

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA  
NIVEL MESTRADO  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE BUCAL COLETIVA

Dissertação

**IMPACTO DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS PARENTAIS NA QUALIDADE DE VIDA  
RELACIONADA A SAÚDE BUCAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

MARIÉL DE AQUINO GOULART

**Porto Alegre  
2019**

**MARIÉL DE AQUINO GOULART**

**Dissertação**

**IMPACTO DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS PARENTAIS NA QUALIDADE DE VIDA  
RELACIONADA A SAÚDE BUCAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito para a obtenção do título de Mestre em Odontologia. Área de concentração: Saúde Bucal Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Roger Keller Celeste

**Porto Alegre**

**2019**

Goulart, Mariél de Aquino  
IMPACTO DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS PARENTAIS NA  
QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA A SAÚDE BUCAL DE  
CRIANÇAS E ADOLESCENTES / Mariél de Aquino Goulart. --  
2019.

57 f.

Orientador: Roger Keller Celeste.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do  
Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia, Programa  
de Pós-Graduação em Odontologia, Porto Alegre, BR-RS,  
2019.

1. Brasil. 2. Censo. 3. Maus-Tratos Infantis. 4.  
Relações Pais-Filho. 5. Qualidade de Vida. I. Celeste,  
Roger Keller, orient. II. Título.

## **AGRADECIMENTOS**

Obrigada aos amigos espirituais que me guiaram nessa escolha.

Obrigada à minha família que me deu suporte – financeiro, emocional, racional e tantos outros que não tenho como descrever. Amo vocês.

Obrigada ao meu namorado e companheiro, Lucas, pelas palavras de tranquilização, segurança e mimos que me foram muito necessários. Te amo.

Obrigada aos alunos das escolas de Pejuçara pela colaboração e participação na pesquisa.

Obrigada aos professores, diretores e profissionais do município que colaboraram para que a coleta de dados fosse realizada.

Obrigada aos colegas e professores da Saúde Bucal Coletiva pelas discussões e comemorações compartilhadas.

Por último e, certamente, não menos importante, obrigada ao meu orientador, Roger, por toda paciência e incentivo durante minha trajetória acadêmica. Não tenho palavras para agradecer tudo o que me proporcionou e todas as portas que me abriu.

Meu profundo agradecimento a todos.

## Sumário

1 INTRODUÇÃO.....	6
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	8
2.1 Estruturas familiares.....	8
2.1.1 Famílias extensas/patriarcais.....	9
2.1.2 Famílias nucleares.....	10
2.1.3 A “família brasileira” nas estatísticas oficiais.....	12
2.2 Papéis e funções maternas e paternas e sua relação com a saúde bucal.....	14
2.2.1 Estilos e práticas parentais.....	16
2.3 Saúde bucal infantil e ambiente familiar.....	18
2.3.1 Bases teóricas para relação entre ambiente familiar e saúde bucal infantil.....	19
3 OBJETIVO E HIPÓTESES.....	22
4 METODOLOGIA.....	23
4.1 Questionário para os pais ou responsáveis.....	23
4.2 Questionário para as crianças e adolescentes.....	23
4.3 Exames clínicos.....	24
4.4 Procedimentos Amostrais.....	25
4.5 Análise e Tabulação Dos Dados.....	25
4.6 Aspectos Éticos.....	25
5 MANUSCRITO.....	26
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	42
REFERÊNCIAS.....	43
APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	48
APÊNDICE B – Questionário socioeconômico para os pais e responsáveis.....	49
APÊNDICE C – Termo de assentimento para participação da pesquisa.....	51
APÊNDICE D – Questionário para crianças e adolescentes.....	52

**LISTA DE FIGURAS**

Figura 1: Taxa de fecundidade de 1940 à 2016 no Brasil.....	11
Figura 2: Distribuição de acordo com a religião de 1940 à 2010 no Brasil.....	12
Figura 3: Distribuição de arranjos familiares de 1992 à 2009 no Brasil.....	13
Figura 4. Porcentagem de mulheres responsáveis pela família de acordo com a estrutura familiar em 2000 e 2010. Brasil.....	13

## RESUMO

Os cuidadores são os responsáveis pela manutenção da saúde e consolidação de hábitos saudáveis da criança, mas pouco se sabe sobre essa relação. Por este motivo, o objetivo deste trabalho foi avaliar o impacto das práticas educativas maternas e paternas na qualidade de vida relacionada à saúde bucal (OHRQoL) de crianças e adolescentes de acordo com o ponto de vista da criança. Este foi um estudo transversal em que todos os escolares com mais de 9 anos da cidade de Pejuçara, Rio Grande do Sul, foram convidados a participar. O número de dentes cariados, perdidos e obturados foi medido para dentição permanente e decídua. O instrumento sobre Impacto Bucal nas Performances Diárias (OIDP) foi utilizado para medir a OHRQoL. As práticas educativas parentais (monitoria positiva, comportamento moral, monitoria negativa, punição inconsistente, disciplina relaxada, negligência e abuso físico) foram medidas pelo Inventário de Estilos Parentais (IEP). Um questionário socioeconômico e de história odontológica foi respondido pelos pais e pelas crianças, respectivamente. Um modelo bruto e um modelo ajustado foram desenhados para cada prática parental e analisados com modelos lineares generalizados no software R. O modelo ajustado considerou sexo, idade, renda familiar equivalente, nível educacional materno e paterna, presença de dor dentária nos últimos 6 meses e presença de cárie não tratada. Desenhou-se um modelo completo que incluiu também todos os domínios do IEP. A taxa de resposta foi de 75,6% (n=329). O  $OIDP > 0$  foi mais prevalente em meninas (31,9%) e participantes com menos de 12 anos (22,5%). Uma em cada quatro crianças sentiu dor de dente ( $p=0.01$ ) e 15,8% tinha cáries não tratadas. Mães com atitudes negligentes de risco aumentam em 2.89 as chances da criança ter impacto na qualidade de vida (95%CI 1.16, 7.73). Se pais e mães não praticam a monitoria positiva das crianças, maiores as chances da criança ter algum impacto na OHRQoL (OR = 2.98 95%CI 1.20, 8.08). No modelo completo, essa associação é de 5.14 (95%CI 1.35, 22.17). Estes dados sugerem que a monitoria positiva apresenta um papel importante na OHRQoL. Infere-se que novas abordagens preventivas possam tomar como base o desenvolvimento da monitoria positiva e um olhar para família, principalmente em casos de difícil manejo ou adesão.

**Palavras-chave:** Brasil, Censo, Maus-Tratos Infantis, Relações Pais-Filho, Qualidade de vida.

## ABSTRACT

Caregivers are responsible for maintaining health and consolidating healthy habits of the child but little is known about this relationship. In that sense, the objective of this study was to evaluate the impact of maternal and paternal educational practices on oral health related quality of life (OHRQoL) of children and adolescents according to the child's point of view. This was a cross-sectional study in which all schoolchildren aged 9 years and over from the city of Pejuçara, Rio Grande do Sul, were invited to participate. The number of decayed, missing and filled teeth was measured for permanent and deciduous dentition. The instrument on Oral Impact in Daily Performances (OIDP) was used to measure OHRQoL. Parental educational practices (positive monitoring, moral behavior, negative monitoring, inconsistent punishment, relaxed discipline, neglect, and physical abuse) were measured by the Parental Styles Inventory (IEP). A socioeconomic and odontologic history questionnaire were answered by parents and children, respectively. A crude model and an adjusted model were designed for each parental practice and analyzed with linear models generalized in software R. The adjusted model considered gender, age, equivalent family income, maternal and paternal educational level, presence of dental pain in the last 6 months and presence of untreated caries. A fully adjusted model was designed and also included all domains of IEP. The response rate was 75.6% (n = 329).  $OIDP > 0$  was more prevalent in girls (31.9%) and participants younger than 12 years (22.5%). Around one in four children had toothache ( $p = 0.01$ ) and 15.8% had untreated caries. Mothers with negligent attitudes of risk increase in 2.89 the chances of the child to have an impact on quality of life (95% CI 1.16, 7.73). If both fathers and mothers do not practice positive monitoring of children, higher the chances of the child having an impact on OHRQoL (OR = 2.98, 95%CI 1.20, 8.08). In the fully adjusted model, this association is 5.14 (95% CI 1.35, 22.17). These data suggest that positive monitoring plays an important role in OHRQoL. It is, therefore, inferred that new preventive approaches can be based on the development of positive monitoring and a family look, especially in cases of difficult management or adherence.

**Key-words:** Brazil, Censuses, Child Neglect, Parent-Child Relations, Quality of Life.



## 1 INTRODUÇÃO

Os conceitos de saúde da criança são baseados no binômio criança-família e definem-o como “o funcionamento social, físico e emocional da criança e, quando indicado, sua família” (LOCKER et al., 2002). As crianças dependem dos seus tutores para chegar ao profissional de saúde e, por isso, a família é essencial nesse processo (BHATIA et al., 2014). Os cuidadores são responsáveis pela manutenção da saúde e consolidação de hábitos saudáveis da criança – alimentação equilibrada, higiene e visitas ao médico e dentista, por exemplo – e a criação de expectativas (crenças e as normas sociais) (DE JONG-LENTERS et al., 2014). As diferentes estruturas familiares e interações entre membros refletem no desenvolvimento do indivíduo e são determinantes no processo de socialização da criança, podendo influenciar as experiências relacionadas à odontologia, tal como o desenvolvimento de cárie (DUIJSTER et al., 2015).

Em Odontologia, pouco se compreende a relação do âmbito familiar e os desfechos de saúde bucal. Alguns estudos abordaram a violência doméstica contra a criança (RODRIGUES et al., 2016), outros abordaram a negligência com cuidados odontológicos (BHATIA et al., 2014). Recentemente encontrou-se que o envolvimento positivo, encorajamento e estímulo à resolução de problemas – oriundos da prática parental – estaria relacionado a um menor número de cárie em crianças (DUIJSTER et al., 2015). Outro estudo encontrou que há uma relação entre a saúde bucal da criança e a saúde mental dos pais, o funcionamento familiar, o estado emocional e o comportamento da criança (RENZAHO; DE SILVA-SANIGORSKI, 2014).

É importante ressaltar que devido à natureza crônica das doenças bucais mais frequentes, atitudes negligentes por parte dos pais podem levar a um estado de saúde bucal doloroso, de maneira física e psíquica. Uma boca saudável permite que a pessoa se alimente e socialize sem sentir dor, desconforto ou vergonha (RENZAHO; DE SILVA-SANIGORSKI, 2014). Além disso, muitos tratamentos para doenças crônicas não são efetivos em curar o problema em questão, perpetuando um tratamento que nem sempre trata a sua origem (NAJMAN; LEVINE, 1981). É importante compreender o impacto da saúde bucal e da função social relacionada à aspectos odontológicos, especialmente por ser uma área pouco explorada até então

mas que demonstra sua relevância a nível individual tanto quanto as medidas clínicas (BIANCO et al., 2010; DE OLIVEIRA; SHEIHAM, 2004; WONG; MCGRATH; KING, 2011). O reconhecimento da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal (OHRQoL) pode trazer novas ideias para o desenvolvimento de intervenções que considerem o indivíduo e não sua doença (SISCHO; BRODER, 2011).

Para avançar no entendimento do impacto das práticas educativas parentais na qualidade de vida relacionada a saúde bucal de crianças e adolescentes, esta unidade parte da reflexão acerca das diferentes estruturas familiares existentes no Brasil, relacionadas a partir do registro do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Abordará o significado de estrutura familiar e as funções paterna e materna, que se desenvolvem sobre esta construção social, no estabelecimento de atenção e cuidado à criança, e definirá os domínios dos estilos e práticas parentais. Levantará as relações entre saúde bucal e família conforme a literatura existente e os mecanismos pelos quais estas relações acontecem.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

O conhecimento do profissional de Odontologia acerca de seu paciente pressupõe a compreensão do contexto no qual está inserido, incluindo a família, especialmente porque algumas influências familiares podem ser fundamentais para entender características da criança que podem dificultar o tratamento odontológico (SEGER, 2002). A família é a responsável em garantir o bem-estar e proporcionar cuidados aos seus membros quando eles estão doentes ou idosos (LARKIN, 2011).

Toda e qualquer ação no campo da Odontologia pressupõe o reconhecimento dos cuidados que iniciam ainda dentro do contexto social e que “cada família apresenta características únicas relacionadas ao contexto sócio-histórico-cultural em que está inserida” (SEGER, 2002).

