

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG  
CENTRO DE SAÚDE E TECNOLOGIA RURAL – CSTR  
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS – UACB  
CURSO DE ODONTOLOGIA**

**RODOLFO DE ABREU CAROLINO**

**AVALIAÇÃO DO IMPACTO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL NA  
QUALIDADE DE VIDA E FATORES ASSOCIADOS EM ESCOLARES DE 12 ANOS  
DE IDADE EM PATOS, PARAÍBA- BRASIL.**

**PATOS-PB  
2015**

**RODOLFO DE ABREU CAROLINO**

**AVALIAÇÃO DO IMPACTO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL NA  
QUALIDADE DE VIDA E FATORES ASSOCIADOS EM ESCOLARES DE 12 ANOS  
DE IDADE EM PATOS, PARAÍBA- BRASIL.**

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 obtenção do título de bacharel em Odontologia.

**Orientador:** Prof. Dr. Cristiano Moura

Patos-PB  
2015

**RODOLFO DE ABREU CAROLINO**

**AVALIAÇÃO DO IMPACTO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL NA  
QUALIDADE DE VIDA E FATORES ASSOCIADOS EM ESCOLARES DE 12 ANOS  
DE IDADE EM PATOS, PARAÍBA- BRASIL.**

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 obtenção do título de bacharel em Odontologia.

**Orientador:** Prof. Dr. Cristiano Moura

Aprovado Em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Cristiano Moura – Orientador  
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG

---

Prof<sup>ª</sup>. MSc. Rosana Araújo Rosendo – 1º Membro  
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG

---

Prof<sup>ª</sup>. MSc. Elizandra Silva da Penha – 2º Membro  
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG

*"Leva tempo para alguém ser bem sucedido porque  
o êxito não é mais do que a recompensa natural  
pelo tempo gasto em fazer algo direito."*

**Joseph Ross**

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho aos meus pais Eclivaneide Caldas de Abreu e Geraldo Carolino de Sousa, pessoas que sempre apoiaram e incentivaram todas as minhas atitudes e decisões, não me deixaram faltar nada durante a jornada de conclusão de curso, além de me proporcionar muito amor, carinho e compreensão. Dedico ainda a toda minha família que me acompanha e que são pessoas que eu dedico um enorme amor, carinho e respeito.

## AGRADECIMENTOS

Primeiro agradeço a Deus por me conceber saúde, capacidade, inteligência, coragem e forças para buscar meus ideais.

Agradeço à minha família, que é o principal motivo de eu ter conseguido chegar até aqui. Agradeço a meus Pais, que são meus amigos, meu bem maior, motivo de grande orgulho e alegria. Agradeço por terem me ensinado os valores da vida e nunca me deixarem faltar as principais que podem ser repassadas a um filho: Amor e Educação.

Agradeço ao meu irmão Ítalo, por sempre estar ao meu lado, por me ajudar em meus objetivos e também durante este curso.

A todos os meus primos, tios, minha avó, que me incentivam e estão sempre ao meu lado. Eu amo muito vocês. Minha avó (vovó Lourdes) que eu amo, quem sempre cuidou de mim como um filho e me fez crescer muito como pessoa.

Agradeço ao meu Orientador, professor Dr. Cristiano Moura, por sempre se fazer presente, pela sua dedicação, empenho e paciência durante o desenvolvimento deste trabalho. Agradeço também pelos conhecimentos compartilhados e repassados ao longo deste curso, pois os professores por diversas vezes se tornam nossa família, atuando como verdadeiros cuidadores e educadores. Sendo ele um exemplo de professor, pois sempre tratou os alunos com respeito e amizade.

Agradeço as Professoras Elizandra Penha e Rosana Rosendo pelos ensinamentos transmitidos, empenho e dedicação durante esta jornada na UFCG, e por toda a compreensão e carinho sempre dado.

Agradeço também a todos que participaram dessa caminhada até aqui, todos que contribuíram de alguma forma com esta minha jornada. Agradeço a Arthur, que sempre esteve comigo, dando forças, me apoiando e sendo como um irmão para mim, bem como a todos os outros colegas que dividiram moradia comigo, e, além disto, dividiram momentos bons e ruins, fáceis e difíceis e hoje tenho como verdadeiros amigos.

Aos amigos que a Odontologia me trouxe, tenho um agradecimento especial às pessoas que foram minha dupla na clínica, Mariana e Arthur, que sempre me acolheram, me ajudaram, e como já mencionado são parte da minha família.

Agradeço também a Geninha, Klidenberg, Roberta, Luan, Rayssa Mota, Rayssa Mendes Luênia, Felipe, Marisley, Manoela, Vinícius, Gabriela, Landara, Mariana, Arthur, Luiz Eduardo, Narjara e aos meus amigos da veterinária: Júlio, Emílio. Só tenho a agradecer por estarem sempre presentes e tornarem minha vida mais alegre e leve, obrigada a vocês por todas as conversas, por toda a diversão e felicidade que trouxeram à minha vida, vocês ficarão pra sempre no meu coração. Agradeço muito a Mariana, Geninha (Maria Eugênia) e Arthur que me auxiliaram nesta pesquisa.

Gostaria também de agradecer aos professores-amigos que me fizeram crescer e contribuíram para minha formação: Rosana Rosendo, Elizandra Penha, Luciana Gominho, Julierme Ferreira, Rodrigo Rodrigues, Raquel Pacheco, Marco Antônio e Andreza Costa.

## RESUMO

Objetivo: o presente estudo teve como objetivo avaliar o impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida e fatores associados em escolares de 12 anos de idade em Patos, Paraíba, Brasil. Materiais e Método: Trata-se de estudo do tipo transversal, com uma amostra probabilística de 102 crianças selecionadas de maneira aleatória em escolas municipais em Patos, Paraíba, Brasil. A variável dependente foi a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal (QVRSB) através do *Child Perceptions Questionnaire* (CPQ<sub>11-14</sub>) versão curta - ISF(Impacto Short Forms): 16 e as variáveis independentes foram relacionadas às características sociodemográficas, aspectos preventivos e clínicos em saúde bucal. Foram utilizadas estatísticas descritivas e análises bivariada dos dados. Resultados: O escore médio do CPQ<sub>11-14</sub> para amostra do estudo foi de 25. As variáveis demográficas e de prevenção em saúde bucal não se mostraram associadas de maneira estatisticamente significativa com o escore médio do CPQ<sub>11-14</sub>. Dentre as variáveis subjetivas, a dor de origem dentária mostrou-se fortemente associada ao escore médio do CPQ<sub>11-14</sub>, bem como, ao Domínio Limitação Funcional (DFL). A necessidade de tratamento odontológico autorreferido mostrou-se associada ao Domínio Sintomas Orais (DSO) e Domínio Limitação Funcional (DLF) do CPQ<sub>11-14</sub>. Entre as condições normativas, apenas a maloclusões mostraram-se associadas ao Domínio Bem-Estar Emocional do CPQ<sub>11-14</sub>. Conclusão: As condições normativas pouco influenciaram na QVRSB, por outro lado, as condições subjetivas mostraram-se fortes preditores do impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida das crianças avaliadas.

**Palavras-chave:** Saúde Bucal. Qualidade de Vida. Crianças. Inquéritos de Saúde Bucal. Epidemiologia.



## ABSTRACT

**Objective:** This study aimed to evaluate the impact of oral health conditions on quality of life and associated factors among schoolchildren in 12 years in Patos, Paraíba, Brazil. **Materials and Methods:** This is cross-sectional study with a probabilistic sample of 102 children randomly selected in municipal schools in Patos, Paraíba, Brazil. The dependent variable was related quality of life for Oral Health (QVRSB) through the Child Perceptions Questionnaire (CPQ11-14) short version - ISF (Impact Short Forms): 16 and the independent variables were related to sociodemographic characteristics, preventive and clinical aspects in oral health. Descriptive statistics and bivariate analyzes of the data were used. **Results:** The mean score for CPQ11-14 study sample was 25. The demographic variables and prevention in oral health were not associated in a statistically significant way with the average score of CPQ11-14. Among the subjective variables, the pain of dental origin was strongly associated with the mean score of the CPQ11-14, as well as the Domain Functional Limitation (DFL). The need for self-reported dental treatment was associated with the Domain Symptoms Oral (DSO) and Domain Functional Limitation (DLF) of CPQ11-14. Among the normative conditions, just malocclusions were associated to the Domain Wellness Emotional the CPQ11-14. **Conclusion:** Regulatory conditions hardly influenced the QVRSB, on the other hand, the subjective conditions were shown to be strong predictors of the impact of oral health conditions on quality of life of the children.

**Keywords:** Oral Health. Quality of Life. Children. Dental Health Surveys. Epidemiology.

## LISTA DE TABELAS

- TABELA 01** - Distribuição da amostra segundo o escore médio do CPQ<sub>11-14</sub> e variáveis demográficas, de prevenção e condições subjetivas em saúde bucal. Patos, Paraíba, Brasil, 2014 (n = 102). 48
- TABELA 02** - Distribuição da amostra segundo o escore médio do CPQ<sub>11-14</sub> e variáveis relacionadas às condições normativas em saúde bucal. Patos, Paraíba, Brasil, 2014 (n = 102). 49
- TABELA 03** - Distribuição da amostra segundo domínios do CPQ<sub>11-14</sub> e variáveis demográficas, de prevenção e condições subjetivas em saúde bucal. Patos, Paraíba, Brasil, 2014 (n = 102). 51
- TABELA 04** - Distribuição da amostra segundo domínios do CPQ<sub>11-14</sub> e variáveis relacionadas às condições normativas em saúde bucal. Patos, Paraíba, Brasil, 2014 (n = 102). 52

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

QVRSB	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal
QV	Qualidade de Vida
CPQ	Child Perceptions Questionnaire
B-CPQ	<i>Versão Brasileira do</i> Child Perceptions Questionnaire
CHIL-OIDP	Versão Brasileira do Child-Oral Impacts on Daily Performances
COHQoL	Child Oral Health Quality of Life
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
ISF	Impact Short Form
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
ROC	Receiver Operating Characteristic
CPO-D	Cariados, perdidos e Obturados – Dente
OMS	Organização Mundial de Saúde
WHO	World Health Organization
DAI	Dental Aesthetic Index
LTDs	Lesões Traumáticas Dentárias
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
UPAs	Unidades Primárias de Avaliação
USAs	Unidades Secundárias de Avaliação
IED	Índice de Estética Dental
DSO	Domínio Sintomas Orais
DLF	Domínio Limitação Funcional
DBEE	Domínio Bem-Estar Emocional
DBES	Domínio Bem-Estar Social

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	14
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	16
2.1 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL.....	16
2.2 ÍNDICE CPQ11-14.....	18
2.3 CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL RELACIONADAS AO CPQ11-14.....	22
<b>2.3.1 Experiência de Cárie</b> .....	22
<b>2.3.2 Maloclusões</b> .....	23
<b>2.3.3 Traumatismo Dentário</b> .....	25
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	28
3.1. OBJETIVO GERAL.....	28
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	28
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	29
4.1 DESENHO DE ESTUDO.....	29
4.2 LOCALIZAÇÃO DO ESTUDO.....	29
4.3 POPULAÇÃO DE REFERÊNCIA.....	29
4.4 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE.....	29
<b>4.4.1 Critério de Inclusão</b> .....	29
<b>4.4.2 Critérios de Exclusão</b> .....	29
4.5 DELINEAMENTO AMOSTRAL.....	29
<b>4.5.1 Perdas Amostrais</b> .....	30
4.6 CALIBRAÇÃO.....	30
4.7 ESTUDO PILOTO.....	30
4.8 CARACTERIZAÇÃO DA PRODUÇÃO DE DADOS.....	30
4.9 CONTROLE DE QUALIDADE.....	31
4.10 VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	31
<b>4.10.1 Variável Dependente</b> .....	31
<b>4.10.2 Variáveis Independentes</b> .....	31
4.10 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	32
4.11 ASPECTOS ÉTICOS.....	32
<b>5 REFERÊNCIAS</b> .....	33
<b>6 ARTIGO</b> .....	41

<b>7 CONCLUSÕES.....</b>	<b>63</b>
<b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>	<b>64</b>
<b>APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO.....</b>	<b>65</b>
<b>ANEXO A – TERMO DE ANUÊNCIA EMITIDO PELA SME DE PATOS- PB.</b>	<b>68</b>
<b>ANEXO B – PARECER DO CEP.....</b>	<b>69</b>
<b>ANEXO C – NORMAS DO ARTIGO.....</b>	<b>70</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal (QVRSB) se refere à percepção do impacto que a saúde ou as afecções orais causam sobre as funções diárias, atividades ou o estado de desenvolvimento psicossocial do indivíduo (ANTUNES et al., 2012). O conceito de saúde bucal pode ser percebido sob diversos domínios, dentre os quais a capacidade de mastigar, a dor e o desconforto demonstram-se como sendo os mais relevantes na percepção de bem-estar de cada pessoa (McGRATH; BEDI, 2004). Ademais, a estética dental também é considerada um fator fundamental para a autoconfiança e conseqüentemente para um pleno convívio social e êxito em determinadas atividades (DAMASCENO et al., 2002).

A literatura abrange diversos instrumentos que viabilizam a mensuração mais acurada do impacto dos problemas bucais sobre a qualidade de vida (QV) de crianças e adolescentes. São os atuais índices, em detrimento a métodos tradicionais que não eram capazes de criar uma imagem de como estes problemas afetam o dia-a-dia dos indivíduos (GERUNPONG, 2006). A ideia de QV têm sido expandida e bastante contemplada como objeto de estudo, com a finalidade de que práticas como promoção de saúde ou prevenção específica gerem melhorias neste âmbito (BROODER, 2007), assim, os índices de qualidade de vida tornaram-se parte integrante da avaliação dos programas de saúde, ao passo que, vários são os instrumentos utilizados para melhorar e mensurar QVRSB em crianças e adolescentes (JUNIOR, 2012).

Até recentemente, o estado de saúde da criança era medido por relatórios elaborados por pais ou cuidadores, tendo em vista que estes são os principais tomadores de decisão em relação à saúde da criança (WEYANT, 2007). Entretanto, diversos outros índices qualitativos foram criados e adaptados para caracterizar a saúde da criança a partir de sua auto-percepção, tais como: *Child Perceptions Questionnaire* CPQ11-14 (JOKOVIC, et al., 2002), versão brasileira do *Child Perceptions Questionnaire* B-CPQ11-14 (BARBOSA et al., 2008); Versão Brasileira do *Child-Oral Impacts on Daily Performances (Child-OIDP)* (GHERUNPONG et al., 2004) para as faixas etárias de 8 a 10 anos e de 11 a 14 ou *COHQoL - Child Oral Health Quality of Life* (JOKOVIC et al. 2004).

O conceito da necessidade é fundamental para o planejamento, fornecimento e avaliação dos serviços de saúde. Tradicionalmente, esta foi estimada usando medidas baseadas profissionalmente, conhecida como necessidade normativa, que embora seja importante, ela reflete, principalmente, os aspectos clínicos da doença. No entanto, as medidas subjetivas de saúde também são importantes, pois fornecem indícios sobre como as pessoas se

sentem e como (ou se) elas estão satisfeitas. Portanto, instrumentos de qualidade de vida relacionados à saúde devem ser usados em conjunto com medidas clínicas para avaliação da condição oral (BOWLING, 1999).

