

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE SAÚDE E TECNOLOGIA RURAL
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
BACHARELADO EM ODONTOLOGIA

ANA AMÉLIA BARROS JACINTO

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM CRIANÇAS DE ESCOLAS
PÚBLICAS DA CIDADE DE PATOS-PB QUE APRESENTAM EROÇÃO
DENTÁRIA**

PATOS – PB
2017

ANA AMÉLIA BARROS JACINTO

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM CRIANÇAS DE ESCOLAS
PÚBLICAS DA CIDADE DE PATOS-PB QUE APRESENTAM EROÇÃO
DENTÁRIA**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à Coordenação do curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG como parte dos requisitos para a obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Orientadora: Prof^a. Dra. Gymenna Maria Tenório Guênes.

PATOS – PB
2017

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DO CSRT DA UFCG

J12a

Jacinto, Ana Amélia Barros

Avaliação da qualidade de vida em crianças de escolas públicas da cidade de Patos-PB que apresentam erosão dentária / Ana Amélia Barros Jacinto. – Patos, 2017.

52f.; il.;Color.

Trabalho de Conclusão de Curso (Odontologia) – Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Saúde e Tecnologia Rural, 2017.

"Orientação: Profa. Dra. Gymenna Maria Tenório Guênes."

Referências.

1. Erosão dentária. 2. Qualidade de vida. 3. Dentística. I. Título.

CDU 616.314: 616-036.22

ANA AMÉLIA BARROS JACINTO

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM CRIANÇAS DE ESCOLAS
PÚBLICAS DA CIDADE DE PATOS-PB QUE APRESENTAM EROSÃO
DENTÁRIA**

Trabalho de Conclusão de Curso
(TCC) apresentado à
Coordenação do curso de
Odontologia da Universidade
Federal de Campina Grande -
UFCG como parte dos requisitos
para a obtenção do título de
Bacharel em Odontologia.

Data de aprovação: 23/03/2017

BANCA EXAMINADORA

Gymenna Maria Tenório Guênes

Profª. Drª. Gymenna Maria Tenório Guênes – Orientadora
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG

Elizandra S. da Penha

Profª. Msc. Elizandra Silva da Penha – 1º Membro
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG

Camila Helena Machado da Costa Figueiredo

Profª. Drª. Camila Helena Machado da Costa Figueiredo – 2º Membro
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG

Ao meu bom e amado Deus, por ser minha fortaleza.

À minha mãe, exemplo de mulher e de força, Maria do Socorro Barros.

*À minha avó, a quem tem o meu amor mais puro, Ana Barros de Araújo (in
memorian)*

*Aos meus irmãos, que em nenhum momento me desampararam, Jaffy, Joerlly e
Jonathan.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu bom e amado Deus, meu maior incentivador e quem me permitiu chegar até aqui. Obrigada Pai, pelo seu amor incondicional por mim e por toda a minha família. A caminhada não foi nada fácil, mas sempre soube que Aquele que cuida de mim, jamais me desampararia. Agradeço também à minha amada MÃE, a Virgem Maria que intercedeu por mim, junto ao Pai.

À minha família, tios, primos, avós das famílias BARROS e JACINTO, por ser minha base e por me ajudarem na concretização deste sonho.

À minha amada avó, Ana Barros de Araújo (*in memoriam*), que foi/é/será o meu amor. Sinto tanta sua falta e sei que a senhora está bem feliz aí de cima por ver que eu estou conseguindo realizar meu sonho. Como eu queria que a senhora estivesse aqui, me vendo enfim formada, mas o Senhor a quis perto d'ELE antes que isso acontecesse e estou aprendendo a caminhar mesmo sem a sua presença física, Vó. Não consigo dizer por escrito o quanto a senhora é especial em minha vida, mas tenho certeza que sabes do meu coração e da nossa conexão, que certamente veio de outras vidas. Enfim, muito obrigada Vó, por ter sido e por continuar sendo luz em minha vida e na vida da nossa família. Prometo fazer tudo com amor, como a senhora e minha mãe me ensinaram. Te amo e te amarei até meu último suspiro. Sinto saudades. Um beijo e um abraço bem gostoso do jeito que costumávamos dar. <3

Ao meu Pai, Cícero Jacinto da Silva, por me ajudar nesta caminhada e por me apoiar ao longo de toda a vida. Te amo, pai.

À minha mãe, Maria do Socorro Barros, que é o meu exemplo de vida, de força e de garra. É a mulher mais forte que conheço e por quem eu quero estar sempre procurando ser melhor, quero mostrar que todo o esforço que fez valeu a pena. Obrigada mainha, por não ter medido esforços para me dar uma boa educação, por me ensinar que nesta vida temos que ter princípios, valores e muito amor no coração, por ser tão maravilhosa e por sempre me apoiar e me ajudar a seguir meu sonho, sei que a vontade da senhora era que eu ficasse sempre por perto, mas mesmo assim a permitiu que eu voasse. Te amo muito!

Aos meus irmãos, Jaffy, Joerlly e Jonathan, por serem verdadeiros IRMÃOS, por mostrarem que os laços de sangue são realmente muito fortes, por terem mostrado que família de verdade é aquela que se ajuda, que faz de tudo para ver o outro bem. Obrigada aos meus irmãos, por me incentivarem e por mostrarem nos olhos todo o carinho que temos um pelo outro. Por terem me dado dois sobrinhos lindos, Caio e Hienzo que são minha maior diversão. Amo vocês demasiadamente.

Ao meu namorado, Rafael Guimarães Veriato, por ser parte fundamental deste trabalho, me ajudando em formatação, em gráficos e tabelas (kkkkk) e fazendo sempre o maior esforço para me ajudar, mesmo não sendo da área. Obrigada por ser meu incentivador nato, por ser meu ponto de equilíbrio, minha calma, por estar comigo durante esses cinco anos, nunca me deixando desanimar. Agradeço pela paciência e por todo amor. Te amo, Vida!

Aos amigos da graduação, a quem levarei em meu coração para sempre: Brenda Inácio, Crísley Luanna, Danilo Almeida, Diego Silveira, Gilberto Filho, Iana Gonçalves, Ivanildo Júnior, Jéssica Borges, Kyara Dayse, Leokádia Monise. Obrigada por tornarem os meus dias durante esses anos mais divertidos, por tornarem o fardo menos pesado. Desejo o sucesso profissional a cada um de vocês, saibam que cada um tem um espaço guardado em meu coração.

Às minhas amigas do Colégio Diocesano, Flávia Riccelli e Daniela Batista, onde coincidentemente acabamos seguindo o mesmo caminho: ODONTOLOGIA-UFCG. Flávia, já está inserida no mercado de trabalho, daqui uns meses sou eu e a próxima será Dani. Que Deus nos reserve mais surpresas boas como esta e que a nossa amizade, assim como tem sido, esteja sempre protegida pelas bênçãos de Deus. Amo vocês!

Aos amigos do Milindra II, Gilberto, Diego e Roberta, por terem sido verdadeiros irmãos em Patos/PB. Sou infinitamente grata por terem vocês durante este tempo e os levarei em meu coração sempre. Sentirei saudades da convivência diária.

À todos os amigos da turma 2012.1, por todo companheirismo durante este tempo.

À minha orientadora, Gymenna Tenório, por não ser apenas uma orientadora, mas sim uma verdadeira amiga. Obrigada professora, por todas as

conversas, pelos conselhos, pela tranquilidade que sempre me transmitiu, pelas oportunidades, pelo carinho, pelo profissionalismo, enfim obrigada por ser exatamente como a senhora é. Desejo que a sua vida seja coberta de mais bênçãos ainda e que Deus abençoe a todos da sua família. Tenho um carinho imenso pela senhora. Super beijo!

Às professoras, Camila Helena e Elizandra Penha, que compõem a minha banca e que são seres humanos espetaculares. Obrigada professoras, por todo o carinho e atenção que sempre tiveram comigo. Que Deus abençoe ainda mais as suas vidas. Super beijo!

A todos os professores da Universidade Federal de Campina Grande, campus Patos/PB por terem dado o melhor de si e por todo o conhecimento repassado ao longo destes anos. Levarei comigo todos os ensinamentos que aprendi. Meu muito obrigada!

A todos que não citei, mas que contribuíram direta ou indiretamente para a realização deste sonho, o meu muito obrigada do fundo do coração.

As bênçãos estão só começando!

TODA HONRA E TODA GLÓRIA SEJAM DADAS A TI, SENHOR!

Não se deixe dominar pela tristeza, nem se aflija com preocupações. Alegria do coração é vida para o homem, e a satisfação lhe prolonga a vida.”

Eclesiástico 30, 21-22

JACINTO, A. A. B. **Avaliação da qualidade de vida em crianças de escolas públicas da cidade de Patos-pb que apresentam erosão dentária.** Patos, Paraíba. Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, 2017, 52p.

RESUMO

Dentre as lesões não cariosas em dentes, a erosão dentária tem demonstrado um aumento significativo frente às mudanças de hábitos alimentares nos indivíduos, principalmente as crianças. Este trabalho teve por objetivo determinar se existe relação entre a erosão dental e a qualidade de vida de crianças. O estudo foi do tipo transversal e descritivo. Foram avaliadas 203 crianças de escolas públicas da cidade de Patos-Paraíba, com faixa etária entre 6-12 anos de idade e com amostragem não probabilística: por conveniência. Durante a realização do exame clínico as crianças diagnosticadas com erosão dental (O'Sullivan) responderam um questionário sobre a qualidade de vida, OHIP-14, o qual era subdivido em sete domínios com escores variando de 0-4. Das 203 crianças avaliadas, 89 (43,8%) apresentaram erosão dentária categorizada em: alta severidade (5,61%); média severidade (61,79%); e baixa severidade (32,6%), segundo o índice O'Sullivan. O gênero feminino apresentou a maior prevalência (52,8%). Após aplicação do questionário do OHIP-14, referente a qualidade de vida, o segundo domínio, dor física, apresentou um maior número de crianças associadas a este e com o escore 3 (30,86%). Conclui-se que a erosão dentária possa influenciar negativamente na qualidade de vida das crianças.

Palavras-chave: Erosão dentária. Qualidade de vida. Dentística.

ABSTRACT

EVALUATION OF QUALITY OF LIFE IN CHILDREN OF PUBLIC SCHOOLS IN THE CITY OF PATOS-PB WHO PRESENTING DENTAL EROSION

Among the non-carious injuries in teeth, the dental erosion has shown a significant increase due to the changes in eating habits of individuals, especially children. This study aimed to determine whether there is a relationship between dental erosion and the quality of life of children. The study was cross-sectional and descriptive. 203 children from public schools in the city of Patos-PB were evaluated, aged between 6-12 years old, and with non-probability sampling: for convenience. During the clinical examination the children diagnosed with dental erosion (O'Sullivan) answered a questionnaire about quality of life, OHIP-14, which was subdivided into seven domains with scores ranging from 0-4. Of the 203 children studied, 89 (43.8%) had dental erosion which was categorized in: high severity (5.61%); medium severity (61.79%); and low severity (32.6%), according to O'Sullivan index. The prevalence was to females (52.8%). After the application of the questionnaire OHIP-14, regarding to quality of life, the second domain, physical pain, had the highest number of children associated to it and with the score 3 (30.86%). It was concluded that the dental erosion may negatively influence the quality of life of children.

