- Pós-graduação
- Não sei/Não quero informar

26. [Se a mãe for a chefe da família, passar para a questão seguinte] Qual das opções abaixo melhor representa a escolaridade da mãe da criança?

Mark only one oval.

- Não foi à escola. Não lê e nem escreve
- Não foi à escola, mas lê e escreve
- Fundamental I completo/Fundamental II incompleto.
- Fundamental II completo/Médio incompleto
- Médio completo/Superior incompleto
- Superior completo
- Pós-graduação
- Não sei/Não quero informar

27. Qual é o trabalho principal do chefe da família? As seguintes questões devem ser respondidas de acordo com o emprego atual ou último, assim como a ocupação principal. Por exemplo, professor de ensino primário, enfermeiro estatutário, mecânico de automóveis, engenheiro de telecomunicação, assistente de benefícios, funcionário público, funcionário do governo local [nome do trabalho e uma breve descrição do trabalho]. Por favor, DESCREVA abaixo a ocupação principal

28. Na semana passada, o chefe da família estava em alguma das seguintes situações de trabalho? *

Mark only one oval.

- Em treinamento/estudante
- Casualmente empregado (fazendo bico)
- Emprego em tempo integral
- Emprego em tempo parcial
- Do lar/cuidando da família
- Aposentado
- Atualmente doente/invalído
- Nunca trabalhei
- Não sei/Não quero informar

29. O chefe da família trabalha(ou) como empregado ou é (era) trabalhador por conta própria? *

Mark only one oval.

- Empregado em cargo de supervisão de outros empregados
- Empregado sem cargo de supervisão de outros empregados
- Autônomo com empregados
- Autônomo sem empregados
- Não sei/Não quero informar

30. Qual das opções descreve melhor o tipo de trabalho que o chefe da família faz? Se não está trabalhando agora, por favor indique o que chefe da família fez no seu último trabalho principal. *

Mark only one oval.

- Ocupações profissionais modernas, tais como: professor, enfermeiro, fisioterapeuta, assistente social, artista, músico, policial (sargento ou acima), designer de software
- Ocupações administrativas e intermediárias, tais como: secretaria, assistente pessoal, auxiliar de escritório, operador de telemarketing, auxiliar de enfermagem, enfermeira de berçário
- Gerentes seniores ou administradores (normalmente responsáveis pelo planejamento, organização e coordenação do trabalho) - gerente financeiro, chefe executivo
- Ocupações técnicas e artesanais, tais como: mecânico, montador, inspetor, encanador, fabricante de ferramentas, eletricitista, jardineiro, maquinista
- Ocupações manuais e de serviços semi-rotineiras, tais como: carteiro, operador de máquinas, segurança, zelador, trabalhador rural, assistente de catering (fornecimento), recepcionista, assistente de vendas.
- Ocupações manuais e de manutenção de rotina, tais como: motorista de veículos pesados, motorista de van, serviços gerais, porteiro, empacotador, costureiro, mensageiro, garçon/garçonete, etc.
- Gerentes intermediários ou juniores, como: gerente de escritório, gerente de varejo, gerente de banco, gerente de restaurante, gerente de armazém
- Ocupações profissionais tradicionais como: contador, advogado, médico, cientista, engenheiro civil / mecânico
- Não sei/Não quero informar

Posição
Social

Neste estudo, a escala de MacArthur de status social subjetivo (SSS) tem por objetivo capturar a percepção de senso comum que um indivíduo possui da posição de sua família nas hierarquias sociais no contexto da vizinhança. O uso da escala de MacArthur de SSS, requer instruções verbais e mostrar a imagem de uma escada de 10 degraus para facilitar a compreensão do participante, as suas instruções devem ser apresentadas conjuntamente com a imagem de uma escada, que deve ser impressa e plastificada.

31. Gostaríamos de saber como voce percebe a posição social da sua família em relação as outras famílias que moram na sua vizinhança. Em uma escala de 1 a 10, onde '10' significa a mais alta posição social e '1' significa a mais baixa posição social , qual o número que melhor representa posição social da sua família, no momento. Mostrar a escala abaixo de dez degraus.



32. Finalmente, gostaríamos de saber se a condição social e econômica de sua família mudou desde o nascimento do/a seu/a filho/a. *

Mark only one oval.

- Muito melhor hoje em dia
- Melhor hoje em dia
- Igual desde o nascimento do/a seu/a filho/a
- Pior hoje em dia
- Muito pior hoje em dia
- Não sei/Não quero informar

This content is neither created nor endorsed by Google.

Google Forms