### 2.1 ESTRUTURAS FAMILIARES

Estrutura familiar é entendida como o conjunto de pessoas fortemente vinculadas entre si, desempenhando cada uma, comportamentos específicos derivados da posição – pai, mãe, filho. Esse conjunto se organiza em funções e papéis que se inter-relacionam de forma contínua e constante. Os papéis são entendidos a partir das expectativas socialmente atribuídas a cada membro do sistema familiar. A estrutura se mantém e produz regras para uma ampla possibilidade de respostas familiares. Essas propostas podem ser ditas ou simplesmente entendidas. As regras são usadas para organizar as interações internas e externas.

A família pode ser pensada como unidade doméstica, como instituição, como formador de visões, como um conjunto de laços de parentesco, como um grupo de afinidade e como outros tantos aspectos (VILHENA, 2005). Ela é considerada como uma instituição social maior e locus de grande parte da atividade social de uma pessoa (NAM, 2004) Pode ser formada por laços de parentesco, casamento, adoção ou até mesmo afinidade. Historicamente tem sido descrita como nuclear ou extensa, embora reconheça-se também novas estruturas que nesta revisão serão abordadas

como “famílias pluralistas”.

É sobre a estrutura familiar que a família se constitui e se desenvolve. São muitas configurações possíveis, mas tomaremos apenas algumas delas para o pano de fundo de compreensão de nosso estudo.

### 2.1.1 Famílias extensas/patriarcais

No Brasil, o modelo de famílias extensas – também denominada patriarcal, segundo alguns historiadores – se formou sob influência da miscigenação de três culturas: indígena, europeia e africana, onde a família funcionava como um núcleo composto pelo chefe da família (patriarca), sua mulher, filhos e netos. Havia também um núcleo considerado secundário, formado por filhos ilegítimos ou de criação, parentes, afilhados, serviçais, amigos, agregados e escravos, principalmente quando se considerava as lavouras canasvieiras do Nordeste do Brasil (ALVES, 2009). O foco produtivo da família estava concentrado na zona rural, seja com agricultura ou pecuária. Desta forma, cada novo integrante na família representava um novo potencial trabalhador, uma vez que a taxa de fertilidade está negativamente correlacionada com renda e educação (BERQUÓ; CAVENAGHI, 2004; FOME, 2012) Além disso, quanto maior a família, mais pessoas ativas e melhor o bem-estar econômico (CELESTE; BASTOS, 2013). Registrou-se a partir de 1970 a inversão na prevalência entre domicílios rurais (de 54,9% em 1960 para 44,0%) e urbanos (de 45,1% em 1960 para 56,0%). Estes valores em 2010 chegaram a 84,4% para população urbana e 15,6% para população rural (IBGE, [s.d.]

Nas uniões legítimas, o papel dos sexos estava bem definido por costumes e tradições apoiados nas leis, sendo que o poder de decisão pertencia ao marido, como protetor e provedor da mulher e dos filhos, enquanto a esposa governava a casa e dava assistência moral à família (SAMARA, 2002). As famílias extensas garantiam adultos suficientes para cuidar das crianças, dos idosos e dos doentes (CLARKE, 2010).

## 2.1.2 Famílias nucleares

Historiadores afirmam que a família nuclear sempre foi a mais predominante na história brasileira, sendo composta por famílias pequenas, de solteiros e de viúvos, de mães e filhos sem pais e de escravos, mas estas estruturas eram ignoradas em função do tempo, espaço ou características sociais (SAMARA, 2002).

### 2.1.2.1 Tradicional

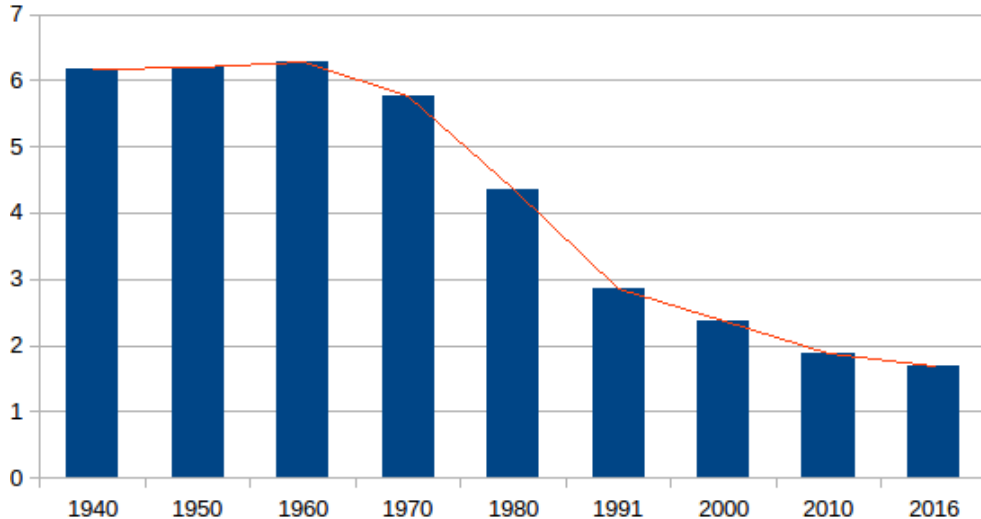
A família nuclear tradicional é composta apenas pelo núcleo principal representado pelo chefe da família (pai), sua esposa e os seus descendentes legítimos. Era constituída através do casamento e com forte influência da religião e que, devido às oportunidades e carreiras para os homens, trouxe a mulher para dentro de casa. Desta forma, era responsabilidade dela a administração do lar e educação dos filhos enquanto o homem dedicava-se aos negócios (ALVES, 2009).

Durante o século XIX e início do século XX acentou-se o desenvolvimento urbano e a geração de papéis sociais informais que, aliados à abolição da escravatura, permitiram o desenvolvimento de indústrias, aumentando a oferta de trabalho fabril.

### 2.1.2.2 Pluralista

A partir da segunda metade do século XX aconteceram transformações mais radicais: a impessoalidade das relações sociais, o controle de natalidade e o enfraquecimento dos laços de parentesco (ALMEIDA, 1987). A Figura 1 apresenta o declínio da taxa de fecundidade no Brasil de 1940 à 2016.

Figura 1: Taxa de fecundidade de 1940 à 2016 no Brasil

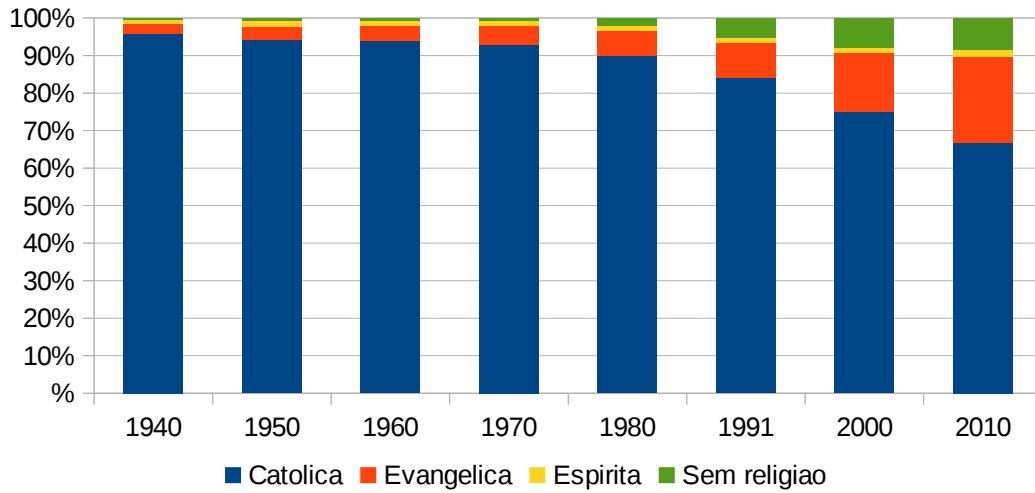


Fonte: IBGE, Censo Demográfico e Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio 2001-2009.

Entre essas alterações, o fortalecimento do movimento feminista trouxe às mulheres solteiras, mães e donas de casa a oportunidade de exercer funções remuneradas – ainda de maneira combinada às atividades domésticas (SAMARA, 2002), mas agora baseado no pressuposto de relações de igualdade entre os sexos (ALVES, 2009). Essas transformações aconteceram de forma simultânea ao enfraquecimento da religião conforme apresentado na Figura 2. Deste momento em diante começou-se a reconhecer organizações familiares alternativas:

(...) casamentos sucessivos com parceiros distintos e filhos de diferentes uniões; casais homossexuais adotando filhos legalmente; casais com filhos ou parceiros isolados ou mesmo cada um vivendo com uma das famílias de origem; as chamadas “produções independentes” tornam-se mais freqüentes; e, mais ultimamente, duplas de mães solteiras ou já separadas compartilham a criação de seus filhos. Chegamos ao século XXI com a família pluralista, como tem sido chamada, pelos tipos alternativos de convivência que apresenta. (ALVES, 2009, p.10)

Figura 2: Distribuição de acordo com a religião de 1940 a 2010 no Brasil.

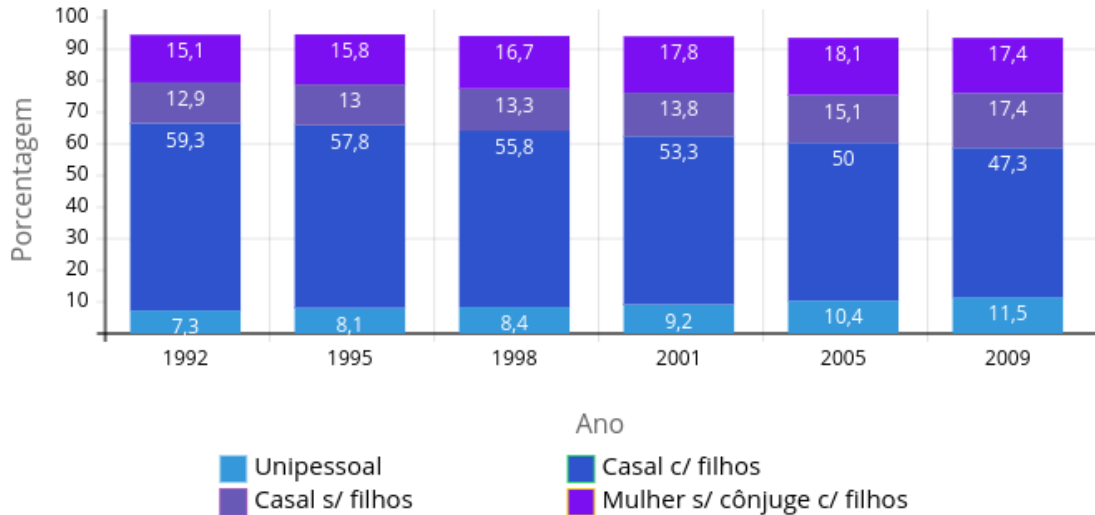


FONTE: IBGE, Censo demográfico 1940/2010.

### 2.1.3 A “família brasileira” nas estatísticas oficiais

As séries históricas da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) apontam uma tendência de diminuição na porcentagem de famílias formadas por casais com filhos desde 1992 em consonância com o aumento do número de famílias unipessoais, mulheres sem cônjuge e com filhos e casais sem filhos (Figura 3). Em 2015 o arranjo familiar composto por pai, mãe e seus filhos ocupava 42,3% dos lares pesquisados, seguido por casal sem filho (20,0%) e por mulher sem cônjuge com filhos (16,3%) (IBGE, 2016).

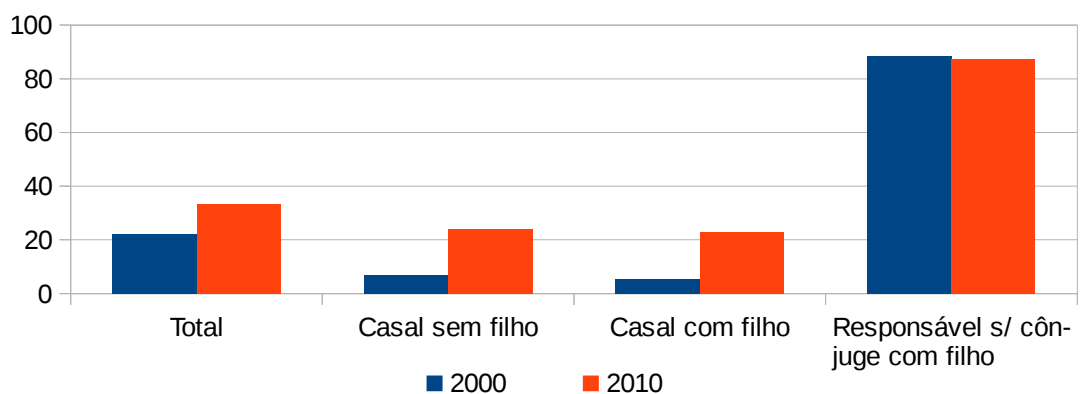
Figura 3: Distribuição de arranjos familiares de 1992 a 2009 no Brasil.