Keywords: Dental erosion. Quality of life. Operative dentistry

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição da frequência dos valores do OHIP-14 por item.....37

Tabela 2. Frequência do impacto do OHIP-14 distribuído por domínios.....38

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

ABNT- Associação Brasileira de Normas Técnicas

et al.- Colaboradores

JAC- Junção Amelocementária

LCNC's- Lesões Cervicais Não Cariosas

OHIP- Oral Health Impact Profile

OMS- Organização Mundial de Saúde

PB- Paraíba

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	15
2.1 LESÕES CERVICAIS NÃO CARIOSAS.....	15
2.2 EPIDEMIOLOGIA DA EROSÃO DENTAL NO BRASIL.....	18
2.3 ÍNDICE O’SULLIVAN.....	18
2.4 QUALIDADE DE VIDA.....	19
2.5 OHIP- 14.....	20
REFERÊNCIAS	21
3 ARTIGO	28
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
ANEXO A – Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	43
ANEXO B – Questionário OHIP	46
ANEXO C – Normas para Submissão como Capítulo do Livro “Odontologia- os Desafios da Interdisciplinaridade	48
APÊNDICE A –Termo de Assentimento	50
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	51
APÊNDICE C – Termo de Compromisso do Pesquisador	52

1 INTRODUÇÃO

Os hábitos alimentares mudaram e com eles os problemas de saúde bucal que se relacionam com a odontologia. Por muito tempo, a doença cárie se apresentou como principal atenção, porém a mesma vem reduzindo a sua prevalência e refletindo em uma maior longevidade dos dentes. Na cavidade bucal, os elementos dentários estão submetidos a diferentes intempéries bucais, fazendo com que estes se tornem muito mais passíveis de desenvolvimento de lesões cervicais não cariosas, a exemplo da erosão dental, que é conceituada como a desmineralização irreversível do esmalte e/ou dentina, pela saída dos produtos inorgânicos dos tecidos dentários, devido a ação de ácidos de origem não bacteriana (MORIMOTO *et al.*, 2014).

Pesquisas referentes à saúde bucal fornecem informações importantes sobre a situação bucal da população e contribuem para a conscientização do problema entre os profissionais (MURAKAMI *et al.*, 2016). Estudos sugerem que em indivíduos jovens, a prevalência de erosão dentária tem aumentado gradativamente (TRUIN *et al.*, 2005; LUSSI, 2006), estando este fato associado à estilo de vida e mudanças nutricionais (FERREIRA; POZZOBON, 2009). Por esse aspecto, a forma mais comum de desgaste dentário na infância é a erosão (MAY; WATERHOUSE, 2003) atingindo tanto a dentição decídua quanto a permanente (PERES; ARMÊNIO, 2006).

A erosão dental tem crescido significativamente em crianças e adolescentes (CHADWICK *et al.*, 2006). De acordo com Huang *et al* (2015) a prevalência de erosão dentária tem aumentado com o avançar da idade. Os seus sinais clínicos em estágio inicial que são facilmente identificados, incluem: uma superfície dental com lisura e brilho aumentados e o amarelamento dos dentes em virtude da diminuição da espessura do esmalte (VAILATI; BEUSER, 2010). O primeiro passo na erosão dentária é a dissolução parcial da superfície do dente por ácidos, que pode ser ocasionado a partir de derivados do conteúdo gástrico por regurgitação, mas normalmente por componentes de produtos alimentares ácidos, especialmente refrigerantes, além de sucos de frutas (JONES *et al.*, 2014). Alguns estudos mostraram que fatores como pH baixos de medicamentos (HEMINGWAY *et al.*, 2006) e o cloro de piscinas em crianças que fazem natação (DONOVAN; SWIFT, 2009) também podem contribuir para o aparecimento da erosão, logo conclui-se que é uma doença multifatorial (VARGAS-FERREIRA; PRAETZEL; ARDENGHI, 2011).

Os fatores etiológicos relacionados foram classificados em extrínsecos (exposição ácida pela dieta) e intrínsecos (refluxos gástricos, anorexia e bulimia nervosa) (LUSSI; JAEGGI, 2008).

As consequências da erosão são variáveis, em virtude dos agentes etiológicos envolvidos, bem como da intensidade de sua presença, implicando desde a destruição coronária até a perda precoce do elemento dentário em casos mais severos. Essa situação pode, além disso, afetar o correto desenvolvimento das funções fonéticas e mastigatórias (WIEGAND *et al.*, 2006), que podem estar associada ao desconforto e à sintomatologia dolorosa (LUSSI; SCHAFFNER; JAEGGI, 2007), fratura de esmalte, sensibilidade dentária e alterações estéticas (KAZOULLIS *et al.*, 2007), as quais podem impactar negativamente a autopercepção sobre saúde bucal e qualidade de vida dos indivíduos afetados (AL-OMIRI; LAMEV; CLIFFORD, 2006; GHERUNPONG; TSAKOS; SHEIHAM, 2004; GHERUNPONG; SHEIHAM; TSAKOS, 2006).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define qualidade de vida como a percepção individual de vida num contexto de cultura e sistemas de valores em que se vive e o inter-relacionamento dos objetivos, expectativas, padrões e interesses (WHO, 1995). De acordo com Silva, Valseki Júnior (2000), qualidade de vida trata-se de um contexto extenso, incorporando aspectos individuais de saúde física, estado psicológico, nível de dependência, relações sociais, crenças pessoais e sua relação e características de desenvolvimento.

Nas últimas décadas, inúmeras medidas foram desenvolvidas para avaliar o impacto das condições bucais na qualidade de vida (FERREIRA, 2009), a exemplo do Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI) desenvolvido para serem aplicados somente em idosos e do Oral Health Impact Profile (OHIP-14), um dos mais utilizados. Diante do exposto, o presente estudo tem por objetivo avaliar a relação da erosão dentária com a qualidade de vida em escolares na cidade de Patos/Paraíba.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 LESÕES CERVICAIS NÃO CARIOSAS (LCNC's)

As lesões cervicais dentárias são defeitos cervicais causados pelo desaparecimento gradual e irreversível de tecido dentário na junção amelo-cementária. Podem ser classificadas como: cariosas e não cariosas. A diferença está entre os fatores causais. Enquanto que as lesões cariosas decorrem da ação bacteriana, as não cariosas têm sua etiologia sem envolvimento bacteriano, podendo ser subdivididas em: abrasão, abfração e erosão. A evolução destas lesões resulta em exposição dentinária (e em casos mais severos, podem resultar em exposição pulpar), gerando portanto sensibilidade dentária e desconforto do ponto de vista estético ao paciente (TEIXEIRA; 2013; TORRES *et al.*, 2010).

Apesar de ainda ter muitas controversas quanto a etiologia, as LCNC's têm como hipótese mais bem aceita pela comunidade científica a questão multifatorial (BENAZZI *et al.*, 2013). De acordo com Grippo e OH (2013), os mecanismos que compõem estas alterações podem agir na estrutura dental de forma individual ou em conjunto.

As LCNC's apresentam influência de fatores etiológicos extrínsecos, intrínsecos, desgaste mecânico, trauma oclusal (TEIXEIRA, 2013; TORRES *et al.*, 2010; WEST; JOINER, 2014).

Diversos fatores podem levar ao surgimento das LCNC's, são estes: o consumo de bebidas ácidas, hábitos parafuncionais, oclusão traumática, desgaste mecânico dos tecidos dentários proveniente de escovação traumática associada ou não a dentifrícios abrasivos, clareamento dentário sem a supervisão de um profissional qualificado e o uso frequente de substâncias abrasivas (TEIXEIRA, 2013).

As características clínicas das LCNC's- abfração, abrasão e erosão dentária- são bem parecidas, o que mostra a importância de saber quais as suas diferenças, os dentes mais afetados e quais os hábitos dos pacientes que as podem desencadear para ser feito o correto diagnóstico (CAVACO, 2015).

Dando início à subdivisão destas lesões, tem-se a abrasão, que surge devido ao desgaste patológico ocasionado pelo uso de forças mecânicas anormais, não

relacionadas com a oclusão, como: uso de objetos na boca em contato com os dentes de forma repetitiva, a exemplo de procedimentos de higienização bucal traumáticos- escovas com cerdas duras e dentifrícios abrasivos-que vão depender da frequência, tempo e força aplicada durante o processo de escovação. Nas áreas proximais dos dentes, atenta-se para o uso de palitos de dente e fio dental, principalmente quando associados a substâncias abrasivas. Também podem estar associadas às raspagens e curetagens periodontais. Clinicamente, a abrasão apresenta-se semelhante a uma cunha, formato em “V”- em decorrência da constante fricção e a superfície apresenta aspecto duro, raso, contorno regular e polido (BARATIERI; MONTEIRO JR., 2010; BRAGA, 2005; PERES; ARMÊNIO, 2006).

A abrasão ocorre comumente nas superfícies expostas de dentes com recessão gengival, onde os elementos mais afetados são caninos e pré-molares devido à sua convexidade acentuada e sua proeminência na arcada. Lembrando que, pode acometer as diferentes áreas dos dentes. A região cervical é a mais afetada, e caso os tecidos duros sejam atingidos, poderá haver hipersensibilidade dentinária, exposição e necrose pulpar (AMARAL *et al.*, 2012; SCHNEIDER, 2010).

O primeiro passo como conduta básica para a medida preventiva ao surgimento da lesão é orientar o paciente acerca do uso correto da escova dental em associação a um dentifrício pouco abrasivo. Outra forma de prevenção refere-se à conduta do cirurgião-dentista ao fazer instrumentação no controle da doença periodontal. A sensibilidade, decorrente da exposição do tecido dentinário, pode ser tratada com a aplicação de agentes dessensibilizantes, laserterapia ou mesmo com a realização de restaurações em cimento de ionômero de vidro, resina composta ou amálgama de prata (BERNARDO, 2013; HOEPPNER; MASSAROLLO; BREMM, 2007).

No momento em que a abrasão destrói o esmalte da região cervical, causando perda da posição da JAC (Junção Amelocementária), porém com recessão gengival ausente ou muito pequena, a conduta é restaurar a substância dental perdida através de técnicas adesivas; caso haja perda de substância dental radicular por desgaste e recessão da margem gengival por vestibular, o tratamento indicado é o recobrimento radicular, através de enxerto de tecido conjuntivo (CAIRO *et al.*, 2010; CAIRO; PINI-PRATO, 2010; KASSAB; BADAWI; DENTINO, 2010).

A abfração é definida como sendo microfraturas do esmalte, oriundas da flexão dental ocasionada por interferências oclusais, apertamento ou esforço mastigatório, gerando portanto pressões repetitivas sobre os dentes. Clinicamente pode apresentar-se com formato de cunha, pires ou plana na região cervical, predominantemente na face vestibular, com bordas afiadas (CAVACO, 2015; SCHNEIDER, 2010).

O tratamento adequado para as abfrações é o ajuste oclusal e restaurações adesivas com cimento de ionômero de vidro (CIV) modificado por resina. O CIV convencional é um bom material, uma vez que possui boa taxa de retenção, porém não apresenta estética satisfatória (HEINTZE; RUFFIEUX; ROUSSON, 2010).

No que se refere à erosão dentária, esta trata-se da perda progressiva e irreversível dos tecidos duros do dente devido a um processo químico, ocasionado pela ação de soluções ácidas ou substâncias quelantes, onde não há envolvimento bacteriano e não está diretamente associada com fatores mecânicos, traumáticos ou caries dentárias (BERAR *et al.*, 2015). Seus sinais clínicos iniciais são: redução do brilho do esmalte, arredondamento das superfícies do dente, tornando-se polidas em decorrência da perda da anatomia. A evolução desta lesão pode levar à redução do tamanho do dente, em virtude da perda gradual da estrutura dentária, podendo gerar problemas estéticos, funcionais, perda da dimensão vertical e dor (CAVACO, 2015; CHEAIB; LUSSI, 2011). O tratamento é bem complexo, uma vez que eliminar a etiologia da lesão, pode envolver condições médicas, psicológicas e sociais (MESSIAS; SERRA; TURSSI, 2011).