Nesta perspectiva, este trabalho teve como objetivo avaliar o impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida e fatores associados em escolares de 12 anos de idade, no município de Patos, Paraíba, Brasil.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL

De acordo com Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001), QV se trata da percepção que o ser humano tem de sua posição na vida, englobando os contextos culturais, morais e o sistema de valores no qual este está inserido, tudo relacionado a seus padrões, expectativas e preocupações. Trata-se de um amplo conceito que incorpora de uma maneira mais complexa a saúde física, estado psicológico, nível de dependência, características proeminentes no ambiente, relações sociais e crenças de uma pessoa (OMS, 2001).

Em concordância a estas definições, ainda a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1999), definiu que saúde não pode ser designada apenas como ausência de doença, mas sim, como uma situação de bem-estar físico, mental e social. O conceito de saúde abrange os estados mentais, sociais e infere-se que este determinante se relaciona e está diretamente ligado ao conceito de qualidade de vida. Dentro deste contexto, as doenças bucais causam além de efeitos físicos, também sociais e psicológicos que apresentam relação direta no bem-estar do indivíduo, e é esta ótica que apresenta subsídios para este estudo (BUTAZZI, 2012).

A quantidade ou qualidade da saúde oral mostra-se como modificador e influenciador na concepção de QV, demonstrado que as preocupações do paciente são relacionadas à função, conforto e estética. Estes fatores quando não são atendidos tendem a gerar danos psicossociais como insegurança, ansiedade e redução da autoestima (CIBIRKA, RAZZOOG, LANG, 1997).

Historicamente, a saúde bucal que era avaliada apenas por métodos clínicos requereu uma transformação para determinar os impactos reais na vida dos indivíduos (LOCKER et al., 2002). A necessidade de determinar a repercussão das alterações presentes na cavidade oral levou ao surgimento dos instrumentos de mensuração epidemiológica, que são cada vez mais utilizados em pesquisas de cunho odontológico (JOKOVIC et al., 2002). Ao se mensurar a QV de indivíduos alguns aspectos devem ser levados em considerações tais como a idade, comportamento, nacionalidade, culturas, entre outros, além de que, se faz necessário a utilização de meios (questionários) próprios que atendam uma perspectiva mais acurada da apreciação (KUCZYNSKI, 1999).

*A avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB) em crianças e adolescentes apresenta algumas particularidades. No caso do indivíduo em desenvolvimento se torna importante analisar a*



*diferença do grau de percepção que estes apresentam de si mesmos e do mundo, muito diferentes também quando comparado aos adultos. Desta forma, nos últimos anos vêm se desenvolvendo instrumentos específicos para crianças e adolescentes que viabilizam a mensuração mais acurada do impacto dos problemas bucais sobre a sua QV (KUCZYNSKI, 1999).*

A Saúde bucal apresenta influência e relevância sobre suas funções diárias como falar, comer, sorrir, brincar e socializar. Em relação a crianças, más condições bucais, como cárie dentária, podem resultar em desconforto, que culminam em consequências na vida social como o absenteísmo, dificuldade escolar ou dificuldade para alimentar-se (SHEIHAM, 1982).

*A aparência facial e sua relação com a imagem corporal, auto-estima e bem-estar emocional também desempenham um papel importante na interação social. Medir impactos orais em crianças é particularmente relevante, uma vez que irá ajudar os pesquisadores e formuladores de políticas para avaliarem as necessidades, priorizando o cuidado e os resultados do tratamento (SHEIHAM, 1982).*

Em acréscimo, Locker (2002) enfatiza que há pouco mais de duas décadas não havia métodos para avaliar as implicações dos problemas bucais na vida diária dos indivíduos, nem como estes se portavam diante de tais problemas. A qualidade de vida relacionada à saúde bucal em crianças permaneceu por muito tempo desconhecida, sendo objeto de dois instrumentos desenvolvidos mais recentemente: o CPQ – *Child Perceptions Questionares* - (JOKOVIC, 2002; TORRES, 2009) e o *CHILD-OIDP* (GHERUNPONG et al., 2004) - Índice de Impactos Odontológicos no Desempenho das Atividades Diárias da Criança, ambos caracterizam-se por serem índices que buscam avaliar o impacto de alterações orais na qualidade de vida de crianças e adolescentes a partir de suas auto-percepções, com abrangência em quatro domínios: sintomas orais, limitações funcionais, bem-estar emocional e social.

A capacidade de autoavaliação e percepção de critérios de saúde da criança dependem da idade, bem como do resultado do desenvolvimento contínuo cognitivo, emocional, social e da linguagem (THEUNISSEN et al., 1998). Além disto, a auto-avaliação da criança é dependente da reação dos outros em relação a ela (TUNG; KIYAK, 1998). Pesquisas científicas confirmam que os relatos sobre suas concepções de QVRSB são válidos e confiáveis (JOKOVIC et al., 2002; VARNI et al., 2007). Além disso, os relatos dos pais têm sido comparados aos relatos das crianças, constatando-se que muitas vezes estes não

compartilham das mesmas opiniões sobre doença e saúde (THEUNISSEN et al., 1998; JOKOVIC et al., 2002). Entre os seis e oito anos ocorrem avanços no entendimento do conceito de saúde até que, aos 12 anos, ela já entende saúde como um conjunto de sintomas somáticos e emocionais, além de serem capazes de relatar suas experiências, possuindo assim, entendimento sobre o funcionamento do instrumento em questão (CPQ) (REBOK et al., 2001).

## 2.2 ÍNDICE CPQ11-14 (CHILD PERCEPTIONS QUESTIONNAIRE) E SUA VARIANTE CPQ11-14 - ISF: 16 (IMPACT SHORT FORMS)

Segundo Goursand et al. (2008) e Guillemin et al. (1993) o COHQoL (Questionário de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal de Crianças) é um conjunto de instrumentos de escalas multidimensionais desenvolvido no Canadá, que mede os efeitos negativos das alterações orofaciais no bem-estar social, emocional e funcional de crianças numa faixa-etária de 6 a 14 anos, bem como o impacto gerado na vida familiar sob o olhar e a percepção dos pais. Originalmente é composto de cinco instrumentos: o *FIS (Family Impact Scale)* (TESCH, 2008) que avalia o impacto sobre a família, o *P-CPQ (Parental–Caregiver Perceptions Questionnaire)* que mensura o impacto a partir da percepção dos responsáveis, e o aqui abordado *CPQ (Child Perceptions Questionnaire)* (JOKOVIC, 2002) que avalia o impacto sob a percepção das crianças e possui versões existentes para três faixas etárias: 6-7, 8-10 e 11-14 anos (GUILLEMIN et al., 1993; GOURSAND et al., 2008).

O CPQ11-14 foi desenvolvido no Canadá por Jokovic et al. (2002), testado e usado em crianças no Reino Unido (MARSHMAN et al., 2005; O'BREIN et al., 2006), Nova Zelândia, Austrália, China, Tailândia, Brasil (GROUSSAND et al. 2008; TORRES et al., 2009) é composto por 37 questões divididas em 4 domínios, fazendo parte do *COHQoL*. A proposta inicial foi pensada a partir da ideia de que só havia índices que retratassem a QVRAB para adultos, e assim, Jokovic et al. (2002) realizaram um estudo para criar esta medida auto-relato (CPQ) do impacto das condições bucais e orofaciais em crianças de 11 a 14 anos de idade. Para sua confecção foi selecionado um conjunto de itens que englobam uma revisão da literatura e entrevistas com profissionais de saúde, pais e crianças doentes. Os 36 itens com maior frequência de relato e incômodo em 83 crianças foram selecionadas para o CPQ 11-14. O mesmo foi validado usando uma amostra de conveniência clínica e uma amostra populacional. Testes de validade envolveram uma amostra de 123 crianças (JOKOVIC et al., 2002)

Desta forma, este índice tem sido adaptado/validado culturalmente para a utilização em determinado número de idiomas. Frequentemente é administrado com dois itens adicionais referentes à classificação geral da saúde bucal das crianças, que servem como uma verificação de validade (os itens adicionais do presente estudo são: “Você diria que a saúde dos seus dentes, lábios, maxilares e boca é:” e “Até que ponto a condição dos seus dentes, lábios, maxilares e boca afetam sua vida geral?). No primeiro item o entrevistado é convidado a avaliar a condição atual dos componentes dos seu sistema estomatognático modulando de bom a excelente, já o segundo item avalia a influência da saúde bucal em suas vidas modulando de “de jeito nenhum” a “muitíssimo” (PAGE et al., 2011)

A extensão do questionário foi repensada para alargar seu uso rotineiro, sendo desenvolvida uma forma curta para abranger sua aplicação para diminuir a possibilidade de não-resposta e encargos pelos inquiridos (PAGE et al., 2011). Assim, com a finalidade de aperfeiçoar a coleta de dados, adaptar e excluir alguns itens do questionário, foram desenvolvidas internacionalmente e posteriormente adaptadas para nossa nacionalidade as formas curtas (shorts) do referido instrumento. Estas formas, as quais apresentam 16 e 8 questões foram adaptadas para que atendessem aos critérios de validação e transculturação das crianças brasileiras (BUTAZZI, 2012).

Jokovic et al. (2006) desenvolveram duas versões curtas de 8 itens e as duas versões de 16 itens. Inicialmente, abordada uma amostra de conveniência clínica, detectou-se que todas as quatro formas curtas designavam variabilidade substancial na QVRSB infantil, mas apresentando pouquíssima diferença para os questionários de 16 itens, já uma diferença maior nos questionários contendo 8 itens. Este trabalho confirmou que todas as versões de forma curta demonstravam propriedades aceitáveis, mas a versão de 16 itens obteve um melhor desempenho. Por conseguinte, estes resultados foram confirmados em uma amostra de conveniência brasileira de 11 a 14 anos de idade, que tinham sido atribuídos a três grupos (saudável, cariado, má oclusão presente) depois de serem examinados. Este estudo, sendo o primeiro a administrar apenas o questionário, forneceu evidências das propriedades satisfatórias da versão brasileira, embora a versão de 16 itens tivesse melhor desempenho do que o de 8 itens (TORRES, 2009).

Ademais, o presente instrumento aborda questionamentos sobre experiências e situações ocorridas nos “últimos 3 meses” na vida dos inquiridos, sob a percepção de quatro domínios: Sintomas bucais - perguntas que indagam sobre problemas bucais como dor nos dentes, lábios, maxilares ou boca através do questionamentos: “Nos últimos 3 meses, com que frequência você teve: 1. Dor nos seus dentes, lábios, maxilares ou boca? 2. Feridas na boca?

3. Mau hálito? 4. Restos de alimentos presos dentro ou entre os seus dentes?); Limitações funcionais – questiona quanto à dificuldade de mastigar os alimentos ou problemas gerados por meio de alterações nos dentes, lábios, maxilares e boca: “5. Demorou mais que os outros para terminar sua refeição? ; 6. Dificuldade para morder ou mastigar alimentos como maçãs, espiga de milho ou carne; 7. Dificuldades para dizer algumas palavras? 8. Dificuldades para beber ou comer alimentos quentes ou frios?”; Bem-estar emocional – perguntas que se referem a sentimentos e/ou frustrações, questionando quanto às sensações das crianças diante de suas condições de saúde oral: “9. Ficou irritado (a) ou frustrado (a)? ; 10. Ficou tímido, constrangido ou com vergonha?; 11. Ficou chateado?; 12. Ficou preocupado com o que as outras pessoas pensam sobre seus dentes, lábios, boca ou maxilares? E, o quarto domínio, bem-estar social – indagando sobre o relacionamento social e as experiências geradas a partir dos problemas bucais: “Nos últimos 3 meses, com que frequência você”: 13. Evitou sorrir ou dar risadas quando está com outras crianças?; 14. Discutiu com outras crianças ou pessoas de sua família; 15. Outras crianças lhe aborreceram ou lhe chamaram por apelidos?; 16. Outras crianças lhe fizeram perguntas sobre seus dentes, lábios, maxilares e boca?”. As respostas seguem a escala com pontuação de 0 a 4: nunca; uma ou duas vezes; algumas vezes; frequentemente; todos os dias ou quase todos os dias, tendo a maior frequência do relato atribuído ao maior valor. O escore total dos quatro domínios varia de 16 a 64 (TORRES, 2009; NETO et. al., 2014).

Torres et al. (2009) traduziram e adaptaram transculturalmente estas formas curtas do CPQ11-14 - ISF: 8 (*Impact Short Forms*) e o ISF (*Impacto Short Forms*): 16, testando-os em 136 crianças de 11 a 14 anos de idade, na cidade de Belo Horizonte - MG, Brasil. As propriedades de medida (ou seja, a validade de critério, validade de constructo, consistência interna, a confiabilidade teste-reteste) foram determinadas. A validade discriminante foi testada com grupos divididos em crianças sem cáries e sem má oclusão; crianças com cáries e sem má oclusão; e as crianças com má oclusão e sem cáries. Foram encontradas associações estatisticamente significativas entre as alterações orais e as subescalas (sintomas orais, limitações funcionais, bem-estar emocional e social) do ISF: 8 e ISF: 16 ( $p < 0,05$ ). A validade de constructo foi confirmada a partir da correlação entre os escores de saúde bucal dos questionários curtos e bem-estar geral. Concluindo, assim, que as versões brasileiras de CPQ (14/11), ISF: 8 e ISF: 16, têm propriedades psicométricas satisfatórias semelhantes aos do instrumento original.

Jokovic et al. (2006) destacam que as formas curtas do CPQ demonstraram excelente validade de critério, validade de constructo e que os coeficientes de confiabilidade excederam

os padrões para comparações em nível de grupo. No entanto, os mesmos autores destacam a importância de serem realizadas mais publicações envolvendo o tema, além de que, é necessário a constante prática dos índices em questão para o estabelecimento da sensibilidade de medição e das propriedades discriminativas dos questionários. Além disso, os questionários demonstraram considerável sensibilidade de medição, enfatizando que as formas curtas estão detectando uma variabilidade substancial na percepção da QVRSB infantis.

*O CPQ11-14 foi construído usando um processo de andares múltiplos sistemáticos com base na teoria de medição e desenvolvimento em grande escala. O processo para o desenvolvimento e avaliação de saúde relacionada com qualidade de vida (QV), medidas descritas por Guyatteta e Junipereta, foi seguido. A característica que define o processo de desenvolvimento utilizado é o estudo de impacto item, que seleciona perguntas para um questionário final de um conjunto inicial de perguntas com base em seus escores de impacto. Pontuações de impacto são obtidas pela multiplicação da frequência da experiência dirigida por cada questão e a classificação média da resposta emocional que evoca nas crianças estudadas. Uma descrição detalhada pode ser encontrada em outras publicações. Os participantes, tanto no desenvolvimento e avaliação do CPQ11-14 eram crianças com cárie (grupo de odontopediatria), má oclusão (grupo ortodôntico) e fissuras de lábio e/ou palato (grupo oro-facial). (JOKOVIC, 2006)*

No que concerne à capacidade de avaliar importantes mudanças após a intervenção ou terapias clínicas, Butazzi (2012) avaliou a capacidade de resposta dos CPQ11-14 e Child-OIDP por meio de: (I) a variação média observada nos escores antes e depois do tratamento, (II) o inquérito, o tamanho do efeito, (III) uma avaliação da significância estatística de dentro de grupos com mudanças ao longo do tempo de acordo com o juízo de transição global, e (IV) o *Receiver Operating Characteristic (ROC)*, através da sensibilidade e especificidade dos questionários. O autor concluiu que os índices apresentam satisfatória responsividade, ou seja, a capacidade de avaliar mudanças clínicas relevantes, bem como mudanças positivas ocorreu pós-terapias em toda a amostra para ambos os índices CPQ11-14 e Child-OIDP. De acordo com o julgamento de transição global, 90,1% dos participantes relataram uma melhora após o

tratamento, 7,9% não relataram nenhuma mudança e 2% relataram deterioração. O tamanho do efeito foi de 1,0 para o CPQ geral 11-14 e 0,5 por Child-OIDP.