FONTE: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 1992-2009.

Da mesma forma, enquanto o número de casamentos entre parceiros de sexos diferentes diminuiu 2,3% entre 2016 e 2017, o número de casamentos entre parceiros do mesmo sexo registraram um aumento de 10% no mesmo período (IBGE, 2017). Outra mudança observada ao longo do tempo foi a redução na porcentagem de homens chefes da família. Entre 1985 e 1995 a porcentagem caiu de 88,1% para 77,1% e, de 2005 a 2015, a redução foi ainda maior, passando de 69,5% para 59,5% de homens chefes de família. (IBGE, [s.d.]) A Figura 4 apresenta a porcentagem mulheres responsáveis pela família de acordo com o tipo de estrutura familiar.

Figura 4. Porcentagem de mulheres responsáveis pela família de acordo com a estrutura familiar em 2000 e 2010. Brasil



Fonte: IBGE, Censo Demográfico de 2000 e 2010.



Há uma tendência de diminuição no número médio de pessoas nos arranjos domiciliares, de 3,20 pessoas em 2005 para 2,87 pessoas em 2015. No entanto, existe uma clara diferença interregional, pois enquanto o Rio Grande do Sul apresentou uma média de 2,63 pessoas por arranjo familiar, o Amazonas observou uma média de 3,40 pessoas em 2015. A principal queda foi observada para o núcleo familiar formado por casal com filhos, em que a média passou de 4,15 para 3,88 pessoas por arranjo, em média (IBGE, 2016).

Estes dados indicam novas configurações de famílias que não apenas apontam para rearranjos de papéis, funções e dinâmicas familiares, mas também acerca dos reflexos que isso produz nos acolhimentos, acompanhamentos e tratamentos odontológicos ou no trabalho de promoção da saúde bucal.

## 2.2 PAPÉIS E FUNÇÕES MATERNAS E PATERNAS E SUA RELAÇÃO COM A SAÚDE BUCAL

Quando a criança é pequena, o grau de dependência ao adulto tutor é muito alto. Parte-se da total dependência dos cuidados do adulto para gradativamente a criança tomar para si e internalizar o autocuidado, fator de promoção e prevenção da saúde bucal.

No entanto, a internalização do cuidar de si não emerge de modo natural. Isso se conecta àquilo que é da ordem da estrutura familiar, dos papéis atribuídos às posições (de pai, mãe, filho). Nas famílias, independentemente da sociedade, cada membro ocupa determinada posição ou tem determinado estatuto como por exemplo, marido, mulher, filho ou irmão, sendo orientados por papéis.

O papel da família é manter-se estável, oferecer um campo de treinamento seguro, onde as crianças possam aprender a humanidade, a constituir-se psiquicamente e a constituir sua personalidade, a desenvolver sua auto-imagem e a relacionar-se com a sociedade.

Alia-se a ideia de papel (de mãe, de pai, de filho, de irmão....) os conceitos de funções: materna e paterna, fundamentais para a estruturação e desenvolvimento do psiquismo da criança. Essas funções têm ordem prática e se diferenciam de acordo com a fase de desenvolvimento da criança, sendo exercidas por adultos tutelares (sejam biológicos ou adotivos) (BORGES, 2005).

A função materna diz respeito à necessária formação de vínculo com o bebê para que ele possa ir se apropriando do mundo e do que a ele pertence, em uma condição de tornar-se sujeito. Alia-se ao vínculo a nutrição, não apenas de alimento mas de afeto, e o cuidado com a higiene e o bem-estar que a dependência neuromotora inviabiliza de saída.

A função paterna, além de limitadora da função materna – que coloca um limite para a aproximação de mãe-bebê – é organizadora do campo de subjetivação. É uma função que atua sobre a mãe, dando-lhe apoio e suporte para a fixação da função materna, e dá à criança o espaço necessário para garantir a segurança e os limites para o não aprisionamento no lugar de objeto de satisfação materno.

A representação de funções materna e paterna não se vinculam a uma questão de pertencimento ao masculino ou feminino. Assim, é possível uma mulher exercer as duas funções (materno/paterno), um homem exercer as duas funções, uma avó, um avô ou um tio exercerem as funções maternas ou paternas. Importante é o registro de que são funções organizadoras da subjetividade que regula a capacidade de se autocuidar.

Em outras palavras, existe uma grande complexidade na estruturação psíquica do sujeito e, por este motivo, é indispensável ao bebê a presença de um adulto que represente as funções que ele ainda não tem autonomia para exercer. A família, assim, tem dupla função no seu papel estruturador: na satisfação de necessidades básicas como alimentação, calor, abrigo e proteção; e, também, proporcionando-lhe um ambiente no qual possa desenvolver ao máximo suas capacidades físicas, mentais e sociais (MONDARDO; VALENTINA, 1998).

É importante registrar que a vertente psicanalítica dá uma nova possibilidade de olhar para a família independente da estrutura que esta possa apresentar. Espera-se que a dinâmica familiar, a instabilidade nos papéis ou funções possam influenciar ou mesmo inviabilizar o autocuidado e a prevenção das condições que afetam a saúde bucal.

### 2.2.1 Estilos e práticas parentais

A estrutura familiar organiza e dá forma ao modelo de família, e este modelo se revela ao olhar do profissional da Odontologia no atendimento clínico, desde que o profissional observe os estilos e as práticas parentais de seus pacientes. Os estilos parentais representam um conjunto de comportamentos em que se expressam as interações entre pais e filhos, que se baseiam na influência dos pais em aspectos comportamentais, emocionais e intelectuais e, desta forma, na influência do desenvolvimento infantil (WEBER et al., 2004). O estudo desta área de comportamento foi impulsionado com o trabalho de Baumrind (1966), em que o autor enfatizou a autoridade que os pais exercem sobre os filhos e observou a expressão de crenças e valores, diferentemente do que até então era preconizado em termos de rigidez e punição física.

Esta linha de pensamento traz que o controle, afeto e comunicação variam na produção de três estilos parentais conforme o grau de responsividade e exigência da relação: o autoritativo, o autoritário e o permissivo (CASSONI, 2013). O modelo proposto por Baumrind foi modificado na década de 80 por Maccoby e Martin (1983) que incluíram uma separação do estilo permissivo em indulgente e negligente, trazendo a tona uma variação no nível de responsividade em relação às demandas de controle. Entende-se por responsividade as atitudes compreensivas que visam por meio do apoio emocional e da bidirecionalidade na comunicação, favorecer autonomia e autoafirmação das crianças. Exigência, por outro lado, compreende todas as atitudes que buscam o controle do comportamento dos filhos de forma a estabelecer limites e regras. Abaixo está representado os níveis de responsividade e exigência proposto por Maccoby e Martin (1983).

↑ Responsividade	<b>Autoritativo</b>	↑ Exigência
↓ Responsividade	<b>Autoritário</b>	↑ Exigência
↓ Responsividade	<b>Negligente</b>	↓ Exigência
↑ Responsividade	<b>Indulgente</b>	↓ Exigência

Os pais autoritativos são aqueles que estabelecem regras para o comportamento de seus filhos que são consistentemente enfatizadas, enquanto os pais autoritários são rígidos e autocráticos, que impõem altos níveis de exigência e regras restritas, independente de qualquer participação da criança. Por outro lado, os pais indulgentes não costumam estabelecer regras nem limites para a criança, com poucas demandas de responsabilidade e maturidade, enquanto os negligentes não são nem afetivos nem exigentes, com pouco envolvimento com a tarefa de socialização da criança e sem monitorar seu comportamento (CASSONI, 2013).

Diferentemente dos estilos parentais, as práticas educativas se referem às estratégias utilizadas pelos pais para socializar, controlar ou desenvolver valores e atitudes no filho (DARLING; STEINBERG, 1993). Ou seja, além da atitude paternal, inclui aspectos como tom de voz, linguagem corporal e mudança de humor. Entre as estratégias disciplinares, uma busca indicar as consequências de um comportamento, induzindo uma mudança baseada nos aspectos lógicos da situação, enquanto a outra se caracteriza pela punição física, privação de privilégios e afeto. Incluem a utilização de explicação, punições ou recompensas relacionadas a hábitos de higiene, alimentação e normas de interação social (REPPOLD; PACHECO; HUTZ, 2005)

Há ainda um terceiro conceito de estilos parentais que tem como base duas dimensões: o controle e o afeto (BEM; WAGNER, 2006; CECCONELLO; DE ANTONI; KOLLER, 2003). Este modelo não será abordado nesta dissertação.

Mais recentemente, Sampaio e Gomide (2007) propuseram a normatização e validação de um instrumento com o intuito de avaliar os estilos parentais e classificá-los em comportamentos sociais e antissociais. Dentro dos

comportamentos sociais encontram-se a monitoria positiva e o comportamento moral, enquanto nos comportamentos antissociais estão incluídas a negligência, a punição inconsistente, a disciplina relaxada, a monitoria negativa e o abuso físico. A seguir definir-se-ão os domínios sugeridos por Gomide (2006):

**Monitoria positiva** abrange práticas que envolvem atenção e conhecimento dos pais sobre onde seu filho se encontra e o que ele faz, demonstrando interesse em saber como ele está e se há alguma ajuda que possa ser disponibilizada.

**Comportamento moral** está relacionado ao ensinamento de valores como honestidade, empatia, senso de justiça e distinção entre certo e errado.

A **negligência** é caracterizada pela falta de atenção dos pais às necessidades dos seus filhos com omissão de auxílio ou responsabilidades, podendo ou não envolver interações sem afeto, sem amor.

**Punição inconsistente** está geralmente associada à mudança de humor dos pais, onde as punições tendem a ser relacionadas ao estado emocional destes em vez de relacionados à atitude da criança.

Práticas negativas em relação à **disciplina** acontecem quando as regras estabelecidas pelos responsáveis são esquecidas ou desrespeitadas por eles próprios.

**Monitoria negativa** pode também ser considerada como supervisão estressante ou excesso de fiscalização dos pais.

**Abuso físico** é quando os pais, com a justificativa de estarem educando, machucam ou causam dor aos seus filhos.

Os domínios apresentados acima são as bases teóricas para as práticas parentais utilizadas nesta dissertação.

### 2.3 SAÚDE BUCAL INFANTIL E AMBIENTE FAMILIAR

A maioria da literatura sobre determinantes de cárie dentária aborda aspectos socioeconômicos e comportamentais dos pais (KUMAR et al., 2016). Em relação à influência do ambiente familiar e a saúde da criança o número se torna menor, baseando-se principalmente em hábitos de saúde bucal (CASTILHO et al., 2013). Alguns abordaram negligência dental, porém, utilizaram diferentes definições para o

desfecho e instrumentos diversos na coleta de dados (BHATIA et al., 2014). Investigou-se também a violência doméstica contra a criança, principalmente de forma a auxiliar o cirurgião-dentista a diagnosticar e conduzir os casos que porventura cheguem ao consultório (RODRIGUES et al., 2016). Com o intuito de facilitar a identificação de casos abusivos ou negligentes, estudos descreveram os aspectos dentais, orais e comportamentais mais comuns do abuso e da negligência da criança (HARRIS, 2012; KELLOGG et al., 2005; KVIST et al., 2016).

Abordagens mais recentes têm encontrado que alguns aspectos da prática parental estariam relacionados a um menor número de cárie em crianças (DUIJSTER et al., 2015). Da mesma maneira, a saúde buca da criança está relacionada com o seu comportamento e dimensão emocional, assim como está relacionada com a saúde mental dos pais e o funcionamento familiar (RENZAHO; DE SILVA-SANIGORSKI, 2014).

### 2.3.1 Bases teóricas para relação entre ambiente familiar e saúde bucal infantil

De acordo com o modelo de família tem-se a organização de papéis e funções que são imprescindíveis para que a criança gradativamente internalize a figura materna e paterna, permitindo a construção da auto-imagem e do cuidar-se – fatores básicos na manutenção da saúde bucal de modo autônomo. Pouco foi explorado pelo campo da odontologia o mecanismo de relação entre a saúde bucal e as interações familiares.