É importante que as orientações sejam repassadas ao paciente, como: reduzir o consumo de substâncias ácidas, utilizar canudos, cujo objetivo é evitar o contato do líquido com os dentes, evitar fazer a escovação dos dentes após a ingestão do líquido, aconselhar o paciente a fazer bochechos com água após o consumo para reduzir a ação do ácido e a escovar os dentes somente após 30 minutos, visto que a ação do dentífrico abrasivo promove a aceleração da desmineralização (KINA *et al.*, 2015).

As opções de tratamento para as áreas com processos erosivos, vão variar dependendo do fator etiológico, da presença de sensibilidade e do comprometimento da estrutura dental. Pode ser feita apenas a reeducação alimentar, encaminhamento do paciente para os serviços psicológicos; estímulo do fluxo salivar, aplicação

agentes dessensibilizantes; laserterapia; prescrição de soluções remineralizadoras (soluções fluoretadas para bochecho, aplicação tópica de flúor ou enxaguatório a base de bicarbonato). Caso a área apresente grande destruição devido o processo erosivo, pode ser feita confecção de restaurações com materiais adesivos (CIV modificado por resina ou resina composta) (GANDARA; TRUELOVE, 1999; HOEPPNER; MASSAROLLO; BREMM, 2007).

2.2 EPIDEMIOLOGIA DA EROSÃO DENTAL NO BRASIL

Estudos como o de Jaeggi & Lussi (2006) mostraram que crianças com idade variando de 5 a 9 anos de idade, apresentaram erosão em 14% dos casos. Com o aumento da idade, esta prevalência tornou-se ainda maior, visto que as que apresentaram idade no intervalo de 9-17 anos, possuíam sinais de erosão dentária em 11 a 100% da amostra, mostrando que há maiores chances de apresentarem esta condição nesta faixa etária e confirmando o porquê de ter despertado o interesse de pesquisadores sobre esta condição, já que tem se tornado bastante comum na clínica odontológica (FARIAS *et al.*, 2013). Em indivíduos adultos, com idade entre 18-88 anos, a prevalência voltou a diminuir, variando de 4 a 82%. Quanto ao gênero mais afetado, algumas pesquisas mostram que não há uma diferença significativa entre eles (PERES *et al.*, 2005).

De acordo com Baier (2011), a maioria dos estudos que analisaram a relação entre prevalência de erosão e fatores socioeconômicos não encontraram nenhuma relação que fosse significativa entre ambos e embora a literatura aponte o status socioeconômico como um fator agravante na qualidade do processo erosivo, não há um consenso sobre este aspecto (MAGALHÃES *et al.*, 2009)

2.3 ÍNDICE O'SULLIVAN

Estudos como estes devem ser estimulados no Brasil, e para tanto o índice para verificar a prevalência e severidade da erosão dentária, deve ser de fácil compreensão e aplicação. Embora não exista até a presente data um índice universalmente aceito para avaliação dessa lesão, vários métodos tem sido propostos, com destaque para o índice de O'Sullivan, que avalia gravidade, severidade e extensão, e que vem sendo amplamente empregado para

levantamentos epidemiológicos semelhantes ao proposto na pesquisa em todo país (OLIVEIRA, 2011; MARQUES *et al.*, 2013).

Quanto a localização, o índice foi dividido em códigos, onde o código A indica presença da lesão apenas na face vestibular; código B, apenas na face palatina/lingual; código C, apenas na superfície incisal/oclusal; código D, superfície vestibular e incisal/oclusal; código E, superfície palatina e incisal/oclusal; código F, mais de duas superfícies. Quanto ao grau de severidade, foi representado por códigos, onde o código 0, indica esmalte normal; o código 1, esmalte alterado mas sem perda de controle; código 2, esmalte alterado com perda de contorno; código 3, perda de esmalte com exposição de dentina (visível limite amelodentinário); código 4, perda de esmalte e dentina além do limite amelodentinário; código 5, perda de esmalte e dentina com exposição pulpar; código 9, não analisado (devido restauração extensa ou outra condição). No que diz respeito à área da superfície afetada pela erosão, a divisão ocorreu em dois códigos. Código -, que indica que menos da metade da área foi afetada e código +, que indica que mais da metade da área foi afetada (O'SULLIVAN, 2000).

2.4 QUALIDADE DE VIDA

O termo “qualidade de vida” traz consigo um significado que vem sendo construído a partir dos reforços das ciências da saúde, seja no âmbito acadêmico, seja no conhecimento proveniente do senso comum. Sendo assim, este mesmo termo carrega, para alguns, um sentido genuinamente biológico (anatômico e fisiológico) e quando pensado a partir de noções mais ampliadas tendem a envolver outras esferas humanas igualmente importantes, como a questão social, cultural e psicológica. Avaliando portanto a qualidade de vida em seu âmbito mais amplo, esta pode ser refletida a partir de todas as ações do nosso dia-a-dia, resultando e sendo resultado de um estilo de vida (RIGONI *et al.*, 2017).

A qualidade de vida deve ser entendida como um fenômeno que possui relações com as diversas dimensões do ser humano. Desta forma não há como considerar apenas o aspecto individual ao tratarmos do assunto, uma vez que vivendo em sociedade, transita-se por diversos espaços sociais e influencia-se os

comportamentos uns dos outros seja no âmbito da família, da escola, do ambiente de trabalho e outros (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Os conceitos mais aceitos sobre qualidade de vida buscam dar conta de uma abundância de dimensões discutidas nas chamadas abordagens gerais. O principal exemplo que pode ser citado é o conceito preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) no qual qualidade de vida reflete a percepção dos indivíduos de que suas necessidades estão sendo satisfeitas (RIGONI *et al.*, 2017).

Todas as formas de apontar para a importância dos aspectos sociais, culturais e subjetivos, mostram o quanto pode ser reducionista um conceito de qualidade de vida que se restrinja aos aspectos biológicos. Pensando nisto, alguns estudos como Pereira, Teixeira & Santos (2012), apontam para a necessidade de aproximar as ciências humanas e os conceitos de qualidade de vida.

2.5 OHIP-14

O índice OHIP-14 é um dos mais utilizados e citados na literatura. Apresenta em sua estrutura domínios físicos, psicológicos e sociais (SLADE E SPENCER, 1994). A escala OHIP possui originalmente 49 itens que abordam sete domínios: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e desvantagem social. Este índice tem como característica a sua estruturação a partir da abordagem de formas negativas do aspecto de saúde. De acordo com Slade (1997), uma forma reduzida desse instrumento foi validada com 14 itens, mantendo duas perguntas referentes a cada um dos sete domínios. Essa escala apresenta-se tanto em estudos com adultos e idosos, quanto em estudos com crianças de até 12 anos (FERREIRA; LOUREIRO; ARAÚJO, 2004).

REFERÊNCIAS

AL-OMIRI, M.K.; LAMEV, P.J.; CLIFFORD, T. Impact of tooth wear on daily living. **Int J Prosthodont** .v.19, n.6, p.601-05, 2006

AMARAL, S. M. et al. Lesões não cariosas: o desafio do diagnóstico multidisciplinar. **Arquivos Int. Otorrinolaringol.**, São Paulo , v. 16, n. 1, p. 96-102, Mar. 2012.

BAIER, I.B.A. **Prevalência de erosão dental em crianças e adolescentes brasileiros: uma revisão de literatura**. 30f. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade do Vale do Itajaí, Santa Catarina. 2011.

BARATIERI, L. N.; MONTEIRO JR, S. **Odontologia restauradora: fundamentos e técnicas v. 1 e 2**. São Paulo: Santos, v. 1, p.739, 2010.

BENAZZI, S. et al. The evolutionary paradox of tooth wear: simply destruction or inevitable adaptation? **PloS one**, v.8, n.4, p.622, 2013.

BERAR, A. et al. Factors associated with localization of dental erosion in patients from two French medical centres. **Human & Veterinary Medicine**. v.7, n.2. p. 55- 58, 2015.

BERNARDO, L. P. Influência da raspagem e alisamento radicular na hipersensibilidade dentinária. **Braz J Periodontol**, v. 23, 2013.

BRAGA, S. Avaliação de bebidas com baixo pH e da ação simulada sobre os materiais restauradores utilizados em lesões cervicais não-cariosas. **Jornal Universidade de São Paulo**. v. 12, n.7, p. 12- 18. 2005.

CAVACO, G.S.P. **Lesões Cervicais Não Cariósicas: Abordagem Histórica, Características Clínicas, Hipersensibilidade e Tratamento**. Monografia (Mestrado em Medicina Dentária)- Universidade Fernando Pessoa. Porto.2015.

CAIRO, F. et al. Root coverage esthetic score after treatment of gingival recession: an interrater agreement multicenter study. **J Periodontol.** v. 81, n. 12, p. 1752-8, Dec., 2010.

CAIRO, F.; PINI-PRATO, G. P. A technique to identify and reconstruct the cemento-enamel junction level using combined periodontal and restorative treatment of gingival recession: a prospective clinical study. **Int J Periodontics Restorative Dent.** v. 30, n.6, p. 573- 81, Dec., 2010.

CHADWICK, B. L. et al. Non-carious tooth conditions in children in the UK, 2003. **Br Dent J.** v. 200, n. 7, p.379-384, 2006.

CHEAIB, Z.; LUSSI, A. Impact of acquired enamel pellicle modification on initial dental erosion. **Caries Res,** v. 45, n. 2, p. 107-12, 2011.

DONOVAN, T.; SWIFT JR, E.J. Dental erosion: Ask the experts. **Journal of Esthetic and Restorative Dentistry,** v.21, n.6, p.359-364, 2009.

FARIAS, M. M. A. G. et al. Prevalência da erosão dental em crianças e adolescentes brasileiros. **SALUSVITA,** v. 32, n. 2, p. 187-198, 2013.

FERREIRA, F.V. **Impacto da Erosão Dentária na Qualidade de Vida relacionada à Saúde Bucal de Escolares.** 88f. Tese (Mestrado)-Curso de Odontologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Santa Maria, 2009.

FERREIRA, C.A.; LOUREIRO,C.A.; ARAÚJO, V.E. Propriedades psicométricas de indicador subjetivo aplicado em crianças. **Rev. Saúde Pública.**São Paulo. v.38, n.3, jun.2004.

FERREIRA, F. V.; POZZOBON, R. T. Processed dairy beverages pH evolution: consequences of temperature variation. **J Clin Pediatr Dent.** v. 33, n. 4, p.315-20, 2009.

GANDARA, B.K; TRUELOVE, E.L. Diagnosis and management of dental erosion. *J Contemp Dent Pract.* v.1, n.1, p.1-17. 1999.

GHERUNPONG,S. .; TSAKOS,G.; SHEIHAM, A. The prevalence and severity of oral impacts on daily performances in Thai primary school children . **Health and Quality of life Outcomes.** v.2, n.57, p.1-8, 2004.

GHERUNPONG, S.; SHEIHAM, A.; TSAKOS, G. A sociodental approach to assessing children's oral health needs: integrating and oral health –related quality of life (OHRQoL) measure into oral health service planning. . **Bull World Health Org.** v. 84, n.1, p.36-42, 2006.

GRIPPO, J.O.; OH, D.S. A classification of the mechanisms producing pathological tissue changes. **J Med Eng Technol.** v.37, n.4, p.259-63, 2013.