Logo, a capacidade de resposta ou até mesmo a capacidade de detectar alterações clínicas importantes é uma propriedade necessária de um questionário para medir qualidade de vida relacionada à saúde oral, principalmente no que se refere a avaliar a atual situação de saúde do indivíduo, bem como os efeitos das terapias clínicas que influenciam e buscam melhorias na QV dos pacientes (BUZATTI, 2012).

## 2.3 CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL RELACIONADA AO CPQ11-14

### 2.3.1 Experiência de Cárie

A cárie dentária é uma doença infectocontagiosa de alta prevalência e pode acarretar desconforto, dor e impacto negativo na qualidade de vida de crianças e de suas famílias (ABANTO et al., 2012). Este agravo pode acarretar transtornos para a família como: interrupção das atividades dos responsáveis para proporcionar tratamento às crianças ou distúrbios no sono nos acometidos e nos familiares em decorrência das dores (LOCKER et al., 2002; BARRÊTTO et al., 2004).

De acordo com o SB Brasil (BRASIL, 2010), levantamento epidemiológico de abrangência nacional realizado em 2010, aos 12 anos, 66,5% das crianças apresentam alguma sequela de cárie e uma média de 2,07 dentes com experiência de cárie dentária. Para esta idade, os menores índices encontram-se na região Sudeste e Sul enquanto médias mais elevadas foram encontradas nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Ainda com base no mesmo levantamento, obtém-se que a média do CPO-D na região Nordeste é 2,63 por indivíduo de 12 anos, ficando abaixo apenas da região Norte e se igualando ao Centro-Oeste.

Page et al. (2011) além de relacionarem a prevalência de cárie em crianças na faixa-etária de 11 a 14 anos com o impacto na suas QVs também demonstraram a eficácia e confiabilidade da versão curta do CPQ11-14, associado a isto, viram a necessidade de determinar a validade das propriedades da medida em amostras com definições maiores e mais diversificadas. Logo, realizaram um estudo com o objetivo de analisar o desempenho do CPQ11-14 Item Short Form 16 em diferentes comunidades e culturas diversas com experiência de cárie. Foram feitos levantamentos epidemiológicos transversais quanto à saúde bucal da criança em duas regiões da Nova Zelândia (norte e sul), uma região em Brunei, e um no Brasil. As crianças foram examinadas para cárie dentária (seguidas às orientações da

OMS) e a QVRSB foi medida utilizando o Item Short Form 16 CPQ11-14, juntamente com duas questões globais sobre QVRSB. A validade de construto foi avaliada pela comparação dos escores médios de escala através das categorias de experiência de cárie e os resultados globais de saúde bucal e bem-estar das crianças. Houve variações substanciais na experiência de cárie entre as diferentes comunidades (de 1,8 a 4,9 em Otago em Northland) e na média de pontos do Short CPQ11-14 (de 11,5 em Northland para 16,8 em Brunei). Em todas as amostras, a experiência de cárie teve maior média de pontuação no CPQ11-14 do que aqueles que estavam livres de cárie ( $p < 0,05$ ). Também houve maior pontuação CPQ naqueles com pior auto-avaliação de saúde bucal, com a amostra de Otago apresentando a gradiente mais marcante em todas as categorias de resposta para a auto-avaliação da saúde bucal. Os resultados sugerem que o CPQ11-14 Short Form versão apresenta um bom desempenho em diversas culturas e níveis de experiência de cárie.

*As razões para as diferenças nas pontuações médias CPQ entre as comunidades não são claras e podem refletir diferenças sócio-culturais sutis na saúde bucal subjetiva entre essas populações, mas a elucidação destes requer uma maior exploração da face e conteúdo de validade da medida em diferentes populações (PAGE et al., 2011).*

Para os autores que realizaram um estudo a fim de avaliar o desempenho do CPQ em meio a diferenças socioculturais, a versão curta 16 do CPQ pode ser bem executada em diversas culturas com variados níveis de experiência de cárie, fato que designa e reafirma a boa relação entre os índices em questão (PAGE et al., 2012; FERNANDES, 2013).

### **2.3.2. Maloclusões**

Configuram-se em alterações no desenvolvimento do sistema dentofacial e acomete os músculos e ossos maxilares, podendo causar distúrbios estético-funcionais, além de prejudicar a interação social e qualidade de vida, constituindo-se num problema de saúde pública ao passo em que estes aspectos já citados são associados a sua alta prevalência (PERES et al., 2007; LUI et al., 2009; BRASIL, 2010)

De acordo com o SB Brasil (BRASIL, 2010) verificou-se que, aos 12 anos de idade, a presença de oclusão considerada normal, segundo o Índice de Estética Dental (IED), foi semelhante em todas as regiões, com prevalência de cerca de 60%, ou seja, cerca de 40,0% das crianças com 12 anos de idade apresentam alterações na oclusão. A Região Norte apresentou a menor prevalência (7,4%) de oclusopatias severas do que a Região Sudeste

(13,0%). Em todo o Brasil, a prevalência de oclusopatia severa aos 12 anos de idade foi de 7,1% e nenhuma variação significativa foi observada entre as regiões.

O Manual da OMS (WHO, 1997), em sua quarta edição, propôs um novo índice de avaliação elaborado por Cons e colaboradores (CONS et al., 1989), denominado DAI (sigla derivada da expressão inglesa '*Dental Aesthetic Index*'). O princípio básico do DAI é de uma combinação de medidas (não somente oclusais), as quais, em seu conjunto, explanam além dos problemas oclusais, a necessidade de tratamento ortodôntico. No geral, 11 medidas são obtidas, considerando-se três grandes dimensões que devem ser avaliadas: a dentição, o espaço e a oclusão propriamente dita (BRASIL, 2010).

Tendo em vista o papel importante da estética dentofacial nas inter-relações sociais e bem-estar psicológico constata-se, que por vezes, as maloclusões causam inibições nas crianças durante o simples ato de sorrir, além de desordens financeiras para os responsáveis (MARQUES et al., 2006). Por apresentar componente psicossocial, o tratamento das maloclusões requer o uso de medidores de saúde bucal relacionadas à qualidade de vida (OLIVEIRA E SHEIHAM, 2004). Além disto, a utilização exclusiva de critérios clínicos para definição de problemas ortodônticos pode superestimar as necessidades de tratamento ortodôntico, logo, a perspectiva do paciente deve ser um aspecto importante para o sucesso da reabilitação (PERES et al., 2007).

Moura e Gamaliel (2012) observaram a partir de um estudo transversal com amostra de conveniência (n=75) de escolares (08-14 anos) de Belo Horizonte - MG, Brasil, o impacto na qualidade de vida através dos instrumentos CPQ8-10 e CPQ11- 14, cárie e necessidade normativa de tratamento ortodôntico através de exame clínico bucal utilizando os índices CPO-D e DAI. Com relação à faixa-etária de interesse para o presente estudo, a média do CPQ11-14 (escore total 64 pontos) foi de 17,4 pontos. Foi ainda observada uma associação significativa entre impacto na qualidade de vida e cárie nos alunos de 11 a 14 anos ( $p=0,021$ ), após análise descritiva, teste qui-quadrado e Mann-Whitney ( $\alpha = 0.05$ ). A necessidade normativa de tratamento ortodôntico mostrou associação significativa com impacto negativo na qualidade de vida nas crianças ( $p=0,015$ ) e adolescentes ( $p=0,048$ ). O DAI apresentou associação significativa os domínios limitação funcional ( $p= 0.0235$ ) e bem-estar social ( $p= 0.0378$ ).

Ribeiro et al. (2012) destacam a importância da avaliação do bem-estar subjetivo e dos questionamentos sobre interferências nas atividades de humor, lazer ou sono, assim como nas relações interpessoais, a partir de um estudo que teve como objetivo avaliar a qualidade de vida e bem-estar subjetivo, além de validar o questionário aplicado a crianças de 2 a 12 anos



respiradoras bucais. Para tal, abordaram cuidadores e crianças que foram atendidas no ambulatório do Respirador Oral do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, aplicando questionários em momentos distintos questionando-os sobre felicidade, qualidade de vida, seus determinantes e interferência do padrão respiratório.

### **2.3.3 Traumatismo Dentário**

O traumatismo buco-dental pode gerar dor, perda de função e da estética, além de problemas psicológicos para crianças, adolescentes e cuidadores. Este pode variar desde uma simples fratura no esmalte até a avulsão do elemento dental. Diversas são as alterações dentárias que acometem indivíduos vítimas de um trauma, dentre as quais ganha importância as que causam limitações funcionais como as luxações, perda de estrutura dentária, reabsorções radiculares, sensibilidade, dor, mobilidade e necrose pulpar. Embora trauma dental seja mais comum em crianças com idades pré-escolares, uma vez que, este é o período no qual as crianças desenvolvem suas habilidades motoras, aprendem engatinhar, andar e correr, esta morbidade não deixa de se fazer presente ao longo de toda a vida escolar, devido a elevadas práticas de atividades físicas, colisões, prática de esportes e quedas. Na maior parte dos estudos o gênero masculino apresenta uma prevalência de maior destaque, fato que pode ser explicado devido à frequência de práticas desportivas ou agitação própria que culminam em maior número de quedas ou colisões (SOUZA et al., 2008; DE PÁDUA et al., 2009; ALDRIGUI et al., 2011; CARVALHO et al., 2012).

Algumas morbidades odontológicas ocorrem com relativa frequência em crianças, afetando negativamente sua QV. Como exemplos a cárie dentária, maloclusões, traumatismos dentários, fluoroses dentárias, alterações de desenvolvimento crânio-facial (fissuras lábio-palatinas, hipodontia, oligodontia), sangramento gengival (KOK, et al., 2004; LOCKER et al., 2005; FAKHRUDDIN et al., 2008; WONG et al., 2006; LOCKER et al., 2010).

Dentre as supracitas, os traumatismos dentários vêm sendo considerados problemas comprometedores da saúde de crianças e grandes causadores deste impacto negativo. O traumatismo dentário apresenta um caráter especial devido a sua alta prevalência (CARDOSO et al., 2002; CORTES, et al. 2002; GRANVILLE-GARCIA et al., 2006, OLIVEIRA et al., 2007; FERREIRA et al., 2009) alto impacto psicossocial e custos elevados para tratamento (CORTES, MARCENES E SHEIHAM, 2002; RAMOS-JORGE et al., 2007; FAKHRUDDIN et al., 2008).

Em alguns casos, o traumatismo dentário pode ocasionar perdas dentais irreparáveis, seja no momento do acidente, seja durante o tratamento ou anos após o fato. Como visto, esta condição pode gerar custos e criar sérios danos estéticos, psicológicos, sociais. No caso de crianças, esses danos afetam além de seus pais, responsáveis ou educadores, também o profissional que presta o atendimento, uma vez que a resolução adequada e "definitiva" nem sempre é simples e rápida (ATUNES, 2012).

De acordo com o SB Brasil em seu último levantamento, a prevalência de traumatismo dentário foi de 20,5%. O tipo de lesão mais frequente foi à fratura de esmalte, com prevalência de 16,5% de pelo menos um dente incisivo afetado, que correspondem a 80% dos casos detectados com trauma. A fratura de esmalte e dentina foi identificada em 4,0% da amostra (19,0% dos casos de trauma), não havendo diferença entre as regiões para tal. No tocante a fratura de esmalte e dentina com exposição pulpar 0,2% dos examinados apresentaram esta condição e a ausência dentária oriunda do traumatismo foi de 0,1% (BRASIL, 2010).

Bendo et al. (2010) realizaram um estudo transversal em escolas públicas e privadas da cidade de Belo Horizonte, Brasil, que constitui o primeiro na população brasileira de crianças a investigar o impacto de afecções traumáticas dentais na QVRSB com instrumento específico. Foi avaliada uma amostra de 1612 crianças na faixa etária de 11 a 14 anos. Inicialmente foram detectadas crianças com diagnóstico de traumatismo dentário não tratado (n=219) e tratado (n=64), e seguidamente aplicado o instrumento CPQ11-14. A comparação entre esses grupos constatou apenas associação entre o traumatismo dental e o domínio Impacto Social do CPQ11-14, sendo este impacto principalmente negativo no tocante a sorrir em público, dar risadas ou se preocupar com o que as outras pessoas pensam sobre elas. Não houve associação, para o estudo, entre o traumatismo e os outros domínios do instrumento, sintomas orais, limitação funcional ou bem-estar emocional.

Fakhuddin et al. (2008) realizaram um estudo do tipo caso-controle que objetivava avaliar a QV mediante trauma dental em pessoas tratadas e não-tratadas, em uma amostra constituída de 270 adolescentes de 12 a 14 anos que relataram 1 ou 2 traumas. O instrumento utilizado CPQ<sub>11-14</sub> observou que crianças com trauma dental de incisivos superiores não tratadas se mostraram com maior dificuldade na mastigação e evitavam sorrir. Nessa amostra, o impacto na subescala bem-estar social foi maior do que o impacto nas subescalas funcional e bem-estar emocional. Foi possível concluir que as crianças acometidas por injúrias apresentavam maior risco de impacto social negativo e dificuldades de mastigação (Domínios: Limitação funcional e bem-estar social).

Teixeira et al. (2011) constataram uma prevalência de 34,95% para traumatismo dentário, em um estudo transversal realizado com 1.528 escolares com idade de dose anos em Porto Alegre, RS. No mesmo estudou, conclui-se que o traumatismo dentário gera impacto na QV destes abordados, sendo as funções orais (domínio limitação funcional, do instrumento CPQ11-14) comprometidas devido ao trauma.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Avaliar o impacto das condições de saúde na qualidade de vida e fatores associados em escolares de 12 anos de idade no município de Patos, Paraíba, Brasil.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Descrever o perfil da amostra de crianças de 12 anos em relação às características sociodemográficas;
- Caracterizar a amostra de escolares de 12 anos em relação às condições subjetivas relacionadas à saúde bucal e utilização de serviços odontológicos;
- Avaliar as condições de saúde bucal referentes à experiência de cárie dentária, traumatismo dentário e oclusopatias;
- Avaliar a percepção do impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida dos escolares e sua associação com fatores sociodemográficos, utilização de serviços odontológicos, condições normativas e subjetivas em saúde bucal.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 DESENHO DE ESTUDO**

O presente estudo se caracteriza por ser quantitativo, descritivo e analítico, com delineamento do tipo transversal.

### **4.2 LOCALIZAÇÃO DO ESTUDO**

Este estudo foi realizado em 04 Escolas Municipais do município de Patos, Paraíba, Brasil.

### **4.3 POPULAÇÃO DE REFERÊNCIA**

Crianças de 12 anos de idade regularmente matriculadas em Escolas Municipais do município de Patos, Paraíba, Brasil.

### **4.4 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE**

#### **4.4.1 Critério de Inclusão**

Foram incluídas no estudo as crianças de 12 anos de idade sorteadas nos dias determinados para a pesquisa.