Do campo da Psicologia vem o termo monitoria positiva, que descreve o acompanhamento amoroso dos pais ou de um deles, como suporte para o estabelecimento de uma relação de confiança, viabilizadora da internalização (mecanismo de colocar para dentro de si) de uma ideia de necessidade de cuidado, higienização, hábitos saudáveis com um baixo nível tensional (SALVO; SILVARES; TONI, 2005). Tomar a si mesmo como objeto de cuidado requer um exercício contínuo e constante de ser olhado, monitorado. É claro que na medida em que o desenvolvimento se dá, e na medida em que a internalização das figuras materna e paterna acontecem, a monitoria sobre hábitos saudáveis e higienização bucal vai

deixando de demandar tanta atenção, emergindo outros focos que exigirão a monitoria até a entrada no mundo adulto.

Quando os pais não estão presentes ou costumam esquecer e ignorar as próprias regras estabelecidas, sem qualquer tipo de fiscalização sobre as atitudes da criança poderiam, em tese, favorecer o surgimento de doenças como cárie dentária, gengivite, periodontite, entre outras. Nestes casos, os pais agem como espectadores e não participantes da educação. A negligência ser por falta de atenção, descaso, omissão e até mesmo falta de amor (SALVO; SILVARES; TONI, 2005).

O abuso físico pode gerar crianças apáticas, medrosas ou desinteressadas (GOMIDE, 2006) que, assim como a negligência, podem causar uma série de problemas e distúrbios – tais como ansiedade e depressão (NORMAN et al., 2012). Crianças que auto-relataram abuso físico na infância possuem uma saúde mental e física ruim, com a presença de condições crônicas de saúde até mesmo décadas após o abuso (SPRINGER et al., 2007).

As condições de saúde bucal da criança podem impactar na sua qualidade de vida e são importantes para a saúde geral e bem-estar (MOURADIAN; WILSON-GENDERSON). Alguns instrumentos foram desenvolvidos com o intuito de avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal. O Oral Impact on Daily Profile (OIDP), por exemplo, tem sido utilizado em escala nacional nos levantamentos epidemiológicos brasileiros (REFERENCIAR SB BRASIL). O questionário é composto por nove questões que compreendem perguntas sobre o impacto dos dentes em comer, falar e pronunciar claramente, escovar os dentes, dormir e relaxar, sorrir e mostrar os dentes sem sentir vergonha, irritabilidade, realizar tarefas diárias e praticar esportes. O instrumento é utilizado mais frequentemente na sua forma binária (sim ou não).

Os cuidadores são os responsáveis pela manutenção da saúde e consolidação de hábitos saudáveis da criança, como alimentação equilibrada, higiene e visitas ao dentista (DE JONG-LENTERS et al., 2014), mas com o passar dos anos ela acaba se tornando responsável pelo seu autocuidado. Por este motivo, outros ambientes são capazes de auxiliar às crianças que não tem dentro de sua cultura familiar o costume de buscar serviços odontológicos ou de cuidar da sua própria saúde. Uma das fontes para suprir essas falhas é a escola, pois crianças

que estudavam em escolas com ambiente seguro e em que a Promoção de Saúde foi realizada tinham melhor saúde bucal do que àquelas que estudavam em locais sem suporte (MOYSÉS et al., 2003). O mesmo estudo foi capaz de demonstrar que a escola pode melhorar a saúde, autoestima, comportamento e habilidades de vida através de seu ambiente.



### 3 OBJETIVO E HIPÓTESES

O estudo tem natureza exploratória baseado nas hipóteses teóricas apresentadas abaixo:

Hipótese de estudo I: se o(s) adulto(s) tutelar(es) atua(m) de forma negligente em relação à criança, sem qualquer estabelecimento de regras e sem o acompanhamento como forma de suporte ao estabelecimento de uma relação de confiança com a criança, ela não internalizará os hábitos de higiene bucal e alimentação saudável e, por isso, terá maior chances de desenvolver cárie e doença periodontal que, por consequência, podem gerar dor e mau hálito, piorando a qualidade de vida da criança.

Hipótese de estudo II: se o(s) adulto(s) tutelar(es) praticam abuso físico em relação à criança, espera-se que ela também não internalize os hábitos de higiene bucal e autocuidado devido à apatia e desinteresse que pode emergir deste comportamento ou, então, podem internalizar os hábitos caso a demanda seja muito presente devido ao medo da agressão. Desta forma, espera-se que não haja associação significativa, assim como os outros aspectos das práticas educativas parentais.

Desta forma, o objetivo deste trabalho foi avaliar o impacto das práticas educativas maternas e paternas na qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças e adolescentes.

## 4 METODOLOGIA

O estudo foi de natureza quantitativa observacional analítico do tipo transversal. Foram convidados a participar deste estudo todas as crianças e adolescentes com mais de nove anos de idade, matriculadas nas escolas da cidade de Pejuçara, Rio Grande do Sul. O estudo foi realizado nas duas escolas do município – uma estadual e a outra municipal – correspondendo a um censo da população a partir dos nove anos de idade.

### 4.1 QUESTIONÁRIO PARA OS PAIS OU RESPONSÁVEIS

Com o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) foi enviado um questionário socioeconômico à ser respondido pelos responsáveis de cada um dos indivíduos participantes (APÊNDICES A e B). O questionário abrangeu, entre outras perguntas, a renda familiar, número de indivíduos que compõem a unidade familiar, e o nível educacional materno e paterno. Para este estudo, renda familiar foi transformada em renda familiar equivalente por meio da divisão da renda familiar total pelo número de pessoas vivendo naquela moradia. Este resultado foi categorizado em cinco níveis de acordo com o número de salários-mínimos (SM) (até  $\frac{1}{2}$  s SM;  $\frac{1}{2}$  a 1 SM; 1 a 2 SM; 2 a 3 SM; mais de 3 SM). Nível educacional dos pais foi categorizado em fundamental completo, médio completo ou técnico ou superior in-completo.

### 4.2 QUESTIONÁRIO PARA AS CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Com o retorno do TCLE autorizando a participação dos menores de idade, as crianças de uma mesma turma foram chamadas a uma sala de aula para fazer uma segunda explicação acerca da pesquisa. As que concordaram em participar assinaram um termo de assentimento para participação da pesquisa (APÊNDICE

C). MG aplicou o questionário para as crianças nesta sala de forma a otimizar o processo de coleta de dados. As perguntas do questionário se referiam, dentre outros domínios, a aspectos sociodemográficos (sexo, idade), presença de dor dentária nos últimos seis meses e o inventário Oral Impact Daily Profile (OIDP) (APÊNDICE D).

Uma psicóloga devidamente capacitada foi responsável pela aplicação do Inventário de Estilos Parentais (IEP), em data diferente da coleta dos questionários e exames clínicos. Este instrumento é composto por 42 questões, divididas em sete grupos: monitoria positiva, comportamento moral, negligência, punição inconsistente, monitoria negativa, disciplina relaxada e abuso físico para práticas maternas e paternas.

#### 4.3 EXAMES CLÍNICOS

Cárie dentária em coroa foi mensurada a partir do índice CPO-D e ceo-d. Três examinadores foram treinados e calibrados de acordo com as orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS) (WORLD HEALTH ORGANIZATION., 2013). Foram utilizados sonda periodontal da OMS e espelho bucal plano número cinco sob luz natural para realização dos exames. O valor de kappa para o CPO-D foi de 0,89 para 512 dentes de 20 indivíduos re-examinados. As anotações foram feitas diretamente no computador, através de um software desenvolvido para este fim, por dois anotadores treinados (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001). O software não permitia que fossem digitados valores diferentes dos códigos dos exames, além de ser simples, visto que sua utilização se baseava em localizar o nome da criança no banco de dados e digitar o número do código (ditado em voz alta pelo examinador) e apertar “enter” para o próximo dente. Além disso, a cada quadrante, ambos – examinador e anotador – deveriam mencionar a palavra “cheque” para afirmar que estavam anotando o mesmo dente.

#### 4.4 PROCEDIMENTOS AMOSTRAIS

A média do índice CPO-D foi estimada usando como base os dados do levantamento de saúde bucal do Brasil de 2010 para o interior do estado do Rio Grande do Sul. Segundo ele, a média de dentes cariados observada em 2010 foi de 2,00 dentes e desvio-padrão de  $\pm 3,02$  aos 12 anos. Para a faixa etária de 15 a 19 anos a média observada foi de 3,96 e desvio-padrão de  $\pm 4,47$ . Assim, estimou-se que seriam necessárias 302 crianças de 12 anos para um erro de 0,5 dentes com poder de 80% e alfa de 5%. Para os adolescentes de 15 anos estes valores passam a ser de 628 indivíduos para um erro de 0,5 dentes com poder de 80% e alfa de 5%, respectivamente. Por este motivo, optou-se pela realização de um censo escolar uma vez que o município apresentava 423 alunos matriculados nas escolas.

#### 4.5 ANÁLISE E TABULAÇÃO DOS DADOS

A tabulação e análise dos dados foram feitas com auxílio de uma ferramenta de software, utilizando Personal Home Page (PHP) e JavaScript, desenvolvida especificamente para este fim.

#### 4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto de pesquisa foi submetido ao à Comissão de Ética e Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, obedecendo às exigências presentes nos documentos exigidos pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012). Em seguida, foi submetido na Plataforma Brasil, onde foi aprovado sob número CAAE 52597815.7.0000.5347, parecer número 1.531.495.

Quando alguma doença foi diagnosticada, o indivíduo foi orientado a procurar a Unidade de Saúde do Município de Pejuçara, a qual se responsabilizou em absorver a demanda, conforme acordado com o Secretário Municipal de Saúde.

## **5 MANUSCRITO**

**Parenting practices and oral impact daily profile (OIDP): a scholar census of southern Brazil.**

Running Title: Parenting and quality of life

To be submitted to: Pediatrics

## ABSTRACT

**Objective:** to explore the relationship between parents' educational practices and the oral health quality of life on children's daily live according to the child's point of view.

**Study design:** It was a cross-sectional study performed in all children from 4<sup>th</sup> grade of Elementary School to the 3<sup>rd</sup> grade of High School from June to September of 2016 on a small city of Brazil. Oral health quality of life was measured using the Oral Impact on Daily Performances (OIDP) as an overall score. Data about decayed, missing and filled teeth were recored for permanent and deciduous teeth. Parenting practices was evaluated by the Inventory of Parenting Styles for both father and mother. A crude and an adjusted model were designed for each parenting practices. Generalized linear model with binomial family and logistic link was fitted using R Software. Adjusted model consisted of sex, age, family equivalent income, mother and father educational level, presence of toothache on the last six months and untreated dental caries based on literature. A fully adjusted model included each domain of parent practices.

**Results:** The response rate was 75.6% (n=329). OIDP>0 was more prevalent on female (57.6%) and less than 12 year-old participants (39.2%). One in four children felt toothache on past six months (p=0.01) and 15.8% had untreated dental caries. Children with mother's behavior of risk on negligence (OR = 2.89 95%CI 1.16, 7.73) and both father and mother's behavior of risk on positive monitoring (OR = 2.98 95%CI 1.20, 8.08) had a greater chance of impact on quality of life. In the fully adjusted model both father and mother's behavior of risk on positive monitoring was still significantly associated (OR = 5.14 95%CI 1.35, 22.17).

**Conclusion:** our data suggest that OIDP in children and adolescents was associated with acts of negligence and lack of monitoring.

## INTRODUCTION

Children oral health can impact on their Quality of Life (QoL) and it is important to overall health and well-being<sup>1,2</sup> especially on developing social relationships' because of halitosis and concerns with appearance<sup>3-5</sup>. Clinical variables and QoL outcomes were found to be mediated by various personal, social, and environmental factors<sup>6</sup>, while anxiety and depression may be mediators or moderators and they are responsiveness to care<sup>7</sup>. Parents have a central role in shaping children's oral health behaviors because the child depends upon adults, including to access an oral health care service<sup>8,9</sup>. Previous studies focused on parents socioeconomic determinants (education, income and ethnicity) on children's oral health<sup>10,11</sup> or the emotional quality of parenting practices on oral health behaviors<sup>12,13</sup>. Parenting practices or parenting styles are defined as a group parents' actions that influence upon behavioral, emotional and intellectual aspects of a child<sup>14</sup>. Consequently, it is expected parents' mental health and family functioning to be related to the child's oral health<sup>15</sup>. Parenting styles can be classified in social (e.g. positive monitoring and moral behavior) and antisocial attitudes (including negligence, physical abuse, etc.)<sup>16-18</sup>.