HEINTZE, S. D.; RUFFIEUX, C., ROUSSON, V. Clinical performance of cervical restorations--a meta-analysis. **Dent Mater.**, v. 26, n. 10, Out 2010.

HEMINGWAY, C.A. et al. Erosion of enamel by non-carbonated soft drinks with and without toothbrushing abrasion. **Brit Dent J.** v.201,n.7, p.447-50, 2006.

HOEPPNER, M.G.; MASSAROLLO, S.; BREMM, L.L. Considerações Clínicas das Lesões Cervicais Não Cariosas. **Biol. Saúde.** Ponta Grossa. v.13, n. 3, p. 81-86, set./dez. 2007.

HUANG, L.L. et al. Association of erosion with timing of detection and selected risk factors in primary dentition: a longitudinal study. **International Journal of Paediatric Dentistry.** v.25, p.165-173, 2015.

JAEGGI,T; LUSSI, A. Prevalence, incidence and distribution of erosion. **In: LUSSI, A. Dental erosion from diagnosis to therapy.** Switzerland: Karger. p.44-65. 2006.

JONES, SIÂN B. et al. Interactions between dodecyl phosphates and hydroxyapatite or tooth enamel: Relevance to inhibition of dental erosion .**Colloids and Surfaces B: Biointerfaces.** v.117, p.193-19. 2014.

KASSAB, M.M.; BADAWI, H.; DENTINO, A. R. Treatment of gingival recession. **Dent Clin North Am.** v. 54, n. 1, p. 129-40, Jan., 2010.

KAZOULLIS, S. et al. Common dental conditions associated with dental erosion in schoolchildren in Australia. **Pediatr Dent.** v. 29, n. 1, p.33-39,2007.

KINA, M. et al. Lesões cervicais não cariosas: protocolo clínico. **Health Invest** v. 4, n. 4, p. 21, 2015.

LUSSI, A. Dental erosion: from diagnosis to therapy. **Community Dental Oral Epidemiol.** v.24, n.5, p.398-99, 2006.

LUSSI,A.; SCHAFFNER, M.; JAEGGI, T. Dental erosion-diagnosis and prevention in children and adults. **Int Dent J.** v.57, n.6, p.385-398, 2007.

LUSSI, A.; JAEGGI, T. Erosion—diagnosis and risk factors. **Clin Oral Invest**12 (Suppl 1):S5–S13, 2008.

MARQUES, J. L. S. et al. Estudo piloto sobre prevalência de erosão dentária em escolares do município de João Pessoa, PB, Brasil no ano de 2013. **Brazilian Oral Research.** v. 27,n.1, p.242, 2013.

MAY, J.; WATERHOUSE, P. J. Dental erosion and soft drinks: a qualitative assessment of knowledge, attitude and behavior using focus groups of schoolchildren. A preliminary study. **Int J Paediatr Dent.** v. 13, n.6, p.425-433, 2003.

MESSIAS, D. C. F.; SERRA, M. C.; TURSSI, C. P. Strategies for prevention and control of dental erosion. **Rev Gaucha Odontol.** Porto Alegre., v. 59, p.7-13. 2011.

MINAYO, M. C.S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**; Rio de Janeiro; v.5, n.1, p.7-18, 2000.

MORIMOTO, S. et al. Dental Erosion: etiology, mechanisms and implications, **Journal of Bi dentistry and Biomaterials**.v.4,p.06- 44 , 2014.

MURAKAMI, C. et al. Trends in the prevalence of erosive tooth wear in Brazilian preschool children. **International Journal of Paediatric Dentistry**. v.26, p.60-65, 2016.

OLIVEIRA, P.A.D. **Erosão dentária em crianças diagnosticadas com a doença do refluxo gastroesofágico**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

O'Sullivan, E.A. A new index for the measurement of erosion in children. **Eur J Paediatr Dent**. v.2, p.69-74. 2000.

PEREIRA, E. F.; TEIXEIRA, C.S.; SANTOS, A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Rev. bras. Educ. Fís. Esporte**; São Paulo; v.26, n.2, p.241-50, 2012.

PERES, K.G. et al. Dental Erosion in 12 year-old schoolchildren: a cross sectional study in Southern Brazil. **Inter J Paediatr Dent**. v. 15, p.249-255. 2005.

PERES, K.G.; ARMÊNIO, M. F. Erosão Dental. **In: Antunes JLF, Peres MA.(Org.). Fundamentos da Odontologia: epidemiologia da saúde bucal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, cap. 15. p. 195-204. 2006.

RIGONI, A. C. C. et al. Relação entre a educação física escolar, as práticas corporais e a qualidade de vida. **Revista CPAQV**. v.9, n.1.p.1-19. 2017.

SCHNEIDER, T. K. **Lesões cervicais e hipersensibilidade dentinária**. Disponível em URL: <http://www.webodonto.com/html/artigo02.htm>. 2010. Acesso em: 12 de agosto de 2016.

SILVA, R. S. C.; VALSEKI JUNIOR, A. Avaliação da condição de saúde bucal dos idosos em um município brasileiro. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 8, n. 4, p. 268-271, 2000.

SLADE, G.D.; SPENCER, A.J. Social impact of oral conditions among older adults. **Australian Dent**, v.6, p.358-364, 1994.

SLADE, G.D. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. **Community Dental Oral Epidemiol.** v.25, p.284-290, 1997.

TEIXEIRA, A. **Lesões Cervicais Não Cariosas-Revisão Bibliográfica**. Monografia (Mestrado em Medicina Dentária)- Universidade Fernando Pessoa. Porto, Dezembro. 2013. p.51.

The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. **Soc Sci Med**.v.41, p.1403-1409, 1995.

TORRES, C. P. et al. Surface and subsurface erosion of primary enamel by acid beverages over time. **Jornal Dental Brasileiro**, v.21, n.4, p.337-345, 2010.

TRUIN, G.J. et al. Caries trends 1996-2002 among 6- and 12-years-old children and erosive wear prevalence among 12-years-old children in The Hague. **Caries Res**.Hague, Holland. v.39, n.1, p.2-8, jan/feb. 2005.

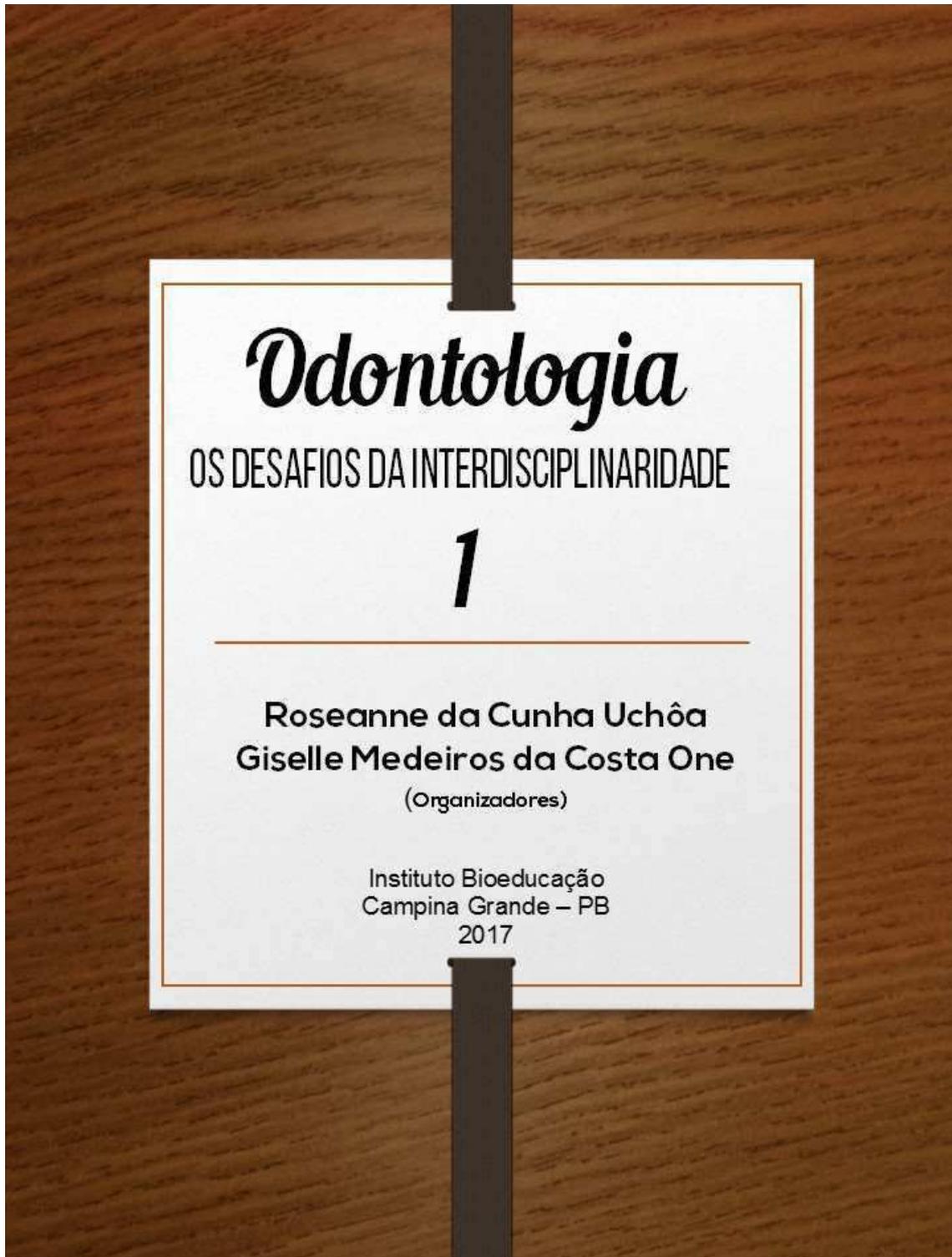
VARGAS-FERREIRA,F.; PRAETZEL, J.R.; ARDENGHI,T.M.; Prevalence of tooth erosion and associated factors in 11-14-year-old Brazilian schoolchildren. **J Public Health Dent**. Santa Maria, Brazil.v.71, n.1, p.6-12, 2011.

VAILATI, F.; BELSER, U. C. Classification and Treatment of the Anterior Maxillary Dentition Affected by Dental Erosion: The ACE Classification. **International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry**. v.30, n.6, p.558-571, dec. 2010.

WEST, N. X.; JOINER, A. Enamel mineral loss. **J Dent**. v. 42, n. 1, p. 2-11, 2014.

WIEGAND, A. et al. Prevalence of erosive tooth wear and associated risk factors in 2-7 year-old German kindergarten children. **Oral**.Go'ttingen, Germany. v. 12, n.2, p.117-124, 2006.