#### **4.4.2 Critérios de Exclusão**

Foram excluídas da amostra as crianças que por algum motivo se recusaram a participar da entrevista e/ou exame físico, bem como os pais ou responsáveis diretos das mesmas que não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) e crianças que não se encontravam na escola no dia da coleta e dados.

### **4.5 DELINEAMENTO AMOSTRAL**

A amostra do presente estudo é do tipo probabilística por conglomerados, com processo de seleção de forma aleatória simples, por meio de sorteio. As Unidades Primárias de Amostragem (UPAs) serão as escolas, tendo por base a divisão geográfica da cidade (norte – sul – leste – oeste). Foi sorteada uma escola de cada região geográfica da cidade. As Unidades Secundárias de Amostragem (USAs) são as crianças de 12 anos presentes nos dias determinados para a realização da pesquisa. Foram sorteadas 30 crianças em cada uma das escolas sorteadas, sendo a amostra total de 120 crianças.

#### **4.5.1 Perdas Amostrais**

Foram consideradas perdas amostrais de crianças e/ou pais que se recusaram a participar da pesquisa.

#### **4.6 CALIBRAÇÃO**

Uma etapa de calibração foi realizada visando assegurar uma interpretação, entendimento e aplicação uniformes do questionário formulado. A avaliação da consistência interna, inter e intraexaminador foram feitas por meio do *Coefficiente Kappa (K)*, bem como, pela concordância percentual inter e intraexaminador.

#### **4.7 ESTUDO PILOTO**

Um estudo piloto foi realizado previamente à coleta de dados propriamente dita com os seguintes objetivos: avaliar a qualidade do instrumento de coleta de dados, mais precisamente em relação à compreensão do questionário; apreciar os métodos de trabalho de campo (tempo de entrevista e número mínimo de entrevistas por turno); e realizar os ajustes devidos para etapa de coleta de dados.

#### **4.8 CARACTERIZAÇÃO DA PRODUÇÃO DE DADOS**

Foi utilizado um questionário e uma Ficha Clínica (APÊNDICE B), aplicados por um entrevistador devidamente calibrado para esta função nas dependências das Escolas, no período matutino e / ou vespertino. Os exames físicos foram realizados nos espaços abertos das Escolas sob luz natural.

## 4.9 CONTROLE DE QUALIDADE

O controle de qualidade do presente estudo foi realizado a partir da reaplicação do questionário a uma amostra aleatória de 10,0% dos usuários. Para esse controle foi utilizado o *Coefficiente Kappa (K)* e a concordância percentual inter e intraexaminador.

## 4.10 VARIÁVEIS DO ESTUDO

### 4.10.1 Variável Dependente

A variável dependente (desfecho do estudo) foi *Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal (QVRSB)*, mensurada por meio *Child Perceptions Questionnaire (CPQ<sub>11-14</sub>)* (JAKOVIC et al., 2002) versão curta – ISF (Impacto Short Forms): 16 (JOKOVIC et al., 2006) (Anexo B), instrumento direcionado a mensurar o impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida de crianças de 11 a 14 anos de idade. O CPQ<sub>11-14</sub> consta de 16 questões que envolvem os seguintes domínios: sintomas bucais, limitações funcionais, bem-estar emocional e social. Esta versão foi validada para o Brasil por meio do estudo de Torres et al. (2009).

### 4.10.2 Variáveis Independentes

As variáveis independentes foram: *sexo* (masculino / feminino); *cor* (branca / preta / amarela / parda / indígena); *dor de dente nos últimos seis meses* (sim / não); *visita ao dentista* (sim / não); *última vez que foi ao dentista* (menos de um ano / um a dois anos / três ou mais anos); *motivo da última consulta ao dentista* (prevenção / dor extração / tratamento); *local da última consulta ao dentista* (público / privado); *satisfação com o sorriso* (satisfeito / insatisfeito); *motivo da insatisfação ao sorrir*; *necessidade autorreferida de tratamento odontológico* (sim / não). Os critérios normativos avaliados foram: as *Lesões Traumáticas Dentárias (LTDs)* que foram avaliadas por meio da classificação proposta por Cortes (2002), especificamente para os incisivos superior e inferior. Essa classificação categoriza os achados de acordo com os aspectos clínicos tanto em relação às alterações dentárias quanto ao tratamento realizado em consequência de acidentes que afetaram o órgão dental e, portanto, satisfatória para fins epidemiológicos. São elas: 0 – Ausente; 1 – Mudança de Cor da Coroa; 2

– Fratura Envolvendo Esmalte; 3 – Fratura Envolvendo Esmalte e Dentina; 4 - Fratura Envolvendo Esmalte, Dentina e Polpa; 5 – Perda Devido ao Trauma; 6 – Restauração de Ionômero de Vidro ou Resina Composta; 7 – Deslocamento Devido ao Trauma. As LTDs foram categorizadas em: *LTDs Complicadas* (Códigos 4, 5, 6, e 7) e *LTDs Não Complicadas* (Códigos 1, 2 e 3). A *Experiência de Cárie Dentária* foi avaliada por meio do CPO-D (Índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados) e as *Oclusopatias* foram avaliadas por meio do Índice de Estética Dentária (IED) (APÊNDICE B).

#### 4.10 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Foi empregada a estatística descritiva, por meio de frequências absolutas e relativas, para caracterização da amostra. Seguidamente sendo realizada análise bivariada, por meio do teste Qui-Quadrado de heterogeneidade e tendência linear. O nível de significância utilizado foi de 5% ( $p < 0,05$ ) e intervalo de confiança de 95% (IC95%). Para análise estatística utilizou-se o *software* SPSS 13.0 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos).

#### 4.11 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Campina Grande, (CEP/ HUAC/ UFCG). Foram respeitados os preceitos éticos que determinam as diretrizes das pesquisas envolvendo seres humanos, conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

Um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), redigido com uma linguagem de fácil entendimento e contendo todas as informações a respeito do estudo proposto foi entregue aos participantes da pesquisa, previamente à aplicação do questionário para as devidas autorizações. É importante ressaltar que foi sempre exposto ao participante da pesquisa que sua participação seria voluntária e que o mesmo teria autonomia para desistir a qualquer momento da pesquisa.



## REFERÊNCIAS

ABANTO J.; PAIVA, S. M.; RAGGIO, D. P.; CELIBERTI, P.; ALDRIGUI, J.M.; BÖNECKER, M. The impact of dental caries and trauma in children on family quality of life. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 40, p. 323–331, 2012.

ANTUNES, L. A. A.; LUIZ, R. R.; LEÃO, A. T.; MAIA, L. C. Initial assessment of responsiveness of the P-CPQ (Brazilian Version) to describe the changes in quality of life after treatment for traumatic dental injury. *Rio de Janeiro*, v. 17, no. 12, Jan. 2012.

ANTUNES, L. A. A.; LUIZ, R. R.; LEÃO, A. T.; MAIA, L. C. Initial assessment of responsiveness of the P-CPQ (Brazilian Version) to describe the changes in quality of life after treatment for traumatic dental injury. **Scielo: Ciênc. Saúde coletiva**. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012001200026](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001200026)>. Acesso em: 30 de out. 2014.

ANTUNES, L. A. A.; LUIZ, R. R.; LEÃO, A. T.; MAIA, L. C. Initial assessment of responsiveness of the P-CPQ (Brazilian Version) to describe the changes in quality of life after treatment for traumatic dental injury. **Santa Maria: UFSM**. xxi, 147 f. : il. ; 31 cm. Referências bibliográficas: f. 126-132.

ARDRIGUI, M. J. Impact of traumatic dental injuries and malocclusions on quality of life of young children. **Health and Quality of Life Outcomes**, São Paulo, 2011.

BARBOSA, T.S.; LEME, M.S.; CASTELO, P.M.; GAVIÃO, M.B. Evaluating oral health-related quality of life measure for children and preadolescents with temporomandibular disorder. **Health Qual Life Outcomes**, v.12, n.9, May, p.32, 2011.

BARRÊTTO, E.; FERREIRA, E.; PORDEUS, I. Evaluation of toothache severity in children using a visual analogue scale of faces. **Pediatr Dent**, v. 26, n. 6, p. 485-91, 2004.

BENDO, C. B.; PAIVA, S. M.; TORRES, C. S.; OLIVEIRA, A. C.; GOURSAND, D.; PORDEUS, I. A. Association between treated/untreated traumatic dental injuries and impact

on quality of life of Brazilian schoolchildren. **Health Qual Life Outcomes**, v. 4, n. 8, p.114, 2010.

BOWLING, A. Health-related quality of life: a discussion of the concept, its use and measurement. **In Measuring Disease**. Edited by Bowling A. Buckingham, UK, University Press, 1999.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde**. Pesquisa Nacional de saúde bucal, Projeto SB Brasil 2010: Condições de saúde bucal da população brasileira 2009-2010. Resultados Principais. Brasília, 2011.

BRODER, H.; MCGRATH, C.; CISNEROS, J. Questionnaire development: face validity and item impact testing of the child oral health impact profile. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 11, p. 8-19, Aug 2007.

BUTAZZI, C. B. S. Responsividade das versões brasileiras do CPQ11-14 e CHILD-OIDP. **Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria**, 2012.

CARDOSO, M., de CARVALHO, ROCHA, M.J. Traumatized primary teeth in children assisted at the Federal University of Santa Catarina, Brazil. **Dent Traumatol**, v.18, p.129-33. Santa catarina, 2002.

CARVALHO, B. Prevalence of dental trauma among 6-7-yearold children in the city of Recife, PE, Brazil. **Braz J Oral Sci**, v. 11, n.1, p.72-75. Recife, 2012.

ONS, N.C.; JENNY, J., KOHOUT, F.J. DAI: the Dental Aesthetic Index. Iowa City, **Iowa: College of Dentistry**, University of Iowa, 1986.

CORTES, M. I.; MARCENES, W.; SHEIHAM, A. Impact of traumatic injuries to the permanent teeth on the oral health-related quality of life in 12-14-year-old children. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 30, p. 193-8. 2002.

DAMASCENO, L. M.; MARASSI, C. S.; RAMOS, M. E. B.; SOUZA, I. P. R. S. Alterações no comportamento infantil diante da perda de dentes anteriores: Relato de caso. **Rev. Bras Odontol**, v. 59, n. 3. Mai-jun. 2012.

FAKHURDIN, K. S.; LAWRENCE, H. P.; KENNY, D. J.; LOCKER, D. Etiology and environment of dental injuries in 12- to 14-year-old Ontario schoolchildren. **Dent Traumatol**, v. 24, p. 305-8. 2008.

FERREIRA, J. M.; FERNANDES DE ANDRADE, E. M.; KATZ, C. R.; ROSENBLATT, A. Prevalence of dental trauma in deciduous teeth of Brazilian children. **Dent Traumatol**, v. 25, p. 219–223, Abril 2009.

FERNANDES, M. L. M. L.; MOURA, F. M. P.; GAMALIEL, K. S.; CORRÊA-FARIA, P. Cárie Dentária e Necessidade de Tratamento Ortodôntico: Impacto na Qualidade de Vida de Escolares. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v. 13, n. 1, p. 37-43. Jan./mar 2013.

FOSTER PAGE, L. A.; THOMSON, W. M.; JOKOVIC A.; LOCKER D. Validation of the ChildvPerceptions Questionnaire (CPQ 11-14). **J Dent Res**, v. 84, n. 7, p. 649-52. 2005.

GERUNPONG, S.; TSAKOS, G.; SHEIHAM, A. Developing and evaluating an oral healthrelated quality of the index for children; the CHILD-OIDP. **Community Dent Health**, v. 21, n. 2, p. 161-9. 2004.

GERUNPONG, S.; SHEIHAM, A.; TSAKOS, G. A sociodental approach to assessing children's oral health needs: integrating an oral health-related quality of life (OHRQoI) measure into oral health service planning. **Bull World Health Organ**, v. 84, p. 36-42. 2006.

GOURSAND D.; PAIVA S. M.; ZARZAR P. M.; RAMOS-JORGE M. L.; CORNACCHIA G. M.; PORDEUS I. A.; ALISSON, P. J. Cross-cultural adaptation of the Child Perceptions Questionnaire 11-14 (CPQ 11-14) for the Brazilian Portuguese language. **Health Qual Life Outcomes**. v. 6, n. 2, p.1-7, 2008.

GOURSAND, D.; PAIVA, S.M.; ZARZAR, P.M.; PORDEUS, I.A.; GROCHOWSKI, R.; ALLISON, P.J. Measuring parental-caregiver perceptions of child oral health-related quality of life: psychometric properties of the Brazilian version of the P-CPQ. **Braz Dent J**, v. 20, p. 169-74, 2009.

GRANVILLE-GARCIA, A. F.; DE MENEZES, V. A.; DE LIRA, P. I. C. Dental trauma and associated factors in Brazilian preschoolers. **Dent Traumatol**, v. 22, n. 6, p. 318–322. Dec 2006.

GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. Cross-cultural adaptation of healthrelated quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **J Clin Epidemiol** 1993, v. 46, n. 14, p. 17-32, 1993.

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

JOKOVIC, A.; LOCKER, D.; TOMPSON, B.; GUYATT, G. Questionnaire for measuring oral health-related quality of life in eight-to-ten-year-old children. **Pediatr Dent**, v. 26, n. 6, p. 512-8, 2004.

JOKOVIC, A.; LOCKER, D.; GUYATT, G.. Short forms of the Child Perceptions Questionnaire for 11-14-year-old children (CPQ11-14): Development and initial evaluation. **Health and Quality of Life Outcomes**, London, v. 4, p. 1-9. Jan. 2006.

JUNIOR, P. M.; JORGE, J. R.; PAIVA, S. M.; MARQUES, L. S.; JORGE, M. L. R.; Validations of the Brazilian version of the *Early Childhood Oral Health Impact Scale* (ECOHis)., **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro v. 28, n. 2. Fev. 2012.

KOK, Y.V.; MAGESON, P.; HARRADINE, N. W; SPROD, A. J. Comparing a quality of life measure and the Aesthetic Component of the Index of Orthodontic Treatment Need (IOTN) in assessing orthodontic treatment need and concern. **J Orthod**, v. 31, n. 4, p. 312-8. Dez. 2004.

KUCZYNSKI, E.; ASSUMPCÃO JR, F. P. Definições atuais sobre o conceito de qualidade de vida na infância e adolescência. **Pediatr Mod**, v. 35, n. 3, p. 73-78. 1999.

LIU, Z.; MCGRATH, C.; HÄGG, U. The impact of malocclusion/orthodontic treatment need on the quality of life: a systematic review. **Angle Orthod**, v. 79, n. 3, p. 585-591. 2009.

LOCKER, D.; JOKOVIC, A.; STEPHENS, M.; KENNY, D.; TOMPSON, B.; GUYATT, G. Family impact of child oral and oro-facial conditions. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 30, n. 6, p. 438-48, 2002.

LOCKER, D.; JOKOVIC, A.; TOMPSON, B. Health-Related Quality of Life of Children Aged 11 to 14 Years With Orofacial Conditions. **Cleft Palate Craniofac J**, v. 42, n. 3, p. 260-6. Maio 2005.

LOCKER, D.; JOKOVIC, A.; PRAKASH, P.; TOMPSON, B. Oral health-related quality of life of children with oligodontia. **Int J Paediatr Dent**, v. 20, n. 1, Jan, p.8–14. 2010.