Child maltreatment and neglect is a public health problem with higher rates all-over the world<sup>19</sup>. It has been associated with several psychopathologies and can be as harmful as physical and emotional abuse, although its long-term consequences are not yet well understood<sup>20</sup>. Some studies approached domestic violence against the child, which is defined by any attitude (either act or omission) that has the potential of causing physical or psychological harm to a child's well-being<sup>21</sup>. Others approached dental negligence – defined as either failure or delay in seeking treatment, failure to complete a recommended course of treatment, or allowing the child's oral health to deteriorate avoidably – and its effects on clinical variables like dental caries and trauma<sup>19</sup>. To our knowledge, there are few studies about children oral health and parenting practices<sup>12,22</sup>. One study found that children have less decayed teeth if their parents' practices are based on positive involvement, encouragement, problem-solving and good interpersonal atmosphere<sup>12,22</sup> while other did not find difference between authoritative, permissive, authoritarian, and/or uninvolved parents and oral hygiene<sup>16,17</sup>. Other found a trend for laxness, verbosity and overreaction in parenting styles of children with early childhood caries compared to caries-

free control children<sup>17</sup>. No study was found in which parenting practices were reported by the children on their quality of life. In addition, most preventive measures focused on teaching hygiene techniques to children instead of understanding and tackling what hampers the good habits establishment. Therefore, this study aims to explore the relationship between parents' educational practices and the oral health related quality of life of children according to the child's point of view.



## **METHODS**

This was a cross-sectional study, in which all schoolchildren from Pejuçara city (Rio Grande do Sul State – Brazil) were invited to participate of the study. City has about 4000 inhabitants and two schools (both public). Data collection was performed in children from 4<sup>th</sup> grade of Elementary School to the 3<sup>rd</sup> grade of High School from June to September of 2016.

### **Outcomes**

Oral health quality of life was measured using the Oral Impact on Daily Performances as an overall score.<sup>19</sup> The instrument comprise 9 items concerning ‘eating and enjoying food’; ‘speaking and pronouncing clearly’; ‘cleaning teeth’; ‘sleeping and relaxing’; ‘smiling, laughing, and showing teeth without embarrassment’; ‘maintaining usual emotional state without being irritable’; ‘carrying out major work or social role’; ‘enjoying contact with people’; and ‘doing sports’.<sup>19</sup> Each item was coded as yes and no. Any yes adds one point to the escore so the impact is worse as higher is the final escore. The percentage of individuals scoring more than zero was used as “any impact” on quality of life. Crombach’s alpha for OIDP was 0.64.

### **Potential confounder**

A socioeconomic questionnaire was handed in to the parents/caregivers along with a consent form. It included the following variables: educational level, family income, place of residence (rural or urban area) and questions about access and use of oral health services for the children.

## Main Exposures: Parenting styles

A trained family psychologist applied the Inventory of Parenting Styles. This instrument had 42 questions to be answered independently by the children about both father and mother divided equally in seven domains, briefly defines as follow: 1) **Positive monitoring** consider practices of caring and knowledge about where the child is and what he/she does and if he/she needs any help; 2) **Moral behavior** is related to practices of values like honesty, empathy, sense of justice, helping the child to understand the difference between right and wrong; 3) **Inconsistent punishment** is generally associated with parent's mood, where punishments tends to be related with their emotional stability instead of the child's attitude; 4) **Negligence** is characterized by lack of attention to the child needs with or without lack of love; 5) **Relaxed discipline** happens when the established rules are forgotten or disrespected by the parents themselves; 6) **Negative monitoring** can be considered as stressful supervision or excess of questioning about the child; 7) **Physical abuse** is when parents hurt or cause pain to educate the child.<sup>23</sup> Each item has three possible answers: always (zero points), sometimes (one point) and never (two points). A domain specific score is obtained summing points of each item. For the purpose of analysis, the results were categorized in behavior of risk and behavior without risk according to the percentage of the scale for each practice as presented on the normative table of the inventory<sup>23</sup>. The behavior of risk presents the following cutting points for mother and father's respectively: Positive Monitoring  $\leq 8$  and  $\leq 7$ ; Moral Behavior  $\leq 7$  and  $\leq 6$ ; Negative Monitoring  $\geq 9$  and  $\geq 8$ ; Negligence  $\geq 4$  and  $\geq 5$ ; Inconsistent punishment  $\geq 6$  and  $\geq 5$ ; Physical abuse  $\geq 3$  and  $\geq 3$ ; Relaxed discipline  $\geq 5$  and  $\geq 5$ . For maternal physical abuse the risk value was raised from  $\geq 2$  to  $\geq 3$  because the mean of this population (2.94) was bigger than the normative population (1.05). This rationale was applied to the maternal negative monitoring (normative mean 5.54 / study mean 6.26) and paternal negative monitoring (normative mean 4.54 / study mean 5.76).

## Sample calculation

The sample size calculation was performed to estimate the mean of DMTF based on the results from SBBrasil 2010 data (an oral health inquiry from Brazil) for the countryside of Rio Grande do Sul. The mean of decayed teeth for 12 years old was 2.00 teeth (sd  $\pm 3.02$ ) and for 15-19 years old was 3.96 (sd  $\pm 4.47$ ). Consequently, 302 children from 12 years old and 628 teenagers would be need for an error of 0.5 tooth, 80% of power and 5% of alpha. The town has around 50 child per age from 9 to 18 years old which justifies the selection of all of them. The total amount of students from this age range was 423 individuals according to the school's list.

### **Data analysis**

The tabulation and data analysis were performed with the same *software* developed for data collection which uses *Personal Home Page (PHP)* and *JavaScript*. Data description consisted of mean for numerical variables and table of frequencies for categorical variables. The *software R* was used for statistical analysis. This project was approved according to the Resolution number 466 from 12 of December of 2012 under number CAAE 52597815.7.0000.5347, number 1.531.495.

A crude and an adjusted model were designed for each parenting practice in which generalized linear model with binomial family and logistic link was fitted using R Software. Adjusted model consisted of sex, age, family equivalent income, mother and father educational level based on literature. A fully adjusted model also included all the parenting practices. In addition to, AIC (Akaike Information Criterion) was used to diagnose of residuals.

## RESULTS

The school roster of students from nine years old and more included 423 individuals. Four students were not eligible because of systemic/familial conditions that would modify the main association. The eligible population was 419 individuals, 12 individuals had moved out/in to the city, other 12 (2.9%) students were not found at school when data collection was performed and 66 (16.2%) did not agree to participate or did not receive parents/caregivers permission. Therefore, 329 students (75.6% response rate) received parents/caregivers permission to participate of the study and agreed to it. Two different moments between June and September were chosen to perform data collection.

Table 1 displays child and family's characteristics of the sample according to prevalence of any impact on daily life (OIDP>0). Any impact on daily life was more prevalent on female (31.9%) and less than 12 year-old participants (22.5%). The family equivalent income ranged from half to two Brazilian's minimum wage (around \$114 to \$458 dollars) on 65.7% of total population in which around 45% of parents completed secondary school or technician courses (Table 1). At least 43.6% and at most 71.2% of parental practices were neither behaviors of risk from total population with a significant p-value on negligence, inconsistent punishment and positive monitoring (Table 1).

In the multivariate analysis, children with mother's behavior of risk on negligence (OR = 2.89 95%CI 1.16, 7.73) and both father and mother's behavior of risk on positive monitoring (OR = 2.98 95%CI 1.20, 8.08) had a greater chance of impact on daily life compared to those in which neither parent had risky behavior, and adjusted by sex, age, family equivalent income, mother and father's educational level, presence of toothache on past six months and untreated dental caries (Table 3). No interaction had  $p < 0.01$  of all parenting styles and age. In the fully adjusted model both father and mother's behavior of risk on positive monitoring stayed significantly associated (OR = 5.14 95%CI 1.35, 22.17).

## DISCUSSION

To our knowledge, this is the first study that evaluated the influence of parental educational practices on children's OIDP. This study showed that acts of negligence from the mother was related with higher chances of worst child's OHRQoL. Moreover, if neither parent performed positive monitoring, there could be greater chances of negative impacts on OHRQoL. This was observed after taking into account individual socio-demographic factors, toothache on last six months and untreated dental caries.

A strength of this study is the representativeness of schoolchildren population and good reliability with high response rate. Also the design accounted for potential confounding situations. However, this study has some limitations. Our findings might not apply to countries with different context, as parenting styles are culturally and socioeconomic sensitive. The range of ages might also be a limitation because there are differences on children's perception to and forward 13 years old. Finally, the small sample size hinder from further explorations and some associations were not statistically significant.

On one hand our findings agreed with previous studies about the relation between children's oral health outcomes and positive involvement, encouragement and problem solving<sup>12,13</sup>. On the other hand, it disagreed with others that did not find a relation between any parental practices and oral health<sup>16,17</sup>. All above mentioned studies used well-validated measures with good psychometric properties but they were self-reported methods on parent's beliefs and perceptions. There may be a tendency of parents to answer questions about their parenting in a socially desirable manner<sup>12</sup>. In that sense, our study used a different but also well-validated measure in which the children's perception is expressed about their parents' attitudes<sup>18</sup>.

Practices of negligence from the mother is related to worst OIDP according to the child. Acts of negligence might lead to dental caries, gingivitis and other oral diseases because parents are not participating or paying attention on child's education.<sup>24</sup>. OIDP scale measures difficulties on smiling, sleeping, eating and tooth cleaning due to oral problems. Gingivitis and dental calculus, for example, prevent adolescents from smiling because of embarrassment about their appearance and halitosis while severe untreated caries cause pain, suffering, and discomfort – in

consequence they do not relax, become more sentimental, and cannot concentrate on their studies<sup>25</sup>. In relation to appearance, the greater the untreated caries and malocclusion (overjet), the greater impact on QoL<sup>26,27</sup>. Subjective measures as OIDP have to be considered as important as normative perceptions in relation to treatment needs because appearance perception and mastication are two of the main reasons for accessing oral health care services<sup>28</sup>.

Children had 2.98 higher chances of worst OIDP when both father and mother had behavior of risk on positive monitoring. It raised to 5.14 on fully adjusted model. Positive monitoring describes the establishment of a relationship of trust based on love in order to facilitate child's internalization of his/her health care, hygiene, healthy habits with a low level of tension<sup>12,24</sup>. Caregivers are primarily responsible for funding and keeping healthy habits daily<sup>22</sup>. Also, satisfaction with one's environment and positive perception of parents' health are associated with better oral health conditions and less psychological impact of poor oral health among adolescents<sup>25</sup>. It might be the strongest bond needed to increase child's oral health and well-being because after controlling for each parental style the association was stronger.

In conclusion, our data suggest that quality of life of children and adolescents was associated with acts of negligence and lack of monitoring. As clinical implication, it might be recommended to use pit and fissure sealants for preventing dental decay in permanent teeth when the dentist suspect of any risk on parenting styles<sup>29</sup> because it is a behavior independent preventive solution. Also, this research raises the questioning about parent's monitoring as a possible measure of preventive dentistry which demands for new policy implementations for family support.

## REFERENCES

1. Mouradian WE. The face of a child: children's oral health and dental education. *J Dent Educ.* 2001; 65(9):821–31.
2. Wilson-Genderson M, Broder HL, Phillips C. Concordance between caregiver and child reports of children's oral health-related quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2007; 35(s1):32–40.
3. Goulart M de A, Condessa AM, Hilgert JB, Hugo FN, Celeste RK. Concerns about dental aesthetics are associated with oral health related quality of life in Southern Brazilian adults. *Cien Saude Colet.* 2018; 23(11):3957–64.
4. Krisdapong S, Prasertsom P, Rattananangsim K, Sheiham A. Relationships between oral diseases and impacts on Thai schoolchildren's quality of life: Evidence from a Thai national oral health survey of 12- and 15-year-olds. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2012; 40(6):550–9.
5. Mashoto KO, Åstrøm AN, David J, Masalu JR. Dental pain, oral impacts and perceived need for dental treatment in Tanzanian school students: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes.* 2009; 7(1):73.
6. Barbosa T, Gavião M. Oral health-related quality of life in children: Part II. Effects of clinical oral health status. A systematic review. *Int J Dent Hyg.* 2008; 6(2):100–7.
7. Sischo L, Broder HL. Oral health-related quality of life: what, why, how, and future implications. *J Dent Res.* 2011; 90(11):1264–70.
8. Hooley M, Skouteris H, Boganin C, Satur J, Kilpatrick N. Parental influence and the development of dental caries in children aged 0–6 years: A systematic review of the literature. *J Dent.* 2012; 40(11):873–85.
9. Bhatia SK, Maguire S a., Chadwick BL, Hunter ML, Harris JC, Tempest V, et al. Characteristics of child dental neglect: A systematic review. *J Dent.* 2014; 42(3):229–39.
10. Kumar S, Tadakamadla J, Kroon J, Johnson NW. Impact of parent-related factors on dental caries in the permanent dentition of 6–12-year-old children: A systematic review. *J Dent.* 2016; 46:1–11.
11. Castilho ARF de, Mialhe FL, Barbosa T de S, Puppim-Rontani RM. Influence of family environment on children's oral health: a systematic review. *J Pediatr (Rio J).* 2013; 89(2):116–23.
12. Duijster D, de Jong-Lenters M, de Ruitter C, Thijssen J, van Loveren C, Verrips E. Parental and family-related influences on dental caries in children of Dutch, Moroccan and Turkish origin. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2015; 43(2):152–62.
13. Duijster D, O'Malley L, Elison S, Van Loveren C, Marcenes W, Adair PM, et al. Family Relationships as an Explanatory Variable in Childhood Dental Caries: A Systematic Review of Measures. *Caries Res.* 2013; 47(s1):22–39.