3 ARTIGO



SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	13
<hr/>	
PERCEPÇÃO DA VISÃO CRÍTICO-REFLEXIVA DOS ALUNOS DE GRADUAÇÃO NO ESTÁGIO REGIONAL INTERPROFISSIONAL ANTES E APÓS A VIVÊNCIA	13
CAPÍTULO 2	29
<hr/>	
EFICÁCIA DA FOTOCOAGULAÇÃO COM LASER DE ALTA POTÊNCIA SOBRE TRATAMENTO DE MALFORMAÇÕES VASCULARES: REVISÃO DE LITERATURA	29
CAPÍTULO 3	49
<hr/>	
AUTOAVALIAÇÃO CRÍTICA DA ESTÉTICA DO SORRISO DOS ALUNOS DE ODONTOLOGIA	49
CAPÍTULO 4	68
<hr/>	
EFEITO DE DIFERENTES BEBIDAS NA ESTABILIDADE DA COR E NA RUGOSIDADE SUPERFICIAL DE NANOCOMPÓSITO	68
CAPÍTULO 5	83
<hr/>	
EXTRUSÃO RADICULAR FORÇADA COMO TRATAMENTO PARA FRATURA CORONO RADICULAR: RELATO DE CASO CLÍNICO	83
CAPÍTULO 6	100
<hr/>	

AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DE PACIENTES DIABÉTICOS ATENDIDOS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE A RELAÇÃO BIDIRECIONAL ENTRE DIABETES E DOENÇA PERIODONTAL	100
<u>CAPÍTULO 7</u>	118
A FOTOTERAPIA NO TRATAMENTO DA SÍNDROME DA ARDÊNCIA BUCAL: RELATO DE CASO	118
<u>CAPÍTULO 8</u>	132
ESTUDO COMPARATIVO DOS EFEITOS DO CLAREAMENTO SOBRE O ESMALTE DENTAL, PELA ASSOCIAÇÃO DE TÉCNICAS CLAREADORAS	132
<u>CAPÍTULO 9</u>	150
CONHECIMENTO DE PACIENTES DIABÉTICOS SOBRE A RELAÇÃO DA DOENÇA PERIODONTAL E O DIABETES MELLITUS	150
<u>CAPÍTULO 10</u>	168
PROTÓCOLOS DE TRATAMENTO PARA INFECÇÃO DE HERPES SIMPLES DE INTERESSE À ODONTOLOGIA	168
<u>CAPÍTULO 11</u>	193
EFEITO DE DIFERENTES SOLUÇÕES ENDODÔNTICAS NA MICRODUREZA DA DENTINA RADICULAR	193
<u>CAPÍTULO 12</u>	212
APLICABILIDADE DOS LASERS DE BAIXA INTENSIDADE NA ORTODONTIA	212

<u>CAPÍTULO 13</u>	<u>236</u>
ALTERAÇÕES BUCAIS EM PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS QUE FREQUENTAM O CACE DE CAMPINA GRANDE-PB	236
<u>CAPÍTULO 14</u>	<u>250</u>
VIOLÊNCIA E MAUS TRATOS NA INFÂNCIA: UM ESTUDO NA GEMOL DO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA	250
<u>CAPÍTULO 15</u>	<u>267</u>
AVALIAÇÃO DO MÉTODO DE GREULICH E PYLE NA DETERMINAÇÃO DA IDADE ÓSSEA E A IDADE CRONOLÓGICA EM RADIOGRAFIAS DE MÃO E PUNHO	267
<u>CAPÍTULO 16</u>	<u>281</u>
HIPERTROFIA DO MÚSCULO MASSETER: RELATO DE CASO	281
<u>CAPÍTULO 17</u>	<u>298</u>
AVALIAÇÃO DA RUGOSIDADE E MICRODUREZA SUPERFICIAL EM RESINAS COMPOSTAS SUBMETIDAS AO CLAREAMENTO DENTAL	298
<u>CAPÍTULO 18</u>	<u>317</u>
COMPORTAMENTO DO PROTESISTA FRENTE ÀS SUBSTÂNCIAS E MÉTODOS DE DESINFECÇÃO DE MOLDES	317
<u>CAPÍTULO 19</u>	<u>330</u>

CONDUTA DE PROFISSIONAIS ESPECIALISTAS EM PRÓTESE, ORTODONTIA E DTM FRENTE AO TRATAMENTO DO BRUXISMO	330
<u>CAPÍTULO 20</u>	<u>349</u>
PREVALÊNCIA DE DENTES SUPRANUMERÁRIOS PRESENTES EM RADIOGRAFIAS PANORÂMICAS	349
<u>CAPÍTULO 21</u>	<u>363</u>
CASUÍSTICA DAS PERÍCIAS DE ESTIMATIVA DE IDADE NO NÚCLEO DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL DE JOÃO PESSOA/PB	363
<u>CAPÍTULO 22</u>	<u>378</u>
CONHECIMENTO DAS GESTANTES SOBRE ATENÇÃO ODONTOLÓGICA NA GRAVIDEZ	378
<u>CAPÍTULO 23</u>	<u>395</u>
FLUORETAÇÃO DE ÁGUAS DE ABASTECIMENTO NO BRASIL: DESAFIOS E ESTRATÉGIAS DE VIGILÂNCIA	395
<u>CAPÍTULO 24</u>	<u>414</u>
AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM CRIANÇAS DE ESCOLAS PÚBLICAS DA CIDADE DE PATOS-PB QUE APRESENTAM EROSÃO DENTÁRIA	414
<u>CAPÍTULO 25</u>	<u>429</u>
QUEILOSCOPIA COMO MÉTODO DE IDENTIFICAÇÃO DE GÊMEOS MONOZIGÓTIOS	429

CAPÍTULO 24

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM CRIANÇAS DE ESCOLAS PÚBLICAS DA CIDADE DE PATOS-PB QUE APRESENTAM EROÇÃO DENTÁRIA

Ana Amélia Barros JACINTO¹

Diego Silveira de OLIVEIRA¹

Camila Helena Machado da Costa FIGUEIREDO²

Elizandra Silva da PENHA²

Gymenna Maria Tenório GUÊNES^{2,3}

¹ Graduandos do curso de Odontologia, UFCG; ² Professora do curso de Odontologia, UACB/UFCG; ^{2,3} Orientadora/Professora do curso de Odontologia, UACB/UFCG.

anaamellia02@hotmail.com

RESUMO: Dentre as lesões não cariosas em dentes, a erosão dentária tem demonstrado um aumento significativo frente às mudanças de hábitos alimentares nos indivíduos, principalmente as crianças. Este trabalho teve por objetivo determinar se existe relação entre a erosão dental e a qualidade de vida de crianças. O estudo foi do tipo transversal e descritivo. O presente estudo ocorreu entre o mês de agosto de 2015 e junho de 2016. Foram avaliadas 203 crianças de escolas públicas da cidade de Patos-PB, com faixa etária entre 6-12 anos de idade, e com amostragem não probabilística: por conveniência. Durante a realização do exame clínico as crianças diagnosticadas com erosão dental (O'Sullivan) responderam um questionário sobre a qualidade de vida, OHIP-14, o qual era subdividido em sete domínios com escores variando de 0-4. Das 203 crianças avaliadas, 89 (43,8%) apresentaram erosão dentária categorizada em: alta severidade (5,61%); média severidade (61,79%); e baixa severidade (32,6%), segundo o índice O'Sullivan. A prevalência foi para o gênero feminino (52,8%). Após aplicação do questionário do OHIP-14, referente a qualidade de vida, o segundo domínio, dor física, apresentou um maior número de crianças associadas a este e com o escore 3 (30,86%). Conclui-se que a erosão dentária possa influenciar negativamente na qualidade de vida das crianças.

Palavras-chave: Erosão dentária. Qualidade de vida. Dentística.

1 INTRODUÇÃO

Os hábitos alimentares mudaram e com eles os problemas de saúde bucal que se relacionam com a odontologia. Por muito tempo, a doença cárie se apresentou como principal atenção, porém a mesma vem reduzindo a sua prevalência e refletindo em uma maior longevidade dos dentes. Na cavidade bucal, os elementos dentários estão submetidos a diferentes intempéries bucais, fazendo com que estes se tornem muito mais passíveis de desenvolvimento de lesões cervicais não cariosas, a exemplo da erosão dental, que é conceituada como a desmineralização irreversível do esmalte e/ou dentina, pela saída dos produtos inorgânicos dos tecidos dentários, devido a ação de ácidos de origem não bacteriana. (MORIMOTO *et al.*, 2014).

Pesquisas referentes à saúde bucal fornecem informações importantes sobre a situação bucal da população e contribuem para a conscientização do problema entre os profissionais (MURAKAMI *et al.*, 2016). Estudos sugerem que em indivíduos jovens, a prevalência de erosão dentária tem aumentado gradativamente (TRUIN *et al.*, 2005; LUSI, 2006), estando este fato associado à estilo de vida e mudanças nutricionais (LUSI, 2006; LUSI; JAEGGI, 2008; AUAD; MOYNIHAN, 2007; FERREIRA; POZZOBON, 2009). Por esse aspecto, a forma mais comum de desgaste dentário na infância é a erosão (MAY; WATERHOUSE, 2003) atingindo tanto a dentição decídua quanto a permanente (PERES; ARMÊNIO, 2006).

A erosão dental tem crescido significativamente em crianças e adolescentes (CHADWICK *et al.*, 2006). De acordo com Huang (2015) a prevalência de erosão dentária tem aumentado com o avançar da idade. Os seus sinais clínicos em estágio inicial que são facilmente identificados incluem: uma superfície dental com lisura e brilho aumentados, e o amarelamento dos dentes em virtude da diminuição da espessura do esmalte (VAILATI; BEUSER, 2010). O primeiro passo na erosão dentária é a dissolução parcial da superfície do dente por ácidos, que pode ser ocasionado a partir de derivados do conteúdo gástrico por regurgitação, mas normalmente por componentes de produtos alimentares ácidos, especialmente refrigerantes, além de sucos de frutas (JONES *et al.*, 2014). Estudos atuais vem mostrando que fatores como pH baixos de medicamentos (HEMINGWAY *et al.*, 2006) e o cloro de piscinas em crianças que fazem natação (DONOVAN; SWIFT, 2009) também podem contribuir para o aparecimento da erosão, logo conclui-se que é uma doença multifatorial (VARGAS-FERREIRA; PRAETZEL; ARDENGHI, 2011; LUSI; JAEGGI, 2008). Os fatores etiológicos relacionados foram classificados em extrínsecos (exposição ácida pela dieta) e intrínsecos (refluxos gástricos, anorexia e bulimia nervosa) (LUSI; JAEGGI, 2008).

As consequências da erosão são variáveis, em virtude dos agentes etiológicos envolvidos, bem como da intensidade de sua presença, implicando desde a destruição coronária até a perda precoce do elemento dentário em casos mais severos. Essa situação pode, além disso, afetar o correto desenvolvimento das funções fonéticas e mastigatórias (WIEGAND *et al.*, 2006), que podem estar associada ao desconforto e à sintomatologia dolorosa (LUO *et al.*, 2005; LUSI; SCHAFFNER; JAEGGI, 2007; SIVASITHAMPARAM *et al.*, 2003), fratura de esmalte, sensibilidade dentária e alterações estéticas (KAZOULLIS *et al.*, 2007), as quais podem impactar negativamente a autopercepção sobre saúde bucal e qualidade de vida dos indivíduos afetados (GHERUNPONG; TSAKOS; SHEIHAM, 2004; GHERUNPONG; TSAKOS; SHEIHAM, 2006; AL-OMIRI; LAMEV; CLIFFORD, 2006).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define qualidade de vida como a percepção individual de vida num contexto de cultura e sistemas de valores em que se vive e o inter-relacionamento dos objetivos, expectativas, padrões e interesses. Trata-se de um contexto extenso, incorporando aspectos individuais de saúde física, estado psicológico, nível de dependência, relações sociais, crenças pessoais e sua relação e características de desenvolvimento. (WHO, 1995).

Nas últimas décadas, inúmeras medidas foram desenvolvidas para avaliar o impacto das condições bucais na qualidade de vida (FERREIRA, 2009), a exemplo do Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI) desenvolvido para serem aplicados somente em idosos. O índice OHIP-14 é um dos mais utilizados citados na literatura. E apresenta em sua estrutura domínios físicos, psicológicos e sociais (SLADE E SPENCER, 1994). A escala OHIP possui originalmente 49 itens que abordam sete domínios: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e desvantagem social. Este índice tem como característica a sua estruturação a partir da abordagem de formas negativas do aspecto de saúde. De acordo com Slade (1997), uma forma reduzida desse instrumento foi validada com 14 itens, mantendo duas perguntas referentes a cada um dos sete domínios. Essa escala apresenta-se tanto em estudos com adultos e idosos, quanto em estudos com crianças de até 12 anos, como é o caso do Ferreira (2004). Diante do exposto, o presente estudo tem por objetivo avaliar a relação da erosão dentária com a qualidade de vida em escolares na cidade de Patos/Paraíba.

2 MATERIAIS E MÉTODO

Este estudo foi do tipo transversal e descritivo, de modo que os dados foram analisados para assim obter o resultado da pesquisa através do exame da cavidade oral e posteriormente foram aplicados questionários referentes à qualidade de vida. O período de realização deste estudo ocorreu entre o mês de agosto de 2015 e junho de 2016.

O universo do estudo presente abrangeu os crianças da rede pública da cidade de Patos/PB, com faixa etária de 6-12 anos, que tinham interesse em participar de modo voluntário e apresentou assinatura do responsável no termo de consentimento livre esclarecido. O estudo foi autorizado pela Secretaria de Educação do município.

A amostra foi do tipo por conveniência, onde foram avaliados 203 estudantes e a partir dessa amostra foi feita a inferência dos resultados e levantamentos quantitativos.

A cidade de Patos foi escolhida por ser a de maior porte populacional do Sertão Paraibano e a 3ª cidade-pólo do Estado da Paraíba, considerando sua importância socioeconômica.

A cidade de Patos - Paraíba (PB) está localizado no sertão paraibano, distanciando-se da capital (João Pessoa) 298 km e possuindo 100.732 habitantes. O município, por sua situação geográfica no interior da Paraíba, se constitui num centro polarizador de uma vasta região interiorana do Estado, em torno do qual gravitam 50 municípios e para o qual convergem os interesses de uma parcela bastante significativa da população.

Os participantes foram abordados nas escolas públicas, e receberam previamente, informações pertinentes à pesquisa.

Foi feito o levantamento do perfil dos escolares através da avaliação clínica diagnosticada pelo índice O'Sullivan que avalia critérios como gravidade, extensão e localização da erosão. Esse índice avalia todas as faces do elemento dental sendo ele o mais indicado para esse tipo de avaliação. O exame clínico foi realizado nas escolas, seguindo às normas de biossegurança com o uso de gorro, máscara, luvas descartáveis, sob luz natural e com a criança sentada em uma carteira escolar. Após a presença confirmada da erosão dentária, foram aplicados questionários da escala OHIP, referentes à qualidade de vida, que é composto por 14 questões, onde aborda os seguintes aspectos: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e desvantagem social, apresentando escores que variam de 0-4.

Todos os participantes apresentaram o termo de consentimento livre e esclarecido assinado pelos responsáveis, concordando com a participação no presente estudo.

Os alunos foram escolhidos aleatoriamente e mediante a assinatura dos responsáveis no TCLE foram submetidos ao exame clínico. Aqueles que foram diagnosticados com erosão dentária através do índice O'Sullivan, responderam ao questionário referente à qualidade de vida- OHIP-14, cujo objetivo é saber se os escolares que apresentaram a condição de erosão dentária tiveram algum tipo de impacto na sua qualidade de vida.

O pátio das escolas foi o local de escolha para ser feito o exame clínico, visto que apresenta luz natural, facilitando portanto no diagnóstico da erosão dentária. A luz artificial poderia ocasionar possíveis distorções no momento do diagnóstico.

Os dados foram obtidos através de estatística simples com o auxílio do MicrosoftExcel.

Por envolver seres humanos, este estudo adotou a Resolução 466/12 do CNS (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012) que regulamenta a pesquisa em humanos, seguindo os preceitos da bioética, sendo devidamente registrado no SISNEP (Sistema Nacional de Ética em Pesquisa) e submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) via Plataforma Brasil, onde foi aprovado. Foi apresentado um termo de compromisso do pesquisador de acordo com essa resolução onde foram assumidas todas as responsabilidades e diretrizes regulamentadas Saúde/Ministério da Saúde.

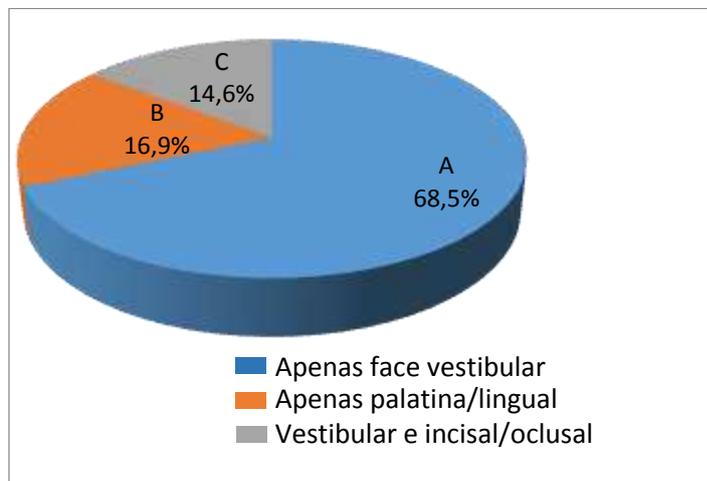
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram avaliados 203 participantes, dos quais 89 (43,8%) apresentaram algum grau de erosão dentária. A prevalência foi de 47 (52,8%) para o gênero feminino. Em contrapartida, no estudo de Manguiera *et al.*, 2009, o gênero que apresentou maior prevalência de erosão foi o masculino com 51,6%. A idade dos participantes variou de 06-12 anos.

Para a análise e diagnóstico da erosão dentária foi utilizado o índice O'Sullivan. De acordo com este índice 89 (43,8%) apresentaram erosão dentária

categorizada em: alta severidade(5,61%)- código 4; média severidade (61,79%)- código 2 e 3; e baixa severidade (32,6%)- código 1, levando em consideração os dados encontrados nesta pesquisa. No que diz respeito às faces atingidas: 68,5% apresentaram erosão apenas na face vestibular, 16,9% apenas na face lingual ou palatina e 14,6% na face vestibular e incisal/oclusal, representado pela figura 1. Cerca de 72% apresentaram menos da metade da área de superfície afetada. A faixa etária mais atingida pela erosão dentária foi compreendida entre 6-8 anos (76,4%).

Figura 1. Distribuição percentual de erosão dentária de acordo com as faces atingidas, índice O'Sullivan



Fonte: PROPEX/UFCG.

No presente estudo, a prevalência de erosão dentária foi de 43,8% podendo ser considerada elevada quando comparada ao estudo de Mangueira et al (2009) que apresentou prevalência de 21%, ao estudo de Truin *et al* (2005) com 24% e ao estudo de Peres *et al* (2005) com 13%. Estudos com prevalência maior que a encontrada neste estudo já foram relatadas por outros autores, como por exemplo, Murakami *et al* (2006) com 58% e Millward *et al* (1994) com 50%.

Ainda de acordo com o índice O'Sullivan, o grau de severidade, cujas porcentagens encontram-se logo acima, foi categorizado em: esmalte alterado, mas sem perda de contorno (29); esmalte alterado com perda de contorno (49); perda de esmalte com exposição de dentina (06) e perda de esmalte e dentina além do limite amelodentinário (05).

Após o exame clínico, os escolares responderam ao questionário referente à qualidade de vida- OHIP-14. O mesmo é composto por 14 perguntas apresentando escores que variam do 0-4 para cada uma, distribuídos em 7 domínios. O escore zero representa ausência de impacto, e o escore quatro, o de maior. A avaliadora

fez as perguntas individualmente, de maneira que nenhuma resposta fosse influenciada, adequando a linguagem para melhor compreensão de acordo com cada idade.

A tabela 1 mostra a distribuição da frequência dos valores do OHIP-14 por item aplicada em escolares com faixa etária entre 6-12 anos na cidade de Patos/PB, 2016.

Tabela 1. Distribuição da frequência dos valores do OHIP-14 por item

Perguntas	Nunca	Raramente	Às vezes	Repetidamente	Sempre
	0	1	2	3	4
	n (%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
01	78(88,7)	3(3,37)	0(0,0)	7(7,8)	1(1,1)
02	70(78,6)	4(4,5)	3(3,3)	11(12,3)	1(1,1)
03	39(43,8)	11(12,3)	3(3,3)	34(38,2)	1(1,1)
04	56(62,9)	10(11,2)	3(3,3)	17(19,1)	3(3,3)
05	56(62,9)	10(11,2)	4(4,5)	11(12,3)	8(8,9)
06	65(73,0)	6(6,7)	1(1,1)	15(16,8)	2(2,2)
07	65(73,0)	4(4,5)	1(1,1)	18(20,2)	1(1,1)
08	56(62,9)	7(7,8)	5(5,6)	21(23,5)	0(0,0)
09	66(74,1)	3(3,3)	4(4,5)	14(15,7)	2(2,2)
10	49(55,0)	9(10,1)	3(3,3)	19(21,3)	9(10,1)
11	57(64,0)	4(4,5)	5(5,6)	13(14,6)	11(12,3)
12	65(73,0)	2(2,2)	1(1,1)	17(19,1)	4(4,5)
13	71(79,7)	5(5,6)	2(2,2)	10(11,2)	1(1,1)
14	69(77,5)	5(5,6)	2(2,2)	11(12,3)	2(2,2)

Fonte: PROPEX/UFCG

Os itens referentes aos números da tabela correspondem às perguntas do questionário OHIP-14.

A primeira e a segunda pergunta fazem referência à limitação funcional, são elas: Você teve problemas para falar alguma palavra?; Você sentiu que o sabor dos alimentos mudou?; A terceira e quarta fazem referência à dor física, são elas: Você sentiu dores em sua boca e dentes?; Você se sentiu incomodado(a) ao comer?; A quinta e a sexta fazem referência ao desconforto psicológico, são: Você ficou preocupado(a)?; Você se sentiu estressado ?; A sétima e a oitava referem-se a incapacidade física: Sua alimentação ficou prejudicada?; Você teve que parar suas refeições?; As perguntas de número 9 e 10 referem-se à incapacidade psicológica: Você encontrou dificuldades para relaxar?; Você se sentiu envergonhado(a)?; As de número 11 e 12 fazem referência à incapacidade social: Você ficou irritado com outras pessoas?; Você teve dificuldades para realizar suas atividades?; e por fim, as perguntas de número 13 e 14 referem-se à desvantagem

social, são elas: Você sentiu que a vida ficou pior?; Você ficou totalmente incapaz de fazer suas atividades?

Lembrando que todas as perguntas eram direcionadas ao quesito erosão dentária.

A OHIP de número 3, foi a que apresentou maior porcentagem quando comparado a um escore que represente maior impacto.

A tabela 2 aponta a frequência do impacto do OHIP-14 categorizado por domínios.

Tabela 2. Frequência do impacto do OHIP-14 distribuído por domínios

Domínios	Impacto Frequência(%)
Limitação Funcional	11,22
Dor física	30,86
Desconforto psicológico	20,21
Incapacidade física	22,46
Incapacidade psicológica	19,71
Incapacidade social	25,27
Desvantagem social	13,47

Fonte: PROPEX/UFMG

Quanto aos domínios que compõem o OHIP-14, a dor física foi a que apresentou maior impacto quando comparado aos demais. Em sequência vem: incapacidade social e incapacidade física. Assim ocorreu também na pesquisa de Motta *et al* (2011) cujos domínios mais afetados foram dor física e incapacidade social, porém diferiu no quesito incapacidade física, visto que o terceiro domínio mais afetado desta pesquisa foi a incapacidade psicológica.