MARSHMAN, Z.; RODD, H.; STERN, M.; MITCHELL, C.; LOCKER, D.; JOKOVIC, A.; ROBINSON, P.G. An evaluation of the Child Perceptions Questionnaire in the UK. **Community Dent Health**, v. 22, n. 3, p. 151-55, 2005.

MARQUES, L. S.; RAMOS-JORGE, M. L.; PAIVA S. M.; PORDEUS, I. A. Malocclusion: esthetic impact and quality of life among Brazilian schoolchildren. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, v. 129, n. 3, p. 424-7, 2006

MCGRATH, C.; PANG, H.N.; LO, E.C.; KING N.M.; HÄGG U.; SAMMAN, N. Translation and evaluation of a Chinese version of the Child Oral Health-related Quality of Life measure. **Int J Paediatr Dent**. v. 18, p. 267-274, 2008.

MOURA, F. M. P.; GAMALIEL, K. S. Cárie dentária e necessidade de tratamento ortodôntico: impacto na qualidade de vida de escolares. **Correio ABO**, Minas Gerais, v. 283, p. 17, jan/fev/Marc. 2012.

NETO, J. B. M.; ZANOL, R.; FERNANDES, S.; FERNANDA VENTURATO, F.; REIS, G. B. V.; ALVES, M.; OLIVEIRA, V. S. F.; FERNANDES, M. L. M. F. Influência das condições bucais na qualidade de vida de adolescentes com anemia falciforme e sem anemia falciforme: estudo piloto. **Revista de Iniciação científica Newton Paiva**. Disponível em: <<http://npa.newtonpaiva.br/iniciacaocientifica/?p=103>>. Acesso julh. 2014.

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

OLIVEIRA, L. B.; MARCENES, W.; ARDENGHI, T.M.; SHEIHAM, A.; BÖNECKER, M. Traumatic dental injuries and associated factors among Brazilian preschool children. **Dent Traumatol**, v. 23, n. 2, Apr, p. 76–81, Abril 2007.

O'BRIEN, K.; WRIGHT, J. L.; CONBOY, F.; MACFARLANE, T.; MANDALL, N. The Child Perceptions Questionnaire is valid for malocclusions in the United Kingdom. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, v. 129, n. 4, p. 536-40, 2006.

OMS. Formulário de avaliação. In: OMS Levantamentos Básicos em Saúde Buca, p. 21-52 São Paulo: Santos, 1999.

OMS, **Organização Mundial da Saúde**. Mental health resources in the world: Initial results of Projet ATLAS. Genebra, Organização Mundial da Saúde. Fact Sheet No 260. Abril 2001.

PAGE, L. A. F.; THOMSON, W.M.T.; MOHAMED, A. R.; TRAEBER, J. Performance and cross-cultural comparison of the short-form version of the CPQ<sub>11-14</sub> in New Zealand, Brunei and Brazil, 2011. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 9, p. 40. 2011.

PERES, K. G.; BARROS, A. J.; PERES, M. A.; VICTORA, C.G. Effects of breastfeeding and sucking habits on malocclusion in a birth cohort study. **Rev Saude Publica**, v. 41, n. 3, p. 343-50, 2007.

RAMOS-JORGE, M. L.; BOSCO, V. L.; PERES, M. A.; NUNES, A. C. G. P. The impact of treatment of dental trauma on the quality of life of adolescents – a case-control study in southern Brazil. **Dent Traumatol**, v. 23, n. 2, p. 114-9, 2007.

REBOK, G.; RILEY, A.; FORREST, C. Elementary school-aged children's reports of their health: a cognitive interviewing study. **Qual Life Res**, v. 10, n. 1, p. 59-70, 2001.

RIBEIRO, M. L. Validação de questionário de qualidade e avaliação do bem-estar subjetivo de crianças respiradoras orais: avaliação através de questionário validado e entrevista semi-estruturada. **Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina**. 183 f., enc. CDD: 616.

SHEIHAM, A.; MAIZELS, J. E.; CUSHING, A. M. The concept of need in dental care. **Int dent J**, v. 32, n. 2, p. 265-270, 1982.

SOUZA, L. D. Prevalência de trauma dental em crianças atendidas na Universidade Federal do Ceará. **Rev. odonto ciênc**, v. 23, n. 4, p. 355-359, 2008.

TEIXEIRA, N. D. Epidemiologia do traumatismo dentário de escolares de 12 anos em Porto Alegre – RS- Brasil. **Universidade Federal do Rio Grande do Sul**. Faculdade de Odontologia. Porto Alegre, out. 2011.

THEUNISSEN, N. C. M.; VOGELS, T. G. C.; KOOPMAN, H. M.; VERRIPS, G. H. W.; ZWINDERMAN, K. A. H.; VERLOOVE-VANHORICK, S. P.; WIT, J. M. The proxy problem: child report versus parent report in health-related quality of life research. **Qual Life Res**, v. 7, n. 5, p. 387-97, 1998.

TESCH, C. F.; OLIVEIRA, H. B; LEÃO, A. Emantic equivalence of the Brazilian version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 24. n. 8, Aug. 2008.

TORRES, C. S.; PAIVA S. M.; VALE, M. P; PODEUS, I. A.; RAMOS-JORGE, M. L.; OLIVEIRA, A. C.; ALYSSION, P. Psychometric properties of de brazilian version of the

child Perceptions Questionnaire (CPQ11-14) – short forms. **Health Qual Life Outcomes**, 2009.

TUNG, A.W.; KIYAK, H. A. Psychological influences on the timing of orthodontic treatment. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, v. 113, n. 1, p. 29-39, 1998.

WEYANT, R. J.; MANZ, M.; CORBY, P.; RUSTVELD, L.; CLOSE, J. Factors associated with parents' and adolescents' perceptions of oral health and need for dental treatment. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 35, p. 321-330. 2007.

WHO: Oral health surveys – basic methods. 4th ed. Geneva: World Health Organization, 1997.

WONG, A. T. Y.; MCMILLAN, A.S.; MCGRATH, C. Oral health-related quality of life and severe hypodontia. **J Oral Rehabil**, v. 33, n. 12, p. 869-73, 2006.



## 6 ARTIGO

# AVALIAÇÃO DO IMPACTO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA E FATORES ASSOCIADOS EM ESCOLARES DE 12 ANOS DE IDADE EM PATOS, PARAÍBA BRASIL.

IMPACT ASSESSMENT OF THE CONDITIONS FOR ORAL HEALTH IN THE QUALITY OF LIFE  
AND ASSOCIATED FACTORS IN SCHOOL OF 12 YEARS OF AGE IN PATOS – PARAÍBA, BRAZIL.

Rodolfo de Abreu Carolino<sup>1</sup>

Cristiano Moura<sup>2</sup>

Elizandra Silva da Penha<sup>3</sup>

Rosana Araújo Rosendo<sup>3</sup>

Mariana Carvalho Xerez<sup>1</sup>

---

## RESUMO

Objetivo: o presente estudo teve como objetivo avaliar o impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida e fatores associados em escolares de 12 anos de idade em Patos, Paraíba, Brasil. Materiais e Métodos: Trata-se de estudo do tipo transversal, com uma amostra probabilística de 102 crianças selecionadas de maneira aleatória em escolas municipais em Patos, Paraíba, Brasil. A variável dependente foi a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal (QVRSB) através do *Child Perceptions Questionnaire* (CPQ<sub>11-14</sub>) versão curta – ISF (Impacto Short Forms): 16 e as variáveis independentes foram relacionadas às características sociodemográficas, aspectos preventivos e clínicos em saúde bucal. Foram utilizadas estatísticas descritivas e análises bivariada dos dados. Resultados: O escore médio do CPQ<sub>11-14</sub> para amostra do estudo foi de 25. As variáveis demográficas e de prevenção em saúde bucal não se

mostraram associadas de maneira estatisticamente significativa com o escore médio do CPQ<sub>11-14</sub>. Dentre as variáveis subjetivas, a dor de origem dentária mostrou-se fortemente associada ao escore médio do CPQ<sub>11-14</sub>, bem como, ao Domínio Limitação Funcional (DFL). A necessidade de tratamento odontológico autorreferido mostrou-se associada ao Domínio Sintomas Orais (DSO) e Domínio Limitação Funcional (DLF) do CPQ<sub>11-14</sub>. Entre as condições normativas, apenas a maloclusões mostraram-se associadas ao Domínio Bem-Estar Emocional do CPQ<sub>11-14</sub>. Conclusão: As condições normativas pouco influenciaram na QVRSB, por outro lado, as condições subjetivas mostraram-se fortes preditores do impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida das crianças avaliadas.

**Palavras-chave:** Saúde Bucal; Qualidade de Vida; Crianças; Inquéritos de Saúde Bucal; Epidemiologia.

---

<sup>1</sup> Discente do curso de Bacharelado em Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG

<sup>2</sup> Docente do curso de Bacharelado de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG (Doutor em Odontologia)

<sup>3</sup> Docente do curso de Bacharelado de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG (Mestre em Odontologia)

**Correspondência:** Rodolfo de Abreu Carolino, número 369, apt. 602, Centro – Patos PB

Email: [rodolfoorg@yahoo.com.br](mailto:rodolfoorg@yahoo.com.br)

## ABSTRACT

**Objective:** This study aimed to evaluate the impact of oral health conditions on quality of life and associated factors among schoolchildren in 12 years in Patos, Paraíba, Brazil.

**Materials and Methods:** This is cross-sectional study with a probabilistic sample of 102 children randomly selected in municipal schools in Patos, Paraíba, Brazil. The dependent variable was related quality of life for Oral Health (QVRSB) through the Child Perceptions Questionnaire (CPQ11-14) short version - ISF (Impact Short Forms):

16 and the independent variables were related to sociodemographic characteristics, preventive and clinical aspects in oral health. Descriptive statistics and bivariate analyzes of the data were used. Results: The mean score for CPQ11-14 study sample was 25. The demographic variables and prevention in oral health were not associated in a statistically significant way with the average score of CPQ11-14. Among the subjective variables, the pain of dental origin was strongly associated with the mean score of the CPQ11-14, as well as the Domain Functional Limitation (DFL). The need for self-reported dental treatment was associated with the Domain Symptoms Oral (DSO) and Domain Functional Limitation (DLF) of CPQ11-14. Among the normative conditions, just malocclusions were associated to the Domain Wellness Emotional the CPQ11-14. Conclusion: Regulatory conditions hardly influenced the QVRSB, on the other hand, the subjective conditions were shown to be strong predictors of the impact of oral health conditions on quality of life of the children.

Keywords: Oral Health; Quality of Life; Children; Dental Health Surveys; Epidemiology.

## **INTRODUÇÃO**

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), saúde não pode ser designada apenas como ausência de doença, mas sim, como uma situação de bem-estar físico, mental e social. O conceito de saúde abrange os estados mentais, sociais e infere-se que este determinante se relaciona e está diretamente ligado ao conceito de qualidade de vida. Dentro deste contexto, as doenças bucais causam além de efeitos físicos,

também sociais e psicológicos que apresentam relação direta no bem-estar do indivíduo, e é esta ótica que apresenta subsídios para este estudo<sup>1</sup>.

Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal (QVRSB) se refere à percepção do impacto que a saúde ou as afecções orais causam sobre as funções diárias, atividades ou o estado de desenvolvimento psicossocial do indivíduo<sup>2</sup>. O conceito de saúde bucal pode ser percebido sob diversos domínios, dentre os quais a capacidade de mastigar, a dor e o desconforto demonstram-se como sendo os mais relevantes na percepção de bem-estar de cada pessoa<sup>3</sup>. Ademais, a estética dental também é considerada um fator fundamental para a autoconfiança e conseqüentemente para um pleno convívio social e êxito em determinadas atividades<sup>4</sup>.

A literatura abrange diversos instrumentos que viabilizam a mensuração mais acurada do impacto dos problemas bucais sobre a Qualidade de Vida (QV) de crianças e adolescentes. São os atuais índices, em detrimento a métodos tradicionais que não eram capazes de criar uma imagem de como estes problemas afetam a vida diária dos indivíduos<sup>5</sup>. A ideia de QV têm sido expandida e bastante contemplada como objeto de estudo, com a finalidade de que práticas como promoção de saúde ou prevenção específica gerem melhorias neste âmbito<sup>6</sup>, assim, os índices de qualidade de vida tornaram-se parte integrante da avaliação dos programas de saúde, ao passo que, vários são os instrumentos utilizados para melhorar e mensurar QVRSB em crianças e adolescentes<sup>7</sup>.

O CPQ11-14 foi desenvolvido no Canadá por Jokovic et al. (2002), testado e usado em crianças no Reino Unido<sup>8 e 9</sup> (MARSHMAN et al., 2005; O'BREIN et al., 2006), Nova Zelândia, Austrália, China, Tailândia, Brasil<sup>10 e 11</sup> (GROUSSAND; TORRES et al., 2009) e é composto por 37 questões divididas em 4 domínios e faz parte

do COHQoL. A proposta inicial foi pensada a partir da ideia que só havia índices que retratassem a QVRAB para adultos, e assim, Jokovic et al. (2002) realizaram um estudo para criar esta medida auto-relato (CPQ) do impacto das condições bucais e orofaciais em crianças de 11 a 14 anos de idade. Para sua confecção foi selecionado um conjunto de itens que englobam uma revisão da literatura e entrevistas com profissionais de saúde, pais e crianças doentes. Os 36 itens com maior frequência de relato e incômodo em 83 crianças foram selecionadas para o CPQ 11-14. O mesmo foi validado usando uma amostra de conveniência clínica e uma amostra populacional. Testes de validade envolveram uma amostra de 123 crianças<sup>12</sup> (JOKOVIC et al., 2002).

Torres et al. (2009) traduziram e adaptaram transculturalmente estas formas curtas do CPQ11-14 - ISF: 8 (Impact Short Forms) e o ISF(Impacto Short Forms): 16, testando-os em 136 crianças de 11 a 14 anos de idade, na cidade de Belo Horizonte - MG, Brasil. As propriedades de medida (ou seja, a validade de critério, validade de constructo, consistência interna, a confiabilidade teste-reteste) foram determinadas. A validade discriminante foi testada com grupos divididos em crianças sem cáries e sem má oclusão; crianças com cáries e sem má oclusão; e as crianças com má oclusão e sem cáries. Foram encontradas associações estatisticamente significativas entre as alterações orais e as subescalas (sintomas orais, limitações funcionais, bem-estar emocional e social) do ISF: 8 e ISF: 16 ( $p < 0,05$ ). A validade de construto foi confirmada a partir da correlação entre os escores de saúde bucal dos questionários curtos e bem-estar geral. Concluindo, assim, que as versões brasileiras de CPQ (14/11), ISF: 8 e ISF: 16, têm propriedades psicométricas satisfatórias semelhantes aos do instrumento original.

Jokovick et al. (2006) destacam que as formas curtas do CPQ demonstraram excelente validade de critério, validade de construto e que os coeficientes de

confiabilidade excederam os padrões para comparações em nível de grupo. No entanto, os mesmos autores destacam a importância de serem realizadas mais publicações envolvendo o tema, além de que, é necessário a constante prática dos índices em questão para o estabelecimento da sensibilidade de medição e das propriedades discriminativas dos questionários. Além disso, os questionários demonstraram considerável sensibilidade de medição, enfatizando que as formas curtas estão detectando uma variabilidade substancial na percepção da QVRSB infantis.