14. Weber LND, Prado PM, Viezzer AP, Brandenburg OJ. Identificação de estilos parentais: o ponto de vista dos pais e dos filhos. *Psicol Reflexão e Crítica*. 2004; 17(3):323–31.
15. Renzaho AMN, de Silva-Sanigorski A. The importance of family functioning, mental health and social and emotional well-being on child oral health. *Child Care Health Dev*. 2014; 40(4):543–52.
16. Aleksejūnienė J, Brukienė V. Parenting style, locus of control, and oral hygiene in adolescents. *Medicina (Kaunas)*. 2012; 48(2):102–8.
17. Seow WK, Clifford H, Battistutta D, Morawska A, Holcombe T. Case-Control Study of Early Childhood Caries in Australia. *Caries Res*. 2009; 43(1):25–35.
18. Sampaio ITA, Gomide PIC. INVENTÁRIO DE ESTILOS PARENTAIS (IEP) – Gomide (2006) PERCURSO DE PADRONIZAÇÃO E NORMATIZAÇÃO. *Psicol Argumento*. 2007; 25(48):15.
19. Bhatia SK, Maguire SA, Chadwick BL, Hunter ML, Harris JC, Tempest V, et al. Characteristics of child dental neglect: a systematic review. *J Dent*. 2014; 42(3):229–39.
20. Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T, et al. The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. Tomlinson M, editor. *PLoS Med*. 2012; 9(11):e1001349.
21. Rodrigues JLSA, Lima APB, Nagata JY, Rigo L, Cericato GO, Franco A, et al. Domestic violence against children detected and managed in the routine of dentistry – A systematic review. *J Forensic Leg Med*. 2016; 43:34–41.
22. de Jong-Lenters M, Duijster D, Bruist MA, Thijssen J, de Ruiter C. The relationship between parenting, family interaction and childhood dental caries: A case-control study. *Soc Sci Med*. 2014; 116:49–55.
23. Gomide PIC. Inventário de estilos parentais: modelo teórico, manual de aplicação, apuração e interpretação. *Petróp Vozes*. 2006;
24. Salvo CG De, Silveiras EF de M, Toni PM de. Práticas educativas como forma de predição de problemas de comportamento e competência social. *Estud Psicol*. 2005; 22(2):187–95.
25. Leão MM, Garbin CAS, Moimaz SAS, Roviada TAS, Leão MM, Garbin CAS, et al. Oral health and quality of life: an epidemiological survey of adolescents from settlement in Pontal do Paranapanema/SP, Brazil. *Cien Saude Colet*. 2015; 20:3365–74.
26. Feldens CA, Ardenghi TM, Dos Santos Dullius AI, Vargas-Ferreira F, Hernandez PAG, Kramer PF. Clarifying the Impact of Untreated and Treated Dental Caries on Oral Health-Related Quality of Life among Adolescents. *Caries Res*. 2016; 50:414–21.
27. Scapini A, Feldens CA, Ardenghi TM, Kramer PF. Malocclusion impacts adolescents' oral health-related quality of life. *Angle Orthod*. 2013; 83(3):512–8.



28. Peres KG, Latorre Mdo R, Peres MA, Traebert J, Panizzi M. Impact of dental caries and dental fluorosis on 12-year-old schoolchildren's self-perception of appearance and chewing. *Cad Saude Publica*. 2003; 19(1):323–30.
29. Ahovuo-Saloranta A, Forss H, Walsh T, Nordblad A, Mäkelä M, Worthington H V. Pit and fissure sealants for preventing dental decay in permanent teeth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;7:CD001830.

Table 1. Descriptive frequency of variables used in multivariate analysis among children and teenagers in Brazil.

		n (%)	Prevalence of ODP>0 n (%)	p-value
<b>Sex</b>	<b>Total</b>	329 (100%)	182 (55.3%)	0.92
	Male	140 (42.5%)	77 (55.0%)	
	Female	189 (57.5%)	105 (55.6%)	
<b>Age</b>	Less than 12 years	123 (37.4%)	74 (60.2%)	0.23
	12 years	41 (12.5%)	18 (43.9%)	
	13 a 14 years	77 (23.4%)	39 (50.6%)	
	More than 15 years	88 (26.7%)	51 (58.0%)	
<b>Family equivalent income</b>	up to ½ minimum wage	27 (8.74%)	17 (63.0%)	0.92
	½ to 1 minimum wage	104 (33.7%)	57 (54.8%)	
	1 to 2 minimum wages	99 (32.0%)	53 (53.5%)	
	2 to 3 minimum wages	41 (13.3%)	24 (58.5%)	
	> 3 minimum wages	38 (12.3)	21 (55.3%)	
<b>Mother's educational level</b>	Primary School	98 (30.2%)	61 (62.2%)	0.25
	Secondary School	141 (43.5%)	76 (53.9%)	
	University	85 (26.3%)	43 (50.6%)	
<b>Father's educational level</b>	Primary School	121 (42..5%)	72 (59.5%)	0.53
	Secondary School	139 (48.8%)	77 (55.4%)	
	University	25 (8.7%)	12 (48.0%)	
<b>Negligence</b>	Neither behaviors of risk	199 (62.4%)	96 (48.2%)	0.01
	Father behavior of risk	33 (10.3%)	22 (66.7%)	
	Mother behavior of risk	42 (11.2%)	25 (59.5%)	
	Both behavior of risk	45 (14.1%)	32 (71.1%)	
<b>Inconsistent punishment</b>	Neither behaviors of risk	204 (63.9%)	100 (49.0%)	0.04
	Father behavior of risk	51 (16.0%)	33 (64.7%)	
	Mother behavior of risk	29 (9.1%)	20 (69.0%)	
	Both behavior of risk	35 (11.0%)	22 (62.9%)	
<b>Relaxed discipline</b>	Neither behaviors of risk	189 (59.2%)	95 (50.3%)	0.27

Father behavior of risk	31 (9.7%)	19 (61.3%)	
Mother behavior of risk	52 (16.3%)	31 (59.6%)	
Both behavior of risk	47 (14.7%)	29 (61.7%)	
<b>Physical abuse</b>			0.06
Neither behaviors of risk	139 (43.6%)	66 (47.5%)	
Father behavior of risk	43 (13.5%)	22 (51.2%)	
Mother behavior of risk	45 (14.1%)	28 (62.2%)	
Both behavior of risk	92 (28.8%)	59 (64.1%)	
<b>Negative monitoring</b>			0.86
Neither behaviors of risk	215 (67.4%)	116 (54.0%)	
Father behavior of risk	55 (17.2%)	31 (56.4%)	
Mother behavior of risk	24 (7.5%)	15 (62.5%)	
Both behavior of risk	25 (7.8%)	13 (52.0%)	
<b>Positive monitoring</b>			0.05
Neither behaviors of risk	213 (66.8%)	107 (50.2%)	
Father behavior of risk	44 (13.8%)	26 (59.1%)	
Mother behavior of risk	21 (6.6%)	12 (57.1%)	
Both behavior of risk	41 (12.8%)	30 (73.2%)	
<b>Moral behavior</b>			0.15
Neither behaviors of risk	227 (71.2%)	117 (51.5%)	
Father behavior of risk	19 (6.0%)	14 (73.7%)	
Mother behavior of risk	31 (9.7%)	17 (54.8%)	
Both behavior of risk	42 (13.2%)	27 (64.3%)	

Table 2. Odds Ratio (OR) and 95% confidence intervals (95%CI) for 7 parenting styles in different models.

	<b>OR Crude</b>	<b>CI95%</b>	<b>OR Adjusted*</b>	<b>CI95%</b>	<b>OR Fully Adjusted**</b>	<b>CI95%</b>
<b>Total</b>						
<b>Negligence</b>	AIC=436		AIC=369		AIC=385	
Neither behaviors of risk	1.0	-	1.0	-	1.0	-
Father behavior of risk	2.14	1.01-4.81	2.35	1.00-5.79	1.58	0.61-4.29
Mother behavior of risk	1.58	0.81-3.14	2.93	1.26-7.39	2.51	0.97-6.94
Both behavior of risk	2.64	1.33-5.49	2.74	1.27-6.23	1.53	0.59-4.01
<b>Inconsistent punishment</b>	AIC=439		AIC=375		AIC=385	
Neither behaviors of risk	1.0	-	1.0	-	1.0	-
Father behavior of risk	1.91	1.02-3.66	1.81	0.90-3.78	1.47	0.65-3.39
Mother behavior of risk	2.31	1.03-5.56	2.66	0.98-8.09	1.35	0.42-4.69
Both behavior of risk	1.76	0.85-3.77	1.85	0.80-4.51	1.01	0.36-2.90
<b>Relaxed discipline</b>	AIC=443		AIC=377		AIC=385	
Neither behaviors of risk	1.0	-	1.0	-	1.0	-
Father behavior of risk	1.57	0.73-3.49	2.04	0.86-5.12	1.56	0.59-4.35
Mother behavior of risk	1.58	0.85-3.00	1.64	0.81-3.40	1.32	0.60-2.95
Both behavior of risk	1.59	0.83-3.11	1.72	0.80-3.82	0.99	0.40-2.50
<b>Physical abuse</b>	AIC=439		AIC=373		AIC=385	
Neither behaviors of risk	1.0	-	1.0	-	1.0	-
Father behavior of risk	1.16	0.43-1.49	0.86	0.37-1.99	0.63	0.24-1.58
Mother behavior of risk	1.82	0.83-3.81	1.94	0.89-4.35	1.93	0.81-4.71
Both behavior of risk	1.98	1.10-3.69	2.16	1.13-4.19	1.55	0.73-3.28
<b>Negative monitoring</b>	AIC=446		AIC=377		AIC=385	
Neither behaviors of risk	1.0	-	1.0	-	1.0	-
Father behavior of risk	1.10	0.61-2.01	0.92	0.45-1.92	1.01	0.44-2.33

Mother behavior of risk	1.42	0.61-3.52	3.28	1.02-12.88	2.95	0.82-12.57
Both behavior of risk	0.92	0.40-2.14	1.16	0.47-2.95	1.69	0.62-4.71
<b>Positive monitoring</b>	AIC=439		AIC=374		AIC=385	
Neither behaviors of risk	1.0	-	1.0	-	1.0	-
Father behavior of risk	1.43	0.74-2.80	1.52	0.74-3.23	1.50	0.61-3.72
Mother behavior of risk	1.32	0.54-3.36	1.62	0.54-5.21	1.98	0.57-7.52
Both behavior of risk	2.70	1.32-5.89	2.99	1.32-7.40	5.40	1.55-20.87
<b>Moral behavior</b>	AIC=441		AIC=377		AIC=385	
Neither behaviors of risk	1.0	-	1.0	-	1.0	-
Father behavior of risk	2.63	0.82-8.36	3.06	0.97-11.88	1.51	0.39-6.77
Mother behavior of risk	1.14	0.54-2.46	1.24	0.50-3.13	0.75	0.25-2.22
Both behavior of risk	1.69	0.86-3.42	1.56	0.75-3.37	0.53	0.17-1.59

\* Adjusted by sex, age, family equivalent income, mother and father educational level.

\*\* Adjusted by sex, age, family equivalent income, mother and father educational level and for all seven parenting styles

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A compreensão e aceitação do ambiente familiar como determinante para os desfechos relacionados à saúde é fundamental para o desenvolvimento de abordagens preventivas e efetivas em crianças e adolescentes. Abordagens voltadas à família, com orientação às práticas parentais, podem proporcionar as ferramentas que os cuidadores, por muitas vezes, não possuem para utilizar na educação da criança.

Para que isto seja possível, os profissionais de saúde – e neste ponto, os cirurgiões-dentistas – devem estar abertos à compreensão das peculiaridades de cada paciente, sem preconceitos.

De maneira populacional, este estudo permite a reflexão acerca das metodologias que atualmente são empregadas no Brasil como preventivas de cárie e outras doenças bucais, principalmente nos casos que não há adesão ou interesse das crianças.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. M. de. **Pensando a família no Brasil : da colônia à modernidade**. Co-edição Espaço e Tempo/Editora da UFRRJ, 1987. Disponível em: <<https://www.livrariacultura.com.br/p/livros/historia/historia-do-brasil/pensando-a-familia-no-brasil-241922>>. Acesso em: 26 fev. 2019.