4 CONCLUSÕES

Conclui-se que a erosão dentária possa influenciar negativamente na qualidade de vida das crianças.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AL-OMIRI, M.K.; LAMEV, P.J.; CLIFFORD, T. Impact of tooth wear on daily living. **Int J Prosthodont** .v.19, n.6, p.601-05, 2006.
- AUAD, S. M. et al. Dental erosion amongst 13-and 14-year-old Brazilian Schoolchildren. **Int Dent J**. v.57, n.3, p.161-67, 2007.
- AUAD, S.; MOYNIHAN, P. Diet and dental erosion. **Quintessence Int**. v. 37, n. 2, p. 130-33. 2007.

- CHADWICK, B. L. et al. Non-cariou tooth conditions in children in the UK, 2003. **Br Dent J**. v. 200, n. 7, p.379-384, 2006.
- DONOVAN, T.; SWIFT JR, E.J. Dental erosion: Ask the experts. **Journal of Esthetic and Restorative Dentistry**, v.21, n.6, p.359-364, 2009.
- FERREIRA, C.A.; LOUREIRO,C.A.; ARAÚJO, V.E. Propriedades psicométricas de indicador subjetivo aplicado em crianças. **Rev. Saúde Pública**.São Paulo. v.38, n.3, jun.2004.
- FERREIRA, F.V. **Impacto da Erosão Dentária na Qualidade de Vida relacionada à Saúde Bucal de Escolares**.2009. 88f. Tese (Mestrado)-Curso de Odontologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Santa Maria, 2009.
- FERREIRA, F. V.; POZZOBON, R. T. Processed dairy beverages pH evolution: consequences of temperature variation. **J Clin Pediatr Dent**. v. 33, n. 4, p.315-20, 2009.
- HEMINGWAY, C.A.; PARKER, D.M; ADDYM; BARBOUR, M.E. Erosion of enamel by non-carbonated soft drinks with and without toothbrushing abrasion. **Brit Dent J**. v.201,n.7, p.447-50, 2006.
- JONES, SIÂN B. et al. Interactions between dodecyl phosphates and hydroxyapatite or tooth enamel: Relevance to inhibition of dental erosion .Colloids and Surfaces **B: Biointerfaces**. v.117, p.193-19 , 2014.
- GHERUNPONG, S.; SHEIHAM, A.; TSAKOS, G. A sociodental approach to assessing children's oral health needs: integrating and oral health –related quality of life (OHRQoL) measure into oral health service planning. . **Bull World Health Org**. v. 84, n.1, p.36-42, 2006.
- GHERUNPONG,S. .; TSAKOS,G.; SHEIHAM, A. The prevalence and severity of oral impacts on daily performances in Thai primary school children . **Health and Quality of life Outcomes**. v.2, n.57, p.1-8, 2004.
- HUANG, L.L. et al. Association of erosion with timing of detection and selected risk factors in primary dentition: a longitudinal study. **International Journal of Paediatric Dentistry**. v.25, p.165-173, 2015.
- LUO,Y. et al. The prevalence of dental erosion in preschool children in China. **J Dent** .Guanchi and Hubei. v.33, n.2, p.115-121, 2005.
- LUSSI, A. Dental erosion: from diagnosis to therapy. **Community Dental Oral Epidemiol**. v.24, n.5, p.398-99, 2006.
- LUSSI, A.; JAEGGI, T. Erosion—diagnosis and risk factors. **Clin Oral Invest**12 (Suppl 1):S5–S13, 2008.
- LUSSI,A.; SCHAFFNER, M.; JAEGGIT, T. Dental erosion-diagnosis and prevention in children and adults. **Int Dent J**. v.57, n.6, p.385-398, 2007.
- MANGUEIRA, DFB. et al. Prevalência e fatores associados à erosão dentária em escolares de João Pessoa. **Ciências Saúde**. João Pessoa. v.20, n.1, p.29-36, 2009.
- MAY, J.; WATERHOUSE, P. J. Dental erosion and soft drinks: a qualitative assessment of knowledge, attitude and behavior using focus groups of schoolchildren. A preliminary study. **Int J Paediatr Dent**. v. 13, n.6, p.425-433, 2003.
- MILLWARD, A.; SHAW, L.; SMITH,A.. Dental erosion in four-year-old children from differing socioeconomic backgrounds. **Journal of Dentistry for children**. v.61, n.4, p.236-6. Jul/Aug. 1994.
- MORIMOTO,S. et al. Dental Erosion: etiology, mechanisms and implications, **Journal of Bi dentistry and Biomaterials**.v.4,p.06- 44 , 2014.
- MOTTA, L.J. et al. Impact of oral health on quality of life of children from 6 to 10 years. **ConScientiae Saúde**. v.10, n.4, p.715-722, 2011.
- MURAKAMI, C.; CORRÊA M.S.N.P.; RODRIGUES C.R.M.D. Prevalência de erosão dental em crianças e adolescentes de São Paulo. **Rev. Odontol**.São Paulo. v.8, n.1,p.4-9.UFES. 2006.
- MURAKAMI, C. et al. Trends in the prevalence of erosive tooth wear in Brazilian preschool children. **International Journal of Paediatric Dentistry**. v.26, p.60-65, 2016.
- PERES, K.G.; ARMÊNIO, M. F. Erosão Dental. In: Antunes JLF, Peres MA.(Org.). **Fundamentos da Odontologia: epidemiologia da saúde bucal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. cap. 15. p. 195-204b.
- PERES, K.G. et al. Dental erosion in 12-year-old schoolchildren: a crosssectional study in Southern Brazil. **International Journal of Paediatric Dentistry**. v.15, p.249-255, 2005.
- SIVASITHAMPARAM, K. et al. Endodontic sequelae of dental erosion. **Aust Dent J** ,v.48, n.2, p.97-101, 2003.
- SLADE, G.D. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. **Community Dental Oral Epidemiol**. v.25, p.284-290, 1997.
- SLADE, G.D.; SPENCER, A.J. Social impacto f oral conditions among older adults. **Australian Dent**, v.6, p.358-364, 1994.

The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. **Soc Sci Med**.v.41, p.1403-1409, 1995.

VARGAS-FERREIRA,F.; PRAETZEL, J.R.; ARDENGHI,T.M.; Prevalence of tooth erosion and associated factors in 11-14-year-old Brazilian schoolchildren. **J Public Health Dent**. Santa Maria, Brazil.v.71, n.1, p.6-12, 2011.

VAILATI, F.; BELSER, U. C. Classification and Treatment of the Anterior Maxillary Dentition Affected by Dental Erosion: The ACE Classification. International **Journal of Periodontics & Restorative Dentistry**. v.30, n.6, p.558-571, dec. 2010.

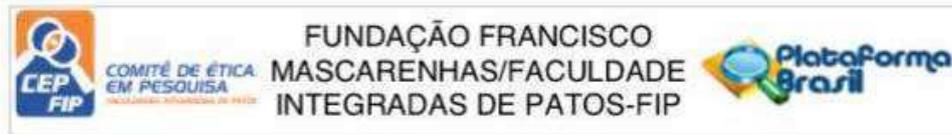
TRUIN, G.J.. et al. Caries trends 1996-2002 among 6- and 12-years-old children and erosive wear prevalence among 12-years-old children in The Hague. **Caries Res**.Hague, Holland. v.39, n.1, p.2-8, jan/feb. 2005.

WIEGAND, A. et al. Prevalence of erosive tooth wear and associated risk factors in 2-7 year-old German kindergarten children. **Oral**.Go'ttingen, Germany. v. 12, n.2, p.117-124, 2006.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que a erosão dentária possa influenciar negativamente na qualidade de vida das crianças.

ANEXO A – Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM ESCOLARES DO ESTADO DA PARAÍBA QUE APRESENTAM EROSIÃO DENTÁRIA

Pesquisador: Gymenna Maria Tenorio Guenes

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 47441815.0.0000.5181

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.211.727

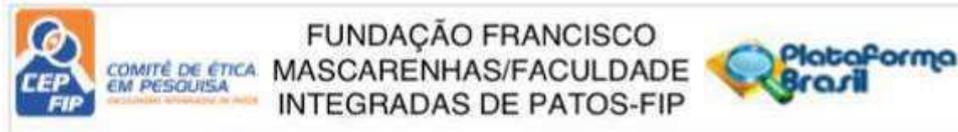
Apresentação do Projeto:

Este trabalho está voltado para a atenção odontológico em relação a erosão dental que é um problema crescente e atual da população, tendo como objetivo determinar a relação existente entre os escolares da rede pública, do estado da Paraíba, com faixa etária de 6-12 anos, que apresentam a erosão dental e sua qualidade de vida. Será feita uma pesquisa do tipo transversal e descritiva, de modo a serem avaliados os escolares, e caso diagnosticada a lesão, posteriormente serão aplicados questionários sobre a qualidade de vida, de modo que será investigado qual o impacto da erosão na qualidade de vida de uma pessoa e de que modo isso implica no convívio social. A pertinência do presente estudo é exposta no fato de que, por muitas vezes, não apenas a cárie ou a ausência dos elementos dentários são os únicos fatores que influenciam na relação interpessoal do convívio social e de uma melhor qualidade de vida, mas lesões cervicais não cáries, como a erosão, podem apresentar possíveis influências na alteração da qualidade de vida dos portadores desta condição.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a qualidade de vida em escolares do Estado da Paraíba com faixa etária de 8-12 anos, que apresentem algum grau de processo erosivo.

Endereço: Rua Horácio Nóbrega S/N
Bairro: Belo Horizonte **CEP:** 58.704-000
UF: PB **Município:** PATOS
Telefone: (83)3421-7300 **Fax:** (83)3421-4047 **E-mail:** cepfip@fiponline.com.br



Continuação do Parecer: 1.211.727

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Apresentam-se de acordo com os termos previstos pela RESOLUÇÃO 466/2012.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Verifica-se o direcionamento metodológico viável à realização de um trabalho de relevância acadêmica e científica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentam-se de acordo com os termos previstos pela NORMA OPERACIONAL 001/2013.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante das exposições supracitada, considerando o cumprimento das pendências anteriores,

Considerações Finais a critério do CEP:

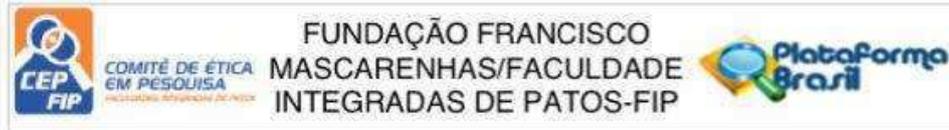
Com base nos parâmetros estabelecidos pela RESOLUÇÃO 466/2012 do CNS/MS regulamentando os aspectos relacionados a ÉTICA ENVOLVENDO ESTUDOS COM/EM SERES HUMANOS, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos considera que o protocolo em questão está devidamente APROVADO para sua execução.

Este documento tem validade de CERTIDÃO DE APROVAÇÃO para coleta dos dados propostos ao estudo. Destacamos que a CERTIDÃO PARA PUBLICAÇÃO só será emitida após a apresentação do RELATÓRIO FINAL do estudo proposto.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	Questionário-Qualidade de Vida (OHIP-14).docx	20/05/2015 11:06:13		Aceito
Outros	Termo de anuência.pdf	21/05/2015 12:41:34		Aceito
Outros	Termo de compromisso do pesquisador.pdf	21/05/2015 12:42:01		Aceito
Outros	Certidão de vinculo.pdf	21/05/2015 20:11:10		Aceito
Outros	Carta aos pais.pdf	13/07/2015 16:21:39		Aceito
TCLE / Termos de	TCLE.pdf	13/07/2015		Aceito

Endereço: Rua Horácio Nóbrega S/N
 Bairro: Belo Horizonte CEP: 58.704-000
 UF: PB Município: PATOS
 Telefone: (83)3421-7300 Fax: (83)3421-4047 E-mail: ceftp@fiponline.com.br



Continuação do Parecer: 1.211.727

Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	16:22:25		Aceito
Folha de Rosto	Folha de rosto1.pdf	21/07/2015 14:04:56		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto detalhado..docx	21/07/2015 14:06:09		Aceito
Cronograma	cronograma.docx	01/09/2015 16:26:49	Gymenna Maria Tenorio Guenes	Aceito
Orçamento	Tabela_de_gastos.docx	01/09/2015 16:38:08	Gymenna Maria Tenorio Guenes	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_520858.pdf	01/09/2015 17:04:39		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PATOS, 02 de Setembro de 2015

**Assinado por:
Flaubert Paiva
(Coordenador)**

Endereço: Rua Horácio Nóbrega S/N
 Bairro: Belo Horizonte CEP: 58.704-000
 UF: PB Município: PATOS
 Telefone: (83)3421-7300 Fax: (83)3421-4047 E-mail: cep@fiponline.com.br

ANEXO B – QUESTIONÁRIO OHIP

Questão	Nunca (0)	Quase nunca (1)	Ocasionalmente (2)	Algumas vezes (3)	Sempre (4)
1-Você teve problema para pronunciar alguma palavra por causa de problemas em seus dentes?					
2-Você sentiu que sua capacidade de sentir o gosto dos alimentos piorou por causa de problemas em seus dentes?					
3-Você teve alguma dor em sua boca?					
4-Você sentiu desconforto para comer alguma comida por causa de problemas em seus dentes?					
5-Você se sentiu preocupado por causa de seus dentes?					
6-Você se sentiu tenso por causa de problemas em seus dentes, boca ou dentadura?					
7-Sua alimentação foi insatisfatória por causa de problemas em seus dentes, boca ou dentadura					
8-Você interrompeu suas refeições por causa de problemas em seus dentes, boca ou dentadura?					
9-Você sentiu dificuldades para relaxar por causa de problemas em seus dentes, boca ou dentadura?					
10-Você ficou envergonhado por causa de problemas em seus dentes, boca ou dentadura?					
11-Você ficou irritado com outras pessoas por causa de problemas em seus dentes, boca ou dentadura?					

12-Você sentiu dificuldade em realizar suas atividades habituais por causa de problemas em seus dentes, boca ou dentadura?					
13-Você sentiu, no geral, que a vida é menos satisfatória por causa de problemas em seus dentes, boca ou dentadura?					
14-Você esteve totalmente incapaz de realizar suas atividades por causa de problemas em seus dentes, boca ou dentadura?					

ANEXO C – Normas para submissão como capítulo de livro

O cabeçalho deverá ser igual ao título, fonte 9, espaçamento simples. Todo em caixa alta;

O capítulo deve estar centralizado, fonte arial 12 negrito;

Dar um enter depois do nome capítulo, com espaçamento 1,15;

O título deverá estar centralizado, espaçamento 1,15, todo em letra maiúscula, arial e negrito;

Autores em fonte 12, alinhado a esquerda. O último nome deverá ser maiúsculo. Ao lado o número deverá estar subscrito. Abaixo a titulação de cada um, quando for igual, repetir o número e não o texto com outra numeração. Espaçamento simples;

Titulação em fonte 8, numeração subscrita (clicar no número e no “ x² ” que se encontra em página inicial – fonte;

Separar cada titulação (numeração) por ponto e vírgula e seguir;

E-mail do responsável deverá ficar sozinho em outra linha;

Dar um enter antes de iniciar o resumo. Espaçamento 1,15;

O resumo deverá ser na fonte 12, conter entre 200 e 220 palavras, espaçamento simples e justificado. O texto deverá ser iniciado logo após os dois pontos;

Palavras chave: 3 palavras ou expressões, devem estar separadas por ponto e a próxima com letra maiúscula. Deve estar logo após o resumo, sem dar espaço. Enter espaçamento 1,15;

Na introdução, o índice não deve apresentar ponto depois do número, fonte 12, negrito e maiúscula, enter espaçamento 1,15;

Durante todo o texto a tabulação usada deverá ser de 1,25cm;

Não poderá conter ilustrações, figuras ou gráficos ou tabelas na introdução;

Quando a referência vier após a citação, deverá estar entre parênteses, fonte toda em maiúscula e separadas por ponto e vírgula. Conferir ABNT;

Observar para não ter espaço entre um parágrafo e outro, caso apareça: seleciona a última e primeira frase vai em página inicial, parágrafo, espaçamento entre linhas..remover espaço antes ou depois;

Citação no meio do texto, autor em caixa baixa e ano entre parênteses. Conferir ABNT;

O último parágrafo da introdução deverá conter os objetivos da pesquisa;

Dar um enter ao terminar o parágrafo com espaçamento 1,15;

Em materiais e método, o índice não deve apresentar ponto depois do número, fonte 12, negrito e maiúscula, enter com espaçamento 1,15;

Dar um enter após o título, espaçamento 1,15;

Dar um enter ao terminar o parágrafo com espaçamento 1,15;

Em resultados e discussão, o índice não deve apresentar ponto depois do número, fonte 12, negrito e maiúscula;

Dar um enter após o título, antes do parágrafo com espaçamento 1,15;

A indicação da figura deverá estar acima e em negrito. O título da Figura deverá usar a mesma fonte do texto (arial 12), espaçamento simples e texto justificado;

A Figura deverá ser inserida e não colada;

A fonte deverá estar logo abaixo da imagem, arial 10, e centralizada com a imagem;

O título da Figura A indicação da figura deverá estar acima e em negrito. Usar a mesma fonte do texto (arial 12), espaçamento simples e texto justificado;

O gráfico deverá ser inserido no texto em formato : “ colar especial - Objeto gráfico do Microsoft Office;

Não poderá conter título dentro da imagem;

O título da TABELA A indicação da tabela deverá estar acima e em negrito. Usar a mesma fonte do texto (arial 9 a 12 * poderá ser diminuída a fonte para adequar as margens do trabalho), espaçamento simples e texto justificado;

Não dar espaço entre o título e a tabela;

É necessário adequar a tabela as margens da página, não podendo passar da área de impressão;

O título da Figura A indicação da figura deverá estar em negrito. Usar a mesma fonte do texto (arial 12), espaçamento simples e texto justificado;

Fonte abaixo, sem espaço após a tabela, fonte 10;

Dar um enter ao terminar o parágrafo com espaçamento 1,15;

Na conclusão, o índice não deve apresentar ponto depois do número, fonte 12, negrito e maiúscula;

Dar um enter ao terminar o título antes do parágrafo com espaçamento 1,15;

Dar um enter ao terminar o parágrafo com espaçamento 1,15;

Nas referências, não numerar, negrito fonte 12;

Dar um enter ao terminar o título antes do parágrafo com espaçamento 1,15.

Referências. Seguir CORRETAMENTE ABNT. Fonte 10, ordem alfabética e sem espaço entre uma e outra, alinha a esquerda

APÊNDICE A- Termo de Assentimento

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
 UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
 CENTRO DE SAÚDE E TECNOLOGIA RURAL

Termo de Assentimento

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM CRIANÇAS DE ESCOLAS PÚBLICAS DA CIDADE DE PATOS-PB QUE APRESENTAM EROÇÃO DENTÁRIA” foi selecionado aleatoriamente e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará prejuízo em relação com o pesquisador.

Você foi selecionado aleatoriamente e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará prejuízo em relação com o pesquisador.

O objetivo desse estudo será avaliar a relação existente entre os escolares da Paraíba que apresentam erosão dentária e sua qualidade de vida.

O presente estudo apresenta riscos ou desconfortos m relacionados com sua participação.

Os participantes poderão ser beneficiados com o desenvolvimento de políticas de recursos humanos voltados para a educação continuada, o que enriquecerá seus conhecimentos e, portanto subsidiará um conhecimento da importância de uma medicação orientada por profissionais.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados dos resultados da pesquisa serão utilizados apenas para divulgação científica preservando sua identificação.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone de um dos pesquisadores, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou em qualquer momento.

Pesquisador

Assinatura do pesquisador

Declaro que entendi os objetivos, os riscos e benefícios de minha participação na pesquisa concordo em participar.

Nome do participante da pesquisa

Assinatura do participante da pesquisa

APÊNDICE B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
 UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
 CENTRO DE SAÚDE E TECNOLOGIA RURAL

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado pai e/ou responsável,

Gostaria de convidá-lo (a) a autorizar a participação de seu(sua) filho (a) em um trabalho de pesquisa desenvolvido na escola em que o mesmo está regularmente matriculado, sob-responsabilidade da professora Dra. Gymenna Maria Tenório Guênes. Esta pesquisa tem com título “AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM CRIANÇAS DE ESCOLAS PÚBLICAS DA CIDADE DE PATOS-PB QUE APRESENTAM EROÇÃO DENTÁRIA”. O objetivo do estudo é avaliar a qualidade de vida em crianças de escola pública da cidade de Patos-PB que apresentam erosão dentária. Para a realização desta pesquisa será necessário que seu filho se submeta a um exame odontológico realizado por acadêmicos de odontologia., e caso apresentem a erosão, responderão questionários inerentes à qualidade de vida. O exame será realizado em horário conveniente na própria escola em que se filho estuda, em local reservado. Garantimos que nenhum participante desta pesquisa terá seu nome revelado. Em casos de necessidade de tratamento odontológico, seu filho será encaminhado para tratamento em clínicas apropriadas do Departamento de Odontologia da UFCG caso seja do seu interesse.

Também gostaria de informar que você pode desistir de participar da pesquisa a qualquer momento e isso não prejudicará o tratamento de sua criança.

Você não vai pagar nada pelo que será feito. Se tiver alguma dúvida pode ligar para Ana Amélia (9634-1595) ou Gymenna (8844-2120).

Eu, _____,
 pai/responsável legal do (a) aluno (a)

matriculado (a) na escola

_____,
 declaro que fui esclarecido (a) sobre a pesquisa e concordo que meu filho (a) participe desse estudo como voluntário.

Patos, _____ de _____ de _____

 Assinatura do responsável

 Ana Amélia Barros Jacinto- Pesquisadora

APÊNDICE C- Termo de Compromisso do Pesquisador

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
CENTRO DE SAÚDE E TECNOLOGIA RURAL

Por este termo de responsabilidade, nós abaixo assinados, respectivamente um dos pesquisadores e orientadora da pesquisa intitulada título “AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM CRIANÇAS DE ESCOLAS PÚBLICAS DA CIDADE DE PATOS-PB QUE APRESENTAM EROSÃO DENTÁRIA” assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadas da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS e sua Complementares, outorgada pelo Decreto nº 93833, de 24 de janeiro de 1987, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao(s) sujeito(s) da pesquisa e ao Estado.

Reafirmamos, igualmente, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivos todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, até o término da pesquisa.

Patos, _____ de _____ de _____

Pesquisador(a)

Orientadora