Desta forma, o objetivo deste estudo é avaliar o impacto das condições de saúde na qualidade de vida e fatores associados em escolares de 12 anos de idade no município de Patos, Paraíba, Brasil.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

Trata-se de um estudo transversal, constituído por alunos de 12 anos de idade regularmente matriculados em escolas da rede pública municipal do município de Patos, Paraíba, Brasil.

A amostra do presente estudo foi do tipo probabilística por conglomerados, com processo de seleção de forma aleatória simples, por meio de sorteio. As Unidades Primárias de Amostragem (UPAs) foram as escolas, tendo por base a divisão geográfica da cidade (norte – sul – leste – oeste). Foi sorteada uma escola de cada região geográfica da cidade. As Unidades Secundárias de Amostragem (USAs) foram as crianças de 12 anos presentes nos dias determinados para a realização da pesquisa. Foram sorteadas 30 crianças em cada uma das escolas sorteadas, sendo a amostra total foi composta por 120 crianças.

O critério de inclusão foi ter a idade de 12 anos. Foram excluídas da pesquisa as crianças que por algum motivo se recusaram a participar da entrevista e/ou exame físico, bem como aquelas cujos pais ou responsáveis diretos das mesmas não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram consideradas perdas amostrais as crianças e/ou pais que se recusaram a participar da pesquisa.

O procedimento de calibração interexaminador foi realizado através do exame de 10 crianças, as quais apresentavam as mais variadas condições normativas que foram avaliadas pela pesquisa. A concordância verificada pelo teste *kappa* (*k*) indicou  $k = 0,82$  (interexaminador) para experiência de cárie;  $k = 0,95$  para traumatismo dentário; e  $k = 0,90$  para maloclusões. Durante a coleta de dados propriamente dita, cerca de 10,0% da amostra foi reexaminada (um a cada 10 examinados era sorteado), conferindo uma concordância intraexaminador  $k = 0,91$ .

Previamente à coleta de dados, realizou-se um estudo piloto envolvendo 10 indivíduos, selecionados, os quais não fizeram parte da pesquisa principal. Nesse estudo foram testados o questionário padronizado e o formulário específico para a realização do exame físico.

As entrevistas e os exames físicos foram realizados nas áreas abertas das escolas, sob luz natural e por intermédio de inspeção visual e tátil, com o auxílio de espelhos bucais planos e sondas periodontais do tipo *ball point*, ambos esterilizados.

As variáveis independentes foram: *sexo* (masculino / feminino); *cor* (branca / preta / amarela / parda / indígena); *dor de dente nos últimos seis meses* (sim / não); *visita ao dentista* (sim / não); *última vez que foi ao dentista* (menos de um ano / um a dois anos / três ou mais anos); *motivo da última consulta ao dentista* (prevenção / dor extração / tratamento); *local da última consulta ao dentista* (público / privado);

*satisfação com o sorriso* (satisfeito / insatisfeito); *motivo da insatisfação ao sorrir*; *necessidade autorreferida de tratamento odontológico* (sim / não). Os critérios normativos avaliados foram: as *Lesões Traumáticas Dentárias* (LTDs) que avaliadas por meio da classificação proposta por Cortes et al. (2002), especificamente para os incisivos superior e inferior. Essa classificação categoriza os achados de acordo com os aspectos clínicos tanto em relação às alterações dentárias quanto ao tratamento realizado em consequência de acidentes que afetaram o órgão dental e, portanto, satisfatória para fins epidemiológicos. São elas: 0 – Ausente; 1 – Mudança de Cor da Coroa; 2 – Fratura Envolvendo Esmalte; 3 – Fratura Envolvendo Esmalte e Dentina; 4 - Fratura Envolvendo Esmalte, Dentina e Polpa; 5 – Perda Devido ao Trauma; 6 – Restauração de Ionômero de Vidro ou Resina Composta; 7 – Deslocamento Devido ao Trauma. As LTDs foram categorizadas em: *LTDs Complicadas* (Códigos 4, 5, 6, e 7) e *LTDs Não Complicadas* (Códigos 1, 2 e 3). A *Experiência de Cárie Dentária* foi avaliada por meio do CPO-D (Índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados) e as *Oclusopatias* foram avaliadas por meio do Dental Aesthetic Index (DAI) ou Índice de Estética Dentária (IED), conforme os critérios de diagnóstico da OMS<sup>13</sup>.

A variável dependente (desfecho do estudo) foi *Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal (QVRSB)*, mensurada por meio *Child Perceptions Questionnaire (CPQ<sub>11-14</sub>)*<sup>14</sup> versão curta – ISF (Impacto Short Forms): 16<sup>12</sup>, instrumento direcionado a mensurar o impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida de crianças de 11 a 14 anos de idade. O CPQ<sub>11-14</sub> consta de 16 questões que envolvem os seguintes domínios: sintomas bucais, limitações funcionais, bem-estar emocional e social. Esta versão foi validada para o Brasil por meio do estudo de Torres et al. (2009).



Foi empregada a estatística descritiva, por meio de frequências absolutas e relativas para caracterização da amostra. Seguidamente sendo realizada análise bivariada, por meio do teste qui-quadrado de heterogeneidade e tendência linear. O nível de significância utilizado foi de 5% ( $p < 0,05$ ) e intervalo de confiança de 95% (IC95%). Para análise estatística utilizou-se o *software* SPSS 13.0 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos).

O presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Campina Grande, (CEP/ HUAC/ UFCG) (CAAE – 42358515.2.00005182). Foram respeitados os preceitos éticos que determinam as diretrizes das pesquisas envolvendo seres humanos, conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, tendo os participantes recebido e assinado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## **RESULTADOS**

A amostra total ( $n = 102$ ), que correspondeu a uma taxa de resposta de 85,0%, foi composta por 52,0% de meninas ( $n = 53$ ) e 48,0% de meninos ( $n = 48$ ). Em relação à cor da pele autodeclarada, 55,9% ( $n = 57$ ) declarou-se parda, conforme mostra a Tabela 1.

Em relação aos aspectos preventivos em saúde bucal verificou-se que 83,3% ( $n = 85$ ) das crianças já havia ido ao dentista alguma vez na vida, prevalecendo um intervalo médio de menos de 1 ano em relação à última consulta odontológica, e o tratamento como principal motivo de procura ao dentista. O serviço público foi o principal local da última consulta ao dentista (Tabela 1).

Verificou-se que 39,2% (n = 40) da amostra de escolares sentiram dor de dente nos últimos seis meses. A necessidade de tratamento odontológico foi referida por 57,8% (n = 59) dos escolares entrevistados. Observou-se que 72,5% (n = 77) dos estudantes estavam satisfeitos com o seu sorriso. No entanto, entre os insatisfeitos com o sorriso, destacam-se os motivos relacionados à oclusão dentária para tal insatisfação, conforme mostra a Tabela 1.

O escore médio do Índice CPQ<sub>11-14</sub> entre os escolares foi de 25,0 (Mediana = 24,0 e Desvio-Padrão = 6,9). Com base nessa média foi determinado o ponto de corte para o Índice CPQ<sub>11-14</sub> (< 25 ou ≥ 25). Dentre as variáveis independentes apresentadas na Tabela 1, a presença de dor de dente nos últimos seis meses mostrou-se associada de maneira estatisticamente significativa (p < 0,001) com o escore médio do Índice CPQ<sub>11-</sub>

**Tabela 1** – Distribuição da amostra segundo o escore médio do CPQ<sub>11-14</sub> e variáveis demográficas, de prevenção e condições subjetivas em saúde bucal. Patos, Paraíba, Brasil, 2014.

(n = 102)

Variável	n (%)	Escore CPQ <sub>11-14</sub>		p-valor
		≥ 25	< 25	
		n (%)	n (%)	
<b>Sexo</b>				0,07
Masculino	53 (52,0)	20 (37,7)	33 (62,3)	
Feminino	48 (48,0)	27 (55,1)	22 (44,9)	
<b>Raça / Cor</b>				0,54
Branca	20 (19,6)	11 (55,0)	09 (45,0)	
Preta	21 (20,6)	11 (52,4)	10 (47,6)	
Parda	57 (55,9)	23 (40,4)	34 (59,6)	
Amarela + Indígena	04 (3,9)	02 (50,0)	02 (50,0)	
<b>Ida ao Dentista</b>				0,09
Sim	85 (83,3)	36 (42,4)	49 (57,6)	
Não	17 (16,7)	11 (64,7)	06 (35,3)	
<b>Última Vez ao Dentista (Anos)**</b>				0,63
< 1	59 (57,8)	23 (39,0)	36 (61,0)	
1-2	18 (17,6)	09 (50,0)	09 (50,0)	
≥ 3	08 (7,8)	04 (50,0)	04 (50,0)	
<b>Motivo da Última Consulta ao Dentista**</b>				0,25
Prevenção	11 (10,8)	02 (18,2)	09 (81,8)	
Dor	18 (17,6)	08 (44,4)	10 (55,6)	
Extração	22 (21,6)	12 (54,5)	10 (45,5)	
Tratamento	34 (33,3)	14 (41,2)	20 (58,8)	
<b>Local da Última Consulta ao Dentista**</b>				0,38
Público	74 (72,5)	30 (40,5)	44 (59,5)	
Privado	11 (10,8)	06 (54,5)	05 (45,5)	
<b>Dor de Dente nos Últimos Seis Meses</b>				<0,001*
Sim	40 (39,2)	29 (72,5)	11 (27,5)	
Não	62 (60,8)	18 (29,0)	44 (71,0)	
<b>Necessidade de Tratamento Odontológico Autorreferido</b>				0,12
Sim	59 (57,8)	31 (52,5)	28 (47,5)	
Não	43 (42,2)	16 (37,2)	27 (62,8)	
<b>Satisfação com o Sorriso</b>				0,49
Satisfeito	77 (72,5)	34 (44,2)	43 (55,8)	
Insatisfeito	25 (24,5)	13 (52,0)	12 (48,0)	
<b>Motivo da Insatisfação ao Sorrir</b>				0,14
Oclusais	15 (14,7)	06 (40,0)	09 (60,0)	
Outros	10 (9,8)	07 (70,0)	03 (30,0)	

\* Nível de Significância: p < 0,05 (Teste Qui-Quadrado)

\*\* 17 (16,7%) corresponderam ao padrão de resposta : NS/NR (Não Sabe / Não Respondeu)

Dentre as condições normativas avaliadas o CPO-D médio entre os escolares examinados foi de 1,81 (Mediana = 1,00 e Desvio-Padrão = 2,25). Observou-se que 32,4% (n = 33) dos estudantes estavam livres das manifestações clínicas da doença cárie dentária (Tabela 2). Em relação às Lesões Traumáticas Dentárias, verificou-se a sua presença em 30,3% (n = 31) dos escolares. A ausência de maloclusões ou a presença de malaoclusões leves foi observada em 54,9% (n = 56) dos estudantes. No presente estudo, observou-se a ausência de associações significantes entre as condições normativas e o escore médio do Índice CPQ<sub>11-14</sub> (Tabela 2).

**Tabela 2** – Distribuição da amostra segundo o escore médio do CPQ<sub>11-14</sub> e variáveis relacionadas às condições normativas em saúde bucal. Patos, Paraíba, Brasil, 2014. (n = 102)

Variável	n (%)	Escore CPQ <sub>11-14</sub>		p-valor
		≥ 25	< 25	
		n (%)	n (%)	
<b>CPO-D</b>				0,44
>= 1	69 (67,6)	30 (43,5)	39 (56,5)	
= 0	33 (32,4)	17 (51,5)	16 (48,5)	
<b>Lesões Traumáticas</b>				0,32
Ausência	71 (69,6)	35 (49,3)	36 (50,7)	
Presença	31 (30,3)	12 (38,7)	19 (61,3)	
<b>Escore DAI (Dental Aesthetic Index)</b>				0,26
Sem Anormalidades ou Maloclusões Leves (≤ 25)	56 (54,9)	28 (50,0)	28 (50,0)	
Maloclusão Definida (26 – 30)	29 (28,4)	11 (37,9)	18 (62,1)	
Maloclusão Severa (31 – 35)	10 (9,8)	03 (30,0)	07 (70,0)	
Maloclusão Muito Severa ou Incapacitante (≥ 36)	07 (6,9)	05 (71,4)	02 (28,6)	

\* Nível de Significância: p < 0,05 (Teste Qui-Quadrado)

Na Tabela 3 observa-se a distribuição da amostra segundo os quatro domínios do Índice CPQ<sub>11-14</sub>: Domínio Sintomas Orais (DSO); Domínio Limitação Funcional (DLF); Domínio Bem-Estar Emocional (DBEE) e Domínio Bem-Estar Social (DBES). Desta forma, verificou-se associação entre a variável sexo e o DBEE (p < 0,001). A presença de dor de dente nos últimos seis meses esteve associada ao DLF (p < 0,001). E a

necessidade de tratamento odontológico autorreferido mostrou-se associado ao DSO ( $p = 0,04$ ) e DLF ( $p = 0,04$ ).

**Tabela 3** – Distribuição da amostra segundo domínios do CPQ<sub>11-14</sub> e variáveis demográficas, de prevenção e condições subjetivas em saúde bucal. Patos, Paraíba, Brasil, 2014. (n = 102)