ALVES, R. R. Família Patriarcal e Nuclear: Conceito, características e transformações. 2009.

BAUMRIND, D. Effects of Authoritative Parental Control on Child Behavior. **Child Development**, v. 37, n. 4, p. 887, 1966.

BEM, L.; WAGNER, A. Reflexões Sobre A Construção Da Parentalidade E O Uso De Estratégias Educativas Em Famílias De Baixo Nível Socioeconômico 1 Reflexions On Parenthood And Educative Strategies In Families With Low Socioeconomic Status. **Psicologia em Estudo**, n. 11, p. 63–71, 2006.

BERQUÓ, E.; CAVENAGHI, S. Mapeamento sócio-econômico e demográfico dos regimes de fecundidade no Brasil e sua variação entre 1991 e 2000. In: **Anais do 14º Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais**. Belo Horizonte: ABEP, 2004. p. 1–18.

BHATIA, S. K. et al. Characteristics of child dental neglect: a systematic review. **Journal of Dentistry**, v. 42, n. 3, p. 229–39, 2014.

BIANCO, A. et al. Prevalence and determinants of oral impacts on daily performance: results from a survey among school children in Italy. **The European Journal of Public Health**, v. 20, n. 5, p. 595–600, 2010.

BORGES, M. **Função Materna E Função Paterna, Suas Vivências Na Atualidade**. 2005. UFUB/Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000109&pid=S0104-0707200700040000600011&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000109&pid=S0104-0707200700040000600011&lng=pt)>. Acesso em: 26 fev. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Projeto SB2000: Condições de Saúde Bucal da população brasileira no ano 2000. Manual do Examinador**, Ministério da Saúde, 2001.

CASSONI, C. **Estilos parentais e práticas educativas parentais: revisão sistemática e crítica da literatura**. 2013. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-14122013-105111/>>.

Acesso em: 26 fev. 2019.

CASTILHO, A. R. F. De et al. Influence of family environment on children's oral health: a systematic review. **Jornal de Pediatria**, v. 89, n. 2, p. 116–123, 2013.

CECCONELLO, A. M.; DE ANTONI, C.; KOLLER, S. H. Práticas educativas, estilos parentais e abuso físico no contexto familiar. **Psicologia em Estudo**, v. 8, n. spe, p. 45–54, 2003.

CELESTE, R. K.; BASTOS, J. L. Mid-point for open-ended income category and the effect of equivalence scales on the income-health relationship. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, p. 168–174, 2013.

CLARKE, A. **The Sociology of Healthcare**. Longman, 2010.

DARLING, N.; STEINBERG, L. Parenting style as context: An integrative model. **Psychological Bulletin**, v. 113, n. 3, p. 487–496, 1993.

DE JONG-LENTERS, M. et al. The relationship between parenting, family interaction and childhood dental caries: A case-control study. **Social Science & Medicine**, v. 116, p. 49–55, 2014.

DE OLIVEIRA, C. M.; SHEIHAM, A. Orthodontic treatment and its impact on oral health-related quality of life in Brazilian adolescents. **J Orthod**, v. 31, n. 1, p. 20–7; 2004.

DUIJSTER, D. et al. Parental and family-related influences on dental caries in children of Dutch, Moroccan and Turkish origin. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 43, n. 2, p. 152–162, 2015.

FOME, M. do D. S. e C. à. **Fecundidade por Grandes Regiões e Faixas de Renda Domiciliar nos Censo Demográficos 2000 e 2010**. Brasília: Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, 2012.

GOMIDE, P. I. C. Inventário de estilos parentais: modelo teórico, manual de aplicação, apuração e interpretação. **Petrópolis: Vozes**, 2006.

HARRIS, J. Dental neglect in children. **Paediatrics and Child Health**, v. 22, n. 11, p. 476–482, 2012.

IBGE, I. B. de G. e E. **IBGE | Séries Estatísticas & Séries Históricas**. Disponível em: <<https://seriesestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?vcodigo=CD91>>. Acesso em: 26 mar. 2019.



IBGE, I. B. de G. e E. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>>. Acesso em: 26 fev. 2019.

IBGE, I. B. de G. e E. **Estatísticas do Registro Civil 2017**. Rio de Janeiro: IBGE, 2017. Disponível em: <[https://www.ibge.gov.br/estatisticas->](https://www.ibge.gov.br/estatisticas-). Acesso em: 26 fev. 2019.

KELLOGG, N. et al. Oral and dental aspects of child abuse and neglect. **Pediatrics**, v. 116, n. 6, p. 1565–8, 2005.

KUMAR, S. et al. Impact of parent-related factors on dental caries in the permanent dentition of 6–12-year-old children: A systematic review. **Journal of Dentistry**, v. 46, p. 1–11, 2016.

KVIST, T. et al. Child maltreatment - prevalence and characteristics of mandatory reports from dental professionals to the social services. **International Journal of Paediatric Dentistry**, 2016.

LARKIN, M. **Social Aspects of Health, Illness and Healthcare**. McGraw- Hill.

LOCKER, D. et al. Family impact of child oral and oro-facial conditions. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 30, p. 438–448, 2002.

MACCOBY, E.; MARTIN, J. Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. In: **Handbook of child psychology**. 4. ed. Nova Iorque: Wiley, 1983.

MONDARDO, A. H.; VALENTINA, D. Della. Psicoterapia infantil: ilustrando a importância do vínculo materno para o desenvolvimento da criança. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 11, n. 3, p. 621–630, 1998.

MOYSÉS, S. T. et al. Associations between health promoting schools' policies and indicators of oral health in Brazil. **Health promotion international**, v. 18, n. 3, p. 209–18, 2003.

NAJMAN, J. M.; LEVINE, S. Evaluating the impact of medical care and technologies on the quality of life: a review and a critique. **Social science & medicine**, v. 15F, n. 2–3, p. 107–15, 1981.

NAM, C. B. The Concept of The Family: Demographic and Genealogical Perspectives. **Sociation Today**, v. 2, n. 2, 2004.

NORMAN, R. E. et al. The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. **PLoS Medicine**, v. 9, n. 11, p. e1001349, 2012.

RENZAHO, A. M. N.; DE SILVA-SANIGORSKI, A. The importance of family functioning, mental health and social and emotional well-being on child oral health. **Child: Care, Health and Development**, v. 40, n. 4, p. 543–552, 2014.

REPPOLD, C. T.; PACHECO, J.; HUTZ, C. Comportamento agressivo e práticas disciplinares parentais. In: **Violência e risco na infância e adolescência**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

RODRIGUES, J. L. S. A. et al. Domestic violence against children detected and managed in the routine of dentistry – A systematic review. **Journal of Forensic and Legal Medicine**, v. 43, p. 34–41, 2016.

SALVO, C. G. De; SILVARES, E. F. de M.; TONI, P. M. De. Práticas educativas como forma de predição de problemas de comportamento e competência social. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 22, n. 2, p. 187–195, 2005.

SAMARA, E. de M. O Que Mudou na Família Brasileira?: da Colônia à Atualidade. **Psicologia USP**, v. 13, n. 2, p. 27–48, 2002.

SAMPAIO, I. T. A.; GOMIDE, P. I. C. Inventário De Estilos Parentais (IEP) – Gomide (2006) Percurso De Padronização E Normatização. **Psicologia Argumento**, v. 25, n. 48, p. 15, 2007.

SEGER, L. **Psicologia e odontologia : uma abordagem integradora**. 4 ed. ed. São Paulo: Santos, 2002.

SISCHO, L.; BRODER, H. L. Oral health-related quality of life: what, why, how, and future implications. **Journal of dental research**, v. 90, n. 11, p. 1264–70, 2011.

SPRINGER, K. W. et al. Long-term physical and mental health consequences of childhood physical abuse: results from a large population-based sample of men and women. **Child abuse & neglect**, v. 31, n. 5, p. 517–30, 2007.

VILHENA, J. Repensando a família. **Psicologia.pt**, 2005.

WEBER, L. N. D. et al. Identificação de estilos parentais: o ponto de vista dos pais e dos filhos. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 17, n. 3, p. 323–331, 2004.

WONG, H. M.; MCGRATH, C. P. J.; KING, N. M. Rasch validation of the early childhood oral health impact scale. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 39, n. 5, p. 449–457, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Oral health surveys : basic methods**. World Health Organization, 2013.

## APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
CEP - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

<b>1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA</b>												
Título do Projeto: INQUÉRITO DE SAÚDE BUCAL EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES DE 9 A 18 ANOS EM PEJUÇARA, RS. (Nº 29736)												
Área do Conhecimento: Saúde						Número de participantes		No centro:		Total:		
Faculdade: Odontologia						Unidade: UFRGS-POA						
Projeto Multicêntrico		Sim	X	Não	Nacional	Internacional	Cooperação Estrangeira		Sim	X	Não	
Patrocinador da pesquisa:												
Instituição onde será realizado: Universidade Federal do Rio Grande do Sul de Porto Alegre												
Nome dos pesquisadores e colaboradores: Prof. Dr. Roger Keller Celeste, MSc PhD, Prof. Janete de Aquino Goulart, Ms. Edina Vendrame, CD e Mariél de Aquino Goulart.												
<b>2. IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA</b>												
Nome do Responsável:												
Nome da criança/adolescente:												
<b>3. IDENTIFICAÇÃO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL</b>												
Nome: PROF. DR. ROGER KELLER CELESTE, MSc., PhD.						Telefone: (51) 3308 5015						
Profissão: Universitário		Professor		Registro no Conselho Nº: 10070		E-mail: <a href="mailto:roger.keller@ufrgs.br">roger.keller@ufrgs.br</a>						
Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2492, sala 301. Porto Alegre/RS-Brasil CEP: 90035-003												

Eu, sujeito da pesquisa, abaixo assinado(a), após receber informações e esclarecimento sobre o projeto de pesquisa, acima identificado, concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário(a) e estou ciente:

- O presente estudo tem o propósito de conhecer a condição de saúde bucal de crianças e adolescentes entre 9 e 18 anos em Pejuçara e relacionar estas condições a outras variáveis tal como acesso e busca de serviços odontológicos e negligência.
- Deverei responder a um questionário com perguntas sobre o número de pessoas que moram na minha casa, número de cômodos na casa, nível educacional, renda familiar, Classificação Brasil de Classe Econômica e local onde moro, bem como perguntas referentes ao acesso e utilização de serviços odontológicos.
- Com a assinatura deste termo, permito que a criança/adolescente acima citada seja examinado por um dentista devidamente qualificado e treinado, o qual observará a presença ou não das seguintes condições: cárie dentária, doença periodontal (problema de gengiva), traumatismo dentário (fratura dentária e avulsão). Ele (a) também responderá a uma entrevista com as seguintes questões: sexo, idade, dor de origem dentária, auto-percepção e impactos sobre a saúde bucal, utilização de serviços odontológicos. Ele (a) também poderá responder a um instrumento psicológico relacionado aos objetivos da pesquisa.
- A pesquisa poderá ajudar nas decisões públicas da sua comunidade junto aos Conselhos de Saúde, de Assistência Social e Orçamento Participativo e promover melhorias nos serviços para as famílias elegíveis. O questionário não lhe causará desconforto ou risco.
- A senhora/senhor poderá parar a qualquer momento, desistir ou interromper a entrevista desta pesquisa sem a necessidade de qualquer explicação, isto não lhe causará nenhum dano e não virá a interferir no projeto de pesquisa.
- Será respeitada a privacidade e confidencialidade dos dados coletados para pesquisa – somente os pesquisadores saberão as respostas. As respostas serão utilizadas apenas para fins científicos e você receberá uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
- Os resultados obtidos durante este estudo serão mantidos em sigilo, e serão divulgados em publicações científicas, e seus dados pessoais não serão mencionados.
- Os resultados serão avaliados e analisados para pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), guardados junto ao Departamento de Saúde Bucal Coletiva para o tempo de estudo ou cinco anos.
- A senhora/senhor não terá despesa alguma e sua participação será voluntária.
- A senhora/senhor tem a garantia de, a qualquer tempo, de pedir informações sobre a pesquisa bem como dos resultados finais. Para tanto, poderá consultar o pesquisador responsável Professor Roger Keller Celeste (51 94440048) e Mariél de Aquino Goulart (51) 93783431. Em caso de dúvidas não esclarecidas pelo(s) pesquisador(es), ou de irregularidades de natureza ética poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa (Fone: 51-3308 3738).

Declaro que obtive todas as informações necessárias e esclarecimento quanto às dúvidas por mim apresentadas e, por estar de acordo, assino o presente documento em duas vias de igual conteúdo e forma, ficando uma em minha posse.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Pesquisador Responsável pelo Projeto

\_\_\_\_\_  
Sujeito da pesquisa e/ou responsável

## APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO PARA OS PAIS E RESPONSÁVEIS



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
QUESTIONÁRIO SOCIO-ECONÔMICO FAMILIAR



Olá, somos pesquisadores da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Conforme o termo de consentimento entregue juntamente com este questionário, gostaríamos da sua ajuda para que possamos entender os efeitos de alguns fatores (inclusive socio-econômicos) na saúde bucal de crianças e adolescentes. Para isso, sua participação é essencial e pedimos que preencha este questionário. Não há respostas certas ou erradas e seus dados não serão divulgados.

Desde já, agradecemos a sua colaboração.

1. Qual o seu nome? \_\_\_\_\_
2. Qual o nome completo do seu filho? *(se você tem mais de um filho entre 9-18 anos, estudando em qualquer uma das escolas de Pejuçara, por favor, responda separadamente nas folhas recebidas).*
- \_\_\_\_\_

3. Até qual série a **mãe** da criança/adolescente estudou?
- ( ) Analfabeto  
( ) Primário Incompleto / Fundamental Incompleto  
( ) Primário Completo / Fundamental Completo  
( ) Ginásio Completo / Médio Incompleto  
( ) Colegial completo/ Médio Completo  
( ) Técnico/ Profissionalizante completo  
( ) Superior Incompleto  
( ) Superior Completo  
( ) Não sei
4. Até qual série o **pai** da criança/adolescente estudou?
- ( ) Analfabeto  
( ) Primário Incompleto / Fundamental Incompleto  
( ) Primário Completo / Fundamental Completo  
( ) Ginásio Completo / Médio Incompleto  
( ) Colegial completo/ Médio Completo  
( ) Técnico/ Profissionalizante completo  
( ) Superior Incompleto  
( ) Superior Completo  
( ) Não sei

5. Quantas pessoas moram em sua casa? *(considerando pessoas familiares, não pessoas que moram por aluguel ou não dormem na sua casa).* Nº de pessoas:
- a. Qual (quais) o(s) grau(s) de parentesco dessas pessoas com a criança/adolescente? *(ex.: pai, mãe, padrasto, vó,...)*
- \_\_\_\_\_

6. Quem fica a maior parte do tempo em casa com a criança/adolescente e até qual série esta pessoa estudou?
- a. Pai  
b. Mãe  
c. Padrasto/madrasta  
d. Avô/avó  
e. Empregada doméstica/tata  
f. Outra. Quem? \_\_\_\_\_
- ( ) Analfabeto  
( ) Primário Incompleto / Fundamental Incompleto  
( ) Primário Completo / Fundamental Completo  
( ) Ginásio Completo / Médio Incompleto  
( ) Colegial completo/ Médio Completo  
( ) Técnico/ Profissionalizante completo  
( ) Superior Incompleto  
( ) Superior Completo  
( ) Não sei

7. Quantos cômodos (quartos/salas) existem na sua casa? Nº de cômodos:

8. Você mora na ( ) **Zona Urbana** ou na ( ) **Zona Rural**?

9. Quais dos seguintes itens você possui/tem em sua casa no momento (em funcionamento)?

	Quantidade de itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em Cores					
Rádio <i>(exceto do carro e do computador)</i>					
Banheiro					
Automóvel <i>(uso não profissional)</i>					
Empregada mensalista					
Maquina de lavar					
Videocassete e/ou DVD					
Geladeira					
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)					



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
QUESTIONÁRIO SOCIO-ECONÔMICO FAMILIAR



10. Qual a renda familiar líquida (contando salários, pensões, etc), considerando todas as pessoas que moram na sua casa, em reais (aproximadamente)? (*descontados impostos, INSS, descontos do governo, etc.*)  
[R\$ \_\_\_\_\_, \_\_\_\_]

11. Em relação a saúde de seu(s) filho(s). Em algum momento você procurou atendimento com dentista para ele(a)?

- Não  
 Sim

12. E conseguiu ser atendido?

- Não  
 Sim (ir para questão 13)

13. Se não conseguiu ser atendido, qual foi o motivo? (com detalhes, por favor)

---

---

---

14. Onde foi a última consulta do(s) seu(s) filho(s) com o dentista?

- Nunca fui no dentista  
 Serviço privado (particular)  
 Serviço público (posto de saúde)  
 Plano de saúde/Convênios  
 Outro. Onde? \_\_\_\_\_  
 Não sei

15. Qual o motivo da última consulta? (*Por que levou ele(a) ao dentista*)

- Nunca levei ao dentista/Não consegui atendimento  
 Revisão, prevenção ou checkup  
 Dor  
 Extração  
 Tratamento  
 Outros  
 Não sabe/Não lembra

16. O que o você achou do tratamento na última consulta?

- Nunca levei ao dentista/Não consegui atendimento  
 Muito bom  
 Bom  
 Regular  
 Ruim  
 Muito ruim  
 Não se aplica  
 Não sabe/Não lembra



## APÊNDICE C – TERMO DE ASSENTIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO DA PESQUISA



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**  
**TERMO DE ASSENTIMENTO**



Você está sendo convidado para participar da pesquisa INQUÉRITO DE SAÚDE BUCAL EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES DE 9 A 18 ANOS EM PEJUÇARA, RIO GRANDE DO SUL. Seus pais permitiram que você participe. Queremos saber como é a condição de saúde bucal de crianças e adolescentes de Pejuçara. As pessoas que irão participar dessa pesquisa têm de 9 a 18 anos de idade. Você não precisa participar da pesquisa se não quiser, é um direito seu, não terá nenhum problema se desistir. A pesquisa será feita na Escola Municipal e Escola Estadual, onde as crianças e adolescentes serão examinados para observar a condição bucal e responderão à dois questionários, em dois momentos diferentes. Para isso, será usado/a instrumental odontológico esterilizado (do dentista) para evitar infecções. O uso desse material é considerado seguro, mas é possível ocorrer risco de troca de bactérias entre pessoas. Caso aconteça algo errado, você pode nos procurar pelos telefones (51) 93783431 da pesquisadora Mariél ou (51 94440048) do pesquisador Roger. Mas há coisas boas que podem acontecer como encaminhamento para o tratamento caso seja diagnosticada alguma doença, além de ajudar a melhorar os serviços de saúde de Pejuçara. Ninguém saberá que você está participando da pesquisa, não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que você nos der. Os resultados da pesquisa vão ser publicados, mas sem identificar quem participou da pesquisa. Quando terminarmos a pesquisa repassaremos ao município os dados principais (sem divulgação de nomes), apresentaremos os resultados em Congressos Científicos e publicaremos um artigo científico. Se você tiver alguma dúvida, você pode me perguntar ou ao pesquisador Roger. Eu escrevi os telefones na parte de cima desse texto.

Eu \_\_\_\_\_ aceito participar da pesquisa INQUÉRITO DE SAÚDE BUCAL EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES DE 9 A 18 ANOS EM PEJUÇARA, RIO GRANDE DO SUL, que tem o objetivo de descobrir como é a condição de saúde bucal de crianças e adolescentes entre 9 e 18 anos. Entendi as coisas ruins e as coisas boas que podem acontecer. Entendi que posso dizer “sim” e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer “não” e desistir que ninguém vai ficar chateado ou brigar comigo. Os pesquisadores tiraram minhas dúvidas e conversaram com os meus responsáveis. Recebi uma cópia deste termo de assentimento e li e concordo em participar da pesquisa.

Pejuçara, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do menor

\_\_\_\_\_  
Mariél de Aquino Goulart

\_\_\_\_\_  
Roger Keller Celeste

## APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES





UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
QUESTIONÁRIO CRIANÇAS E ADOLESCENTES





Olá, somos pesquisadores da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Conforme o termo de assentimento entregue com este questionário, gostaríamos da sua ajuda para que possamos entender os efeitos de alguns fatores na sua saúde bucal. Para isso, pedimos sua participação preenchendo este questionário. Não há respostas certas ou erradas e suas informações não serão divulgadas. Desde já, agradecemos a sua colaboração.


1. Qual o seu nome? \_\_\_\_\_
2. Qual a sua data de nascimento? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
3. Qual o seu gênero?
  - Masculino
  - Feminino
4. Alguma vez na vida você já foi no consultório do dentista?
  - Não, nunca.
  - Sim
  - Não sei/não lembro
5. Há quanto tempo você foi pela última vez?
  - Nunca fui no dentista
  - Menos de 1 ano
  - De 1 a 2 anos
  - Há 3 ou mais anos
6. Onde foi a sua última consulta?
  - Nunca fui no dentista
  - Serviço privado (particular)
  - Serviço público (posto de saúde)
  - Plano de saúde/Convênios
  - Outros
  - Não sei
7. Na última vez que foi ao dentista, qual foi o motivo? (Por que foi ao dentista?)
  - Nunca fui no dentista
  - Revisão, prevenção ou checkup
  - Dor
  - Extração (arrancar/tirar um dente)
  - Tratamento
  - Outros \_\_\_\_\_
  - Não sei
8. O que o você achou do tratamento na última consulta?
 

  
A

  
B

  
C

  
D

  
E

  - Ótimo  Bom  Regular  Ruim  Muito ruim
  - Nunca fui no dentista
9. Na última consulta com o dentista, você recebeu informações sobre como evitar problemas na boca e nos dentes?
  - Sim
  - Não
10. Você acha que precisa de tratamento com o dentista atualmente?
  - Sim
  - Não



11. Nos últimos 6 meses, você sentiu dor de dente? ( ) Não ( ) Sim ( ) Não sei

12. Se sentiu dor de dente, circule o número que melhor representa como foi a sua dor.  
1 (UM) SIGNIFICA MUITO POUCA DOR E 10 (DEZ) UMA DOR MUITO FORTE.



13. Você procurou algum atendimento para curar a dor que sentiu?

- ( ) Não senti dor  
( ) Não  
( ) Sim

14. E conseguiu ser atendido?

- ( ) Não senti dor  
( ) Não  
( ) Sim (vá para pergunta 16)

15. Se não conseguiu ser atendido, qual foi o motivo? \_\_\_\_\_

16. Em relação ao último atendimento com o dentista, marque com um X se você concorda ou não com as afirmativas abaixo:	Sim	Não
<b>Em relação ao ambiente físico do consultório/sala de espera:</b>		
Era limpo e agradável		
Todos os que estavam esperando tinham cadeira/poltrona adequada para sentar		
O tempo que esperei foi curto		
<b>Em relação ao seu dentista:</b>		
Eu me senti a vontade contando minhas preocupações/problemas para ele/ela.		
O(A) dentista entendeu tudo o que eu falei		
Eu entendi tudo o que o(a) dentista me falou		
Se fosse possível eu não mudaria de dentista		
<b>Em relação ao tratamento recebido no dentista:</b>		
Resolveu o meu problema/queixa		
Não demorou mais do que era esperado		
Não criou um novo problema que eu não tinha		

17. Algumas pessoas tem problemas que podem ter sido causados pelos dentes. Das situações abaixo, quais se aplicam a você? (Marque com X na coluna correspondente)	Não	Sim	Não Sei
<b>Nos últimos 6 meses</b> , você teve dificuldade para comer por causa dos dentes ou sentiu dor nos dentes ao tomar líquidos gelados ou quentes?			
<b>Nos últimos 6 meses</b> , os seus dentes te incomodaram ao escovar?			
<b>Nos últimos 6 meses</b> , os seus dentes o deixaram nervoso (a) ou irritado (a)?			
<b>Nos últimos 6 meses</b> , deixou de sair, se divertir, ir a festas, passeios por causa dos seus dentes?			
<b>Nos últimos 6 meses</b> , deixou de praticar esportes por causa dos seus dentes?			
<b>Nos últimos 6 meses</b> , teve dificuldade para falar por causa dos seus dentes?			
<b>Nos últimos 6 meses</b> , os seus dentes o fizeram sentir vergonha de sorrir ou falar?			
<b>Nos últimos 6 meses</b> , os seus dentes atrapalharam para estudar/trabalhar ou fazer tarefas da escola /trabalho?			
<b>Nos últimos 6 meses</b> , deixou de dormir ou dormiu mal por causa dos seus dentes?			

18. Com relação aos seus dentes, você está:

- ( ) Muito satisfeito ( ) Satisfeito ( ) Nem satisfeito nem insatisfeito ( ) Insatisfeito ( ) Muito insatisfeito