Variável	DSO <sup>1</sup>		p-valor	DLF <sup>2</sup>		p-valor	DBEE <sup>3</sup>		p-valor	DBES <sup>4</sup>		p-valor
	Presença	Ausência		Presença	Ausência		Presença	Ausência		Presença	Ausência	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)				
<b>Sexo</b>			0,53			0,07			<0,001*			0,73
Masculino	48 (90,6)	05 (9,4)		30 (56,6)	23 (43,4)		26 (49,1)	27 (50,9)		34 (64,2)	19 (35,8)	
Feminino	46 (93,9)	03 (6,1)		36 (73,5)	13 (26,5)		38 (77,6)	11 (22,4)		33 (67,3)	16 (32,7)	
<b>Raça / Cor</b>			0,76			0,85			0,77			0,84
Branca	19 (95,0)	01 (5,0)		14 (70,0)	06 (30,0)		14 (70,0)	06 (30,0)		14 (70,0)	06 (30,0)	
Preta	18 (85,7)	03 (14,3)		12 (57,1)	09 (42,9)		14 (66,7)	07 (33,3)		12 (57,1)	09 (42,9)	
Parda	53 (93,0)	04 (7,0)		37 (64,9)	20 (35,1)		33 (57,9)	24 (42,1)		38 (66,7)	19 (33,3)	
Amarela + Indígena	03 (75,0)	01 (25,0)		03 (75,0)	01 (25,0)		03 (75,0)	01 (25,0)		03 (75,0)	01 (25,0)	
<b>Ida ao Dentista</b>			0,18			1,00			0,85			0,11
Sim	77 (90,6)	08 (9,4)		55 (64,7)	30 (35,3)		53 (62,4)	32 (37,6)		53 (62,4)	32 (37,6)	
Não	17 (100,0)	-		11 (64,7)	06 (35,3)		11 (64,7)	06 (35,3)		14 (82,4)	03 (17,6)	
<b>Última Vez ao Dentista (Anos)</b>			0,30			0,77			0,39			0,30
< 1	52 (88,1)	07 (11,9)		37 (62,7)	22 (37,3)		34 (57,6)	25 (42,4)		35 (59,3)	24 (40,7)	
1-2	18 (100,0)	-		12 (66,7)	06 (33,3)		13 (72,2)	05 (27,8)		11 (61,1)	07 (38,9)	
≥ 3	07 (87,5)	01 (12,5)		06 (75,0)	02 (25,0)		06 (75,0)	02 (25,0)		07 (87,5)	01 (12,5)	
<b>Motivo da Última Consulta ao Dentista</b>			0,67			0,96			0,78			0,61
Prevenção	09 (81,9)	02 (18,2)		07 (63,6)	04 (36,4)		06 (54,5)	05 (45,5)		05 (45,5)	06 (54,5)	
Dor	16 (88,9)	02 (11,1)		12 (66,7)	06 (33,3)		10 (55,6)	08 (44,4)		12 (66,7)	06 (33,3)	
Extração	20 (90,9)	02 (9,1)		15 (68,2)	07 (31,8)		14 (63,6)	08 (36,4)		15 (68,2)	07 (31,8)	
Tratamento	32 (94,1)	02 (5,9)		21 (61,8)	13 (38,2)		23 (67,6)	11 (32,4)		21 (61,8)	13 (38,2)	
<b>Local da Última Consulta ao Dentista</b>			0,96			0,45			0,92			0,44
Público	67 (90,5)	07 (9,5)		49 (60,2)	25 (33,8)		46 (62,2)	28 (37,8)		45 (60,8)	29 (39,2)	
Privado	10 (90,9)	01 (9,1)		06 (54,5)	05 (45,5)		07 (63,6)	04 (36,4)		08 (72,7)	03 (27,3)	
<b>Dor de Dente nos Últimos Seis Meses</b>			0,10			<0,001*			0,22			0,11
Sim	39 (97,5)	01 (2,5)		32 (80,0)	08 (20,0)		28 (70,0)	12 (30,0)		30 (75,0)	10 (25,0)	
Não	55 (88,7)	07 (11,3)		34 (54,8)	28 (45,2)		36 (58,1)	26 (41,9)		37 (59,7)	25 (40,3)	
<b>Necessidade de Tratamento Odontológico Autorreferido</b>			0,04*			0,04*			0,21			0,91
Sim	57 (96,6)	02 (3,4)		43 (72,9)	16 (27,1)		40 (67,8)	19 (32,2)		39 (66,1)	20 (33,9)	
Não	37 (86,0)	06 (14,0)		23 (53,5)	20 (46,5)		24 (55,8)	19 (44,2)		28 (65,1)	15 (34,9)	
<b>Satisfação com o Sorriso</b>			0,97			0,06			0,11			0,77
Satisfeito	71 (92,2)	06 (7,8)		46 (59,7)	31 (40,3)		45 (58,4)	32 (41,6)		50 (64,9)	27 (35,1)	
Insatisfeito	23 (92,0)	02 (8,0)		20 (80,0)	05 (20,0)		19 (76,0)	06 (24,0)		17 (68,0)	08 (32,0)	
<b>Motivo da Insatisfação ao Sorrir</b>			0,22			0,12			0,85			0,48
Oclusais	13 (86,7)	02 (13,3)		13 (86,7)	02 (13,3)		11 (73,3)	04 (26,7)		11 (73,3)	04 (26,7)	
Outros	10 (100,0)	-		06 (60,0)	04 (40,0)		07 (70,0)	03 (30,0)		06 (60,0)	04 (40,0)	

(1) = Domínio Sintomas Orais; (2) = Domínio Limitação Funcional; (3) = Domínio Bem-Estar Emocional; (4) = Domínio Bem-Estar Social.

\* Nível de Significância:  $p < 0,05$  (Teste Qui-Quadrado)

Dentre as condições normativas avaliadas apenas as maloclusões estiveram associadas de maneira estatisticamente significativa com o DBEE. No entanto, observa-se em termos absolutos que os Domínios do CPQ<sub>11-14</sub> foram influenciados pela Experiência de Cárie Dentária e presença de Lesões Traumáticas, conforme mostra a Tabela 4.

**Tabela 4** – Distribuição da amostra segundo domínios do CPQ<sub>11-14</sub> e variáveis relacionadas às condições normativas em saúde bucal. Patos, Paraíba, Brasil, 2014. (n = 102)

Variável	DSO <sup>1</sup>		DLF <sup>2</sup>		DBEE <sup>3</sup>		DBES <sup>4</sup>	
	Presença	Ausência	Presença	Ausência	Presença	Ausência	Presença	Ausência
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
	<i>p</i> -valor = 0,26		<i>p</i> -valor = 0,87		<i>p</i> -valor = 0,41		<i>p</i> -valor = 0,88	
<b>CPO-D</b>								
>= 1	65 (94,2)	04 (5,8)	45 (65,2)	24 (34,8)	40 (58,0)	29 (42,0)	45 (65,2)	24 (34,8)
= 0	29 (87,9)	04 (12,1)	21 (63,6)	12 (36,4)	24 (72,7)	09 (27,3)	22 (66,7)	11 (33,3)
	<i>p</i> -valor = 0,25		<i>p</i> -valor = 0,18		<i>p</i> -valor = 0,84		<i>p</i> -valor = 0,28	
<b>Lesões Traumáticas</b>								
Ausência	64 (90,1)	07 (9,9)	43 (60,6)	28 (39,4)	45 (63,5)	26 (36,6)	49 (69,0)	22 (31,0)
Presença	30 (96,8)	01 (3,2)	23 (74,2)	08 (25,8)	19 (61,3)	12 (38,7)	18 (58,1)	13 (41,9)
	<i>p</i> -valor = 0,46		<i>p</i> -valor = 0,55		<i>p</i> -valor = 0,01*		<i>p</i> -valor = 0,54	
<b>Escore DAI</b>								
≤ 25	53 (94,6)	03 (5,4)	34 (60,7)	22 (39,3)	39 (69,6)	17 (30,4)	38 (67,9)	18 (32,1)
26 – 30	25 (86,2)	04 (13,8)	20 (69,0)	09 (31,0)	17 (58,6)	12 (41,4)	17 (58,6)	12 (41,4)
31 – 35	09 (90,0)	01 (10,0)	06 (60,0)	04 (40,0)	02 (20,0)	08 (80,0)	06 (60,0)	04 (40,0)
≥ 36	07 (100,0)	-	06 (85,7)	01 (14,3)	06 (85,7)	01 (14,3)	06 (85,7)	01 (14,3)

(1) = Domínio Sintomas Orais; (2) = Domínio Limitação Funcional; (3) = Domínio Bem-Estar Emocional; (4) = Domínio Bem-Estar Social.

\* Nível de Significância:  $p < 0,05$  (Teste Qui-Quadrado)

## DISCUSSÃO

Um aspecto fundamental relacionado à seleção da amostra consistiu na elevada taxa de resposta dos participantes da pesquisa, bem como na sua homogeneidade em relação à variável sexo.

As variáveis demográficas, sexo e cor, não se mostraram associadas de maneira estatisticamente significativa com o desfecho em questão. No entanto, observa-se uma tendência dos escores médios do CPQ<sub>11-14</sub> serem maiores entre as meninas em relação aos meninos. Talvez isso seja explicado pela diferença de percepção da própria saúde entre os sexos, com uma tendência de as meninas perceberem mais aspectos relacionados à sua própria saúde em relação aos meninos.

O escore médio do CPQ<sub>11-14</sub> foi menor entre as crianças que já tinham ido ao dentista alguma vez na vida, bem como, entre aqueles cuja última visita ao dentista tinha sido realizada há menos de um ano. Esses dados revelam que a visita ao dentista com intervalos de tempo não muito longo, além de permitir a realização de prevenção em saúde bucal, permite que danos maiores sejam minimizados com repercussão positiva no impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida dos indivíduos. Desta forma, menor acesso a medidas de controle, prevenção e tratamento das morbidades resultam em piores condições de saúde de uma maneira geral com interferências negativas na qualidade de vida das pessoas<sup>15</sup>. Em relação aos motivos que levaram as crianças a visitarem o dentista pela última vez, destaca-se o tratamento curativo como principal motivo, seguido pela extração dentária, dor de origem dental e por último a prevenção em saúde bucal. O fato de estar em tratamento, minimizando os



problemas bucais, teve repercussão positiva em relação ao escore médio do CPQ<sub>11-14</sub>, e de maneira inversa, em relação àqueles que procuram o dentista para extração dentária.

A dor de origem dental foi o fator mais fortemente associado ao escore médio do CPQ<sub>11-14</sub>, ou seja, aqueles que sentiram dor de dente nos últimos seis meses apresentaram maior impacto na qualidade de vida em relação aos que não apresentaram tal condição. Neste mesmo sentido revelou-se a necessidade autorreferida por tratamento odontológico. Desta forma, ressalta-se a importância da utilização de medidas subjetivas em saúde bucal subsidiando o planejamento e a programação de atividades relacionadas à área odontológica, pois a utilização desse tipo de medida pode ter consequências positivas imediatas na qualidade de vida das pessoas envolvidas.

Em relação à experiência de cárie, observou-se um índice CPO-D médio de 1,80 que corrobora com o último levantamento epidemiológico em saúde bucal realizado no Brasil, SB Brasil 2010<sup>16</sup>, cujo valor foi de 2,07. Para a região Nordeste a média foi um pouco maior, em torno de 2,63<sup>16</sup>. No presente estudo a experiência de cárie não se mostrou associada ao escore médio do CPQ<sub>11-14</sub>, corroborando com os estudos realizados em Brunei e Nova Zelândia, os quais não demonstraram associação clara entre a experiência de cárie e impactos sobre QVRSB<sup>17</sup>. No entanto, observou-se que aquelas crianças com CPO-D maior ou igual a um apresentavam interferências em relação aos quatro domínios do índice CPQ<sub>11-14</sub>. Neste sentido, pesquisas que investigaram a relação significativa da experiência de cárie na QVRSB apontam que crianças com maior número de dentes cariados, perdidos ou obturados apresentam escores médios mais altos do CPQ<sub>11-14</sub> bem como, influência nos quatro domínios preconizados pelo índice<sup>17, 18</sup>.

As maloclusões, mensuradas por meio do DAI, mostraram-se associadas ao Domínio Bem-Estar Emocional do CPQ<sub>11-14</sub> no presente estudo. De fato, diversos estudos evidenciam que as alterações oclusais acarretam problemas estéticos que afetam o bem-estar emocional dos indivíduos, influenciando inclusive na autoestima infantil<sup>18-19</sup>. Ademais, observa-se que os domínios do CPQ<sub>11-14</sub> foram afetados pela presença de maloclusões severas ou incapacitantes. Estes achados corroboram-se com o alto percentual de crianças que relataram ser as “alterações oclusais” o principal motivo para insatisfação ao sorrir, inferindo-se que estes problemas de fato influenciam na qualidade de vida relacionada à saúde bucal dos indivíduos.

O traumatismo dentário foi observado em 30,3% da amostra de escolares, percentual superior ao observado no SB Brasil 2010<sup>16</sup>, que ficou em torno de 20,5%. O traumatismo dentário apresenta caráter especial devido a sua alta prevalência<sup>20,21-13, 22</sup>, alto impacto psicossocial e custos elevados para tratamento<sup>23,24,25</sup>. O tipo de lesão mais frequente foi a fratura de esmalte, convergindo com os achados do SB Brasil 2010<sup>16</sup>. Não houve associação estatisticamente significativa entre a presença de lesões traumáticas e o escore médio do CPQ<sub>11-14</sub>, bem como, com os seus domínios. No entanto, observa-se em termos percentuais, que a presença destas alterações influencia na percepção da qualidade de vida relacionada à saúde bucal via domínios do CPQ<sub>11-14</sub>.

## CONCLUSÕES

O escore médio do CPQ<sub>11-14</sub> para amostra do estudo foi de 25. As variáveis demográficas e de prevenção em saúde bucal não se mostraram associadas de maneira estatisticamente significativa com o escore médio do CPQ<sub>11-14</sub>. Dentre as variáveis

subjetivas, a dor de origem dentária mostrou-se fortemente associada ao escore médio do CPQ<sub>11-14</sub>, bem como, ao Domínio Limitação Funcional (DFL). A necessidade de tratamento odontológico autorreferido mostrou-se associada ao Domínio Sintomas Orais (DSO) e Domínio Limitação Funcional (DLF) do CPQ<sub>11-14</sub>. Entre as condições normativas, apenas a maloclusões mostraram-se associadas ao Domínio Bem-Estar Emocional do CPQ<sub>11-14</sub>.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Butazzi CBS. Responsividade das versões brasileiras do CPQ11-14 e CHILD-OIDP. [Dissertação de Mestrado] **Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria**, 2012.
2. Antunes LAA, Luiz RR, Leão AT, Maia LC. Initial assessment of responsiveness of the P-CPQ (Brazilian Version) to describe the changes in quality of life after treatment for traumatic dental injury, Rio de Janeiro, 17(12) Jan. 2012.
3. Mcgrath C, Pang HN, Lo EC, King NM, Hägg U, Samman N. Translation and evaluation of a Chinese version of the Child Oral Health-related Quality of Life measure. **Int J Paediatr Dent**, 18:267-274, 2008.
4. Damasceno LM, Marassi CS, Ramos MEB, Souza IPRS. Alterações no comportamento infantil diante da perda de dentes anteriores: Relato de caso. **Ver Bras Odontol**, 59(3): mai-jun 2012.
5. Gerunpong S, Sheiham A, Tsakos G. A sociodental approach to assessing children's oral health needs: integrating an oral health-related quality of life

- (OHRQol) measure into oral health service planning. **Bull World Health Organ**, 2006; 84:36-42.
6. Broder H, McGrath C, Cisneros J. Questionnaire development: face validity and item impact testing of the child oral health impact profile. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, 2007 Aug;35 Suppl1:8-19
  7. Junior P M, Jorge JR, Paiva S M, Marques LS, Jorge MLR. **Validations of the Brazilian version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS)**, Rio de Janeiro, **Cad. Saúde Pública**, 28(2), Feb. 2012.
  8. Marshman Z, Rodd H, Stem M, Mitchell C, Robinson PG. Evaluation of the Parental Perceptions Questionnaire, a component of the COHQoL, for use in the UK. **Community Dent Health**, 24:198-204, 2007.
  9. O'brien K, Wright JL, Conboy F, Macfarlane T, Mandall N. The Child Perceptions Questionnaire is valid for malocclusions in the United Kingdom. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, 129(4):536-40, 2006.
  10. Goursand D, Paiva SM, Zarzar PM, Pordeus IA, Grochowski R, Allison PJ. Measuring parental-caregiver perceptions of child oral health-related quality of life: psychometric properties of the Brazilian version of the P-CPQ. **Braz Dent J**, 20:169-74, 2009.
  11. Torres CS, Paiva SM, Vale MP; Podeus IA, Ramos-Jorge, M, OLIVEIRA, AC, ALYSSION, P. Psychometric properties of de brazilian version of the child Perceptions Questionnaire (CPQ11-14) – short forms. **Health Qual Life Outcomes**, 2009.

12. Jokovic A, Locker D, Guyatt G. Short forms of the Child Perceptions Questionnaire for 11-14-year-old children (CPQ11-14): Development and initial evaluation. **Health and Quality of Life Outcomes**, London, 4:1-9, jan. 2006.
13. WHO: Oral health surveys – basic methods. 4th ed. Geneva: World Health Organization, 1997.
14. Jokovic A, Locker D, Stephens M, Kenny D, Tompson B, Guyatt g. Validity and reliability of a questionnaire for measuring child oral-health-related quality of life. **J Dent Res**, v.81, n.7, p.459-63, 2002.
15. Oliveira LB, Marcenes W, Ardenghi TM, Sheiham A, Bönecker M. Traumatic dental injuries and associated factors among Brazilian preschool children. **Dent Traumatol**, v.23, n.2, Apr, p.76–81, 2007.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2010: Condições de saúde bucal da população brasileira 2009-2010. Resultados preliminares. Brasília; 2011
17. Page LAF, Thomson WM, Mohamed AR, Traebert J. Performance and cross-cultural comparison of the short-form version of the CPQ11-14 in New Zealand, Brunei and Brazil. **Health and Quality of Life Outcomes** 2011, 7(9):40.
18. Fernandes MLML, Moura FMP, Gamaliel KS, Corrêa-faria P. Cárie Dentária e Necessidade de Tratamento Ortodôntico: Impacto na Qualidade de Vida de Escolares. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, 13(1):37-43. jan./mar. 2013.
19. Seehra J, Fleming PS, Newton T, DiBiase AT. Bullying in orthodontic patients and its relationship to malocclusion, self-esteem and oral health-related quality of life. **J Orthod** 2011; 38(4):247-56; quiz 294.
20. Cardoso M, de Carvalho, Rocha MJ. Traumatized primary teeth in children assisted at the Federal University of Santa Catarina, Brazil. **Dent Traumatol** 2002;18:129-33.

21. Granville-Garcia AF, De Menezes VA, De Lira PIC. Dental trauma and associated factors in Brazilian preschoolers. **Dent Traumatol**, 22(6): 318–322, 2006.
22. Ferreira JM, Fernandes de Andrade, E. M.; Katz, C. R.; Rosenblatt, A. Prevalence of dental trauma in deciduous teeth of Brazilian children. **Dent Traumatol**, v.25, p.219–223, Abril 2009.
23. Cortes MI, Marcenes W, Sheiham A. Impact of traumatic injuries to the permanent teeth on the oral health-related quality of life in 12-14-year-old children. **Community Dent Oral Epidemiol**, 30:193-8. 2002.
24. Ramos-jorge ML, Bosco VL, Peres MA, Nunes ACGP. The impact of treatment of dental trauma on the quality of life of adolescents – a case-control study in southern Brazil. **Dent Traumatol**, 23(2):114-9. 2007.
25. Fakhruddin KS, Lawrence HP, Kenny DJ, Locker D. Impact of treated and untreated dental injuries on the quality of life of Ontario school children. **Dent Traumatol**, 24(3):309–13, 2008.

## CONCLUSÕES

- O escore médio do CPQ<sub>11-14</sub> foi baixo para amostra do estudo;
- As variáveis demográficas e de prevenção em saúde bucal não se mostraram associadas de maneira estatisticamente significativa com o escore médio do CPQ<sub>11-14</sub>;
- Dentre as variáveis subjetivas, a dor de origem dentária mostrou-se fortemente associada ao escore médio do CPQ<sub>11-14</sub>, bem como, ao Domínio Limitação Funcional (DFL). A necessidade de tratamento odontológico autorreferido mostrou-se associada ao Domínio Sintomas Orais (DSO) e Domínio Limitação Funcional (DLF) do CPQ<sub>11-14</sub>;
- Entre as condições normativas, apenas a maloclusões mostraram-se associadas ao Domínio Bem-Estar Emocional do CPQ<sub>11-14</sub>.

**APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

---

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

---

Este é um convite para o Você participar da Pesquisa “*Avaliação do Impacto das Condições de Saúde Bucal na Qualidade de Vida e Fatores Associados em Escolares de 12 Anos de Idade, Patos, Paraíba, Brasil.*” realizada pela Universidade Federal de Campina Grande – UFCG.

Sua participação é voluntária bem como, das crianças, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

Essa investigação científica será realizada por meio de entrevista e exame físico nas crianças com o objetivo de avaliar o impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida de crianças de 12 anos de idade. Os dados individuais desta pesquisa não serão divulgados em nenhuma hipótese, mas os resultados da pesquisa ajudarão a entender o nível de conhecimento a cerca da temática em questão.

Não há riscos conhecidos ou mensuráveis relativos à participação nesta pesquisa e os benefícios que você terá serão indiretos e relacionados a um melhor entendimento sobre o impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida das crianças. Ademais, esses dados serão disponibilizados aos gestores locais para que possam avaliar a magnitude do problema, se por ventura existir.

Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Em qualquer momento, se você ou a criança sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você terá direito a indenização. Qualquer dúvida contatar com o Pesquisador(a) através do Tel.(83)87797579. Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser questionadas no CEP da Universidade Federal de Campina Grande.

Declaro que compreendi os objetivos deste estudo, como ele será realizado, os riscos e benefícios envolvidos na Pesquisa “*Avaliação do Impacto das Condições de Saúde Bucal na Qualidade de Vida e Fatores Associados em Escolares de 12 Anos de Idade, Patos, Paraíba, Brasil.*” e autorizo a realização da mesma.



Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_

---

Nome (Letra de Forma)

## APÊNDECE B – Questionário (Lado A)

**FICHA – QUESTIONÁRIO**

FICHA Nº \_\_\_\_\_

<b>Sexo:</b> 1 – Masculino / 2 – Feminino	
<b>Cor:</b> 1- Branca / 2 – Preta / 3 – Amarela / 4 – Parda / 5 – Indígena	
<b>Nos Últimos Seis Meses Sentiu Dor de Dente?</b> 1 – Sim / 2 – Não / 9 – Não Sabe / Não Respondeu (NSNR)	
<b>Mostrar a Escala de Dor (Caso a Resposta da Pergunta Anterior for POSITIVA) – NOTA de 0 a 10</b>	
<b>Alguma Vez na Vida Foi ao Dentista?</b> 1 – Sim / 2 – Não / 9 – Não Sabe / Não Respondeu (NSNR)	
<b>Quando Foi a Última Vez que Foi ao Dentista?</b> 1 – Menos de Um Ano / 2 – Uma a Dois Anos / 3 – Três ou Mais / 9 - NSNR	
<b>Qual o Motivo da Última Consulta ao Dentista?</b> 1 – Prevenção / 2 – Dor / 3 – Extração / 4 – Tratamento / 9 - NSNR	
<b>Onde foi a Última Consulta ao Dentista?</b> 1- Serviço Público / 2 – Serviço Privado / 9 – NSNR	
<b>Em Relação ao Seu Sorriso Você Está:</b> 1 – Satisfeito / 2 – Insatisfeito / 9 - NSNR	
Caso (INSATISFEITO), <b>Qual o Motivo da Insatisfação com o Sorriso?</b>	
<b>Acha que Precisa de Tratamento Odontológico Atualmente?</b> 1 – Sim / 2 – Não / 9 – NSNR	

**ÍNDICE CPQ<sub>11-14</sub> – ISF:16**

Você diária que a saúde dos seus dentes, lábios, maxilares e boca é: 1-Excelente/2-Muito Boa/3-Boa/4-Regular/5-Ruim	
Até que ponto a condição dos seus dentes, lábios, maxilares e boca afetam a sua vida em geral? 1-De jeito nenhum/2-Um pouco/3-Moderadamente/4-Bastante/5-Muitíssimo	
<i>Nos últimos 3 meses, com que frequência você teve?</i> <i>Tudo isso relacionado aos dentes, lábios, maxilares e boca.</i>	
<b>1-Nunca/2-Uma ou Duas Vezes/3-Algumas Vezes/4-Frequentemente/5-Todos os dias ou Quase todos os dias</b>	
Dor nos seus dentes, lábios, maxilares ou boca?	
Feridas na boca?	

Mau hálito?	
Restos de alimentos presos ou entre os dentes?	
Demorou mais do que os outros para terminar sua refeição?	
Dificuldade para morder ou mastigar alimentos como maçãs, espiga de milho ou carne?	
Dificuldade para dizer algumas palavras?	
Dificuldade para beber ou comer alimentos quentes ou frios?	
Ficou irritado(a) ou frustrado(a)?	
Ficou tímido, constrangido ou com vergonha?	
Ficou chateado(a)?	
Ficou preocupado com o que as outras pessoas pensam sobre seus dentes, lábios, boca ou maxilares?	
Evitou sorrir ou dar risadas quando está com outras crianças?	
Discutiu com outras crianças ou pessoas de sua família?	
Outras crianças lhe aborreceram ou lhe chamaram por apelidos?	
Outras crianças lhe fizeram perguntas sobre seus dentes, lábios, maxilares ou boca?	

### APÊNDICE A – Ficha Exame Físico (Lado B)

#### TRAUMATISMO (Lesões Traumáticas Dentárias – LTDs)

- 0- Ausente
- 1- Mudança de Cora da Coroa
- 2- Fratura Envolvendo Esmalte
- 3- Fratura Envolvendo Esmalte / Dentina
- 4- Fratura Envolvendo Esmalte / Dentina / Polpa
- 5- Perda Devido ao Trauma
- 6- Restauração de Ionômero de Vidro ou Resina Composta
- 7- Deslocamento Devido ao Trauma

	12	11		21	22
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
	42	41		31	32
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>

**1 – LTDs Complicadas / 2 – LTDs Não Complicadas = \_\_\_\_\_**

#### EXPERIÊNCIA DE CÁRIE (CPO-D)

- 0 – Hígido
- 1 – Cariado
- 2 – Restaurado com Cárie
- 3 – Restaurado sem Cárie
- 4 – Perdido por Cárie
- 5 – Ausente
- 8 – Não Erupcionado
- 9 – Não Registrado

<b>17</b>	<b>16</b>	<b>15</b>	<b>14</b>	<b>13</b>	<b>12</b>	<b>11</b>	<b>21</b>	<b>22</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>25</b>	<b>26</b>	<b>27</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>47</b>	<b>46</b>	<b>45</b>	<b>44</b>	<b>43</b>	<b>42</b>	<b>41</b>	<b>31</b>	<b>32</b>	<b>33</b>	<b>34</b>	<b>35</b>	<b>36</b>	<b>37</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**C = \_\_\_\_\_ P = \_\_\_\_\_ O = \_\_\_\_\_ CPO-D = \_\_\_\_\_**

#### OCCLUSOPATIAS (Dental Aesthetic Index – DAI)(Índice de Estética Dentária – IED)

##### DENTIÇÃO

Número de Incisivos, Caninos e Pré-Molares perdidos

##### ESPAÇO

Apinhamento na região de incisivos   
  Espaçamento na região de incisivos   
  Diastema em milímetros   
  Desalinhamento maxilar anterior   
  Desalinhamento mandibular

**Apinhamento** : 0- Sem Apinhamento / 1- Um Segmento / 2- Dois Segmentos  
**Espaçamento**: 0- Sem Espaçamento / 1- Um Segmento / 2- Dois Segmentos  
**Relação Molar**: 0- Normal / 1- Meia Cúspide / 2- Uma Cúspide

##### OCCLUSÃO

Overjet maxilar anterior em mm   
  Overjet mandibular anterior em mm   
  Mordida aberta vertical anterior em mm   
  Relação molar ântero-posterior

#### MORDIDA CRUZADA ANTERIOR

0- Ausente   
 1- Presente

#### MORDIDA CRUZADA POSTERIOR

0- Ausente   
 1- Unilateral   
 2- Bilateral

## ANEXO A



## TERMO DE CONSENTIMENTO DA INSTITUIÇÃO

Eu, ADALMIRA MARQUES DA SILVA CAJUAZ, Secretária de Educação do Município de Patos, Paraíba, Brasil, declaro que os alunos do Curso de Odontologia do CSTR/UFCG estão autorizados a realizarem nas Escolas do Município a Pesquisa: ***“Avaliação do Impacto das Condições de Saúde Bucal na Qualidade de Vida e Fatores Associados em Escolares de 12 Anos no Município de Patos, Paraíba, Brasil”***, cuja responsabilidade do Docente Cristiano Moura. Espera-se com esse estudo estimar a prevalência do impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida de escolares regularmente matriculados nas Escolas Municipais de Patos, Paraíba, Brasil, e diante da magnitude dos resultados subsidiar os Gestores Locais, bem como as Equipes de Saúde Bucal das UBSFs com informações que visem melhores condições de acesso e tratamentos adequados com impactos positivos na qualidade de vida desses escolares.

Informo que a Pesquisa garantirá aos participantes os referenciais básicos da Bioética, isto é, Autonomia, Não-Maleficência, Beneficência e Justiça.

Patos/PB, 24 de Agosto de 2014.

  
\_\_\_\_\_  
Secretária de Educação do Município de Patos, Paraíba, Brasil

Adalmira Marques da Silva Cajuz  
Secretária de Educação

## ANEXO B

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
ALCIDES CARNEIRO /  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



## COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Avaliação do Impacto das Condições de Saúde Bucal na Qualidade de Vida e Fatores Associados em Escolares de 12 Anos de Idade em Patos, Paraíba, Brasil

**Pesquisador:**

**Versão:** Cristiano Moura

**CAAE:** 1

42358515.2.0000.5182

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Campina Grande

## DADOS DO COMPROVANTE

**Número do Comprovante:** 013779/2015

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**Endereço:** Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

**Bairro:** São José

**CEP:** 58.107-670

**UF:** PB

**Município:** CAMPINA GRANDE

**Telefone:** (83)2101-5545

**Fax:** (83)2101-5523

**E-mail:** cep@huac.ufcg.edu.br

## ANEXO C

Revista da Faculdade de Odontologia - UPF

### Diretrizes para Autores

#### Normas RFO

A RFO UPF é uma publicação quadrimestral dirigida à classe odontológica que tem por objetivo disseminar e promover o intercâmbio de informações científicas, indexada nas bases de dados da BBO (Bibliografia Brasileira de Odontologia), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Latindex (Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal), Rev@odonto e Portal de Periódicos CAPES. A RFO UPF divulga artigos inéditos de investigação científica; resumos de teses, dissertações e monografias; relatos de casos clínicos e artigos de revisão sistemática que representam contribuição efetiva para a área do conhecimento odontológico.

**Os manuscritos deverão ser encaminhados somente via submissão online utilizando o website <http://www.upf.br/seer/index.php/rfo>.**

#### 1 – Normas gerais

- a) Os conceitos e informações emitidos no texto são de inteira responsabilidade do(s) autor(es), não refletindo, necessariamente, a opinião do Conselho Editorial e Científico da revista.
- b) Todos os manuscritos serão submetidos, inicialmente, à apreciação dos Editores de Área e, se adequados à revista, serão submetidos a um Conselho Científico; posteriormente os autores serão notificados pelo editor, tanto no caso de aceitação do artigo como da necessidade de alterações e revisões ou rejeição do trabalho. Eventuais modificações na forma, estilo ou interpretação dos artigos só ocorrerão após prévia consulta e aprovação por parte do(s) autor(es).
- c) A correção das provas tipográficas estará a cargo dos autores.

d) Cada trabalho publicado dará direito a um exemplar impresso da revista. Por solicitação do(s) autor(es) poderão ser fornecidos exemplares adicionais, sendo-lhes levado a débito o respectivo acréscimo.

e) Serão aceitos para revisão manuscritos com, no máximo, seis autores.

## 2 – Apresentação dos originais

Os artigos destinados à RFO UPF deverão ser redigidos em português ou em inglês, de acordo com o estilo dos Requisitos Uniformes para Originais submetidos a Revistas Biomédicas, conhecido como Estilo de Vancouver, versão publicada em outubro de 2005, elaborada pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE) e baseado no padrão ANSI, adaptado pela U.S. National Library of Medicine. O texto deverá ser digitado em fonte Times New Roman tamanho 12, papel tamanho A4, com espaço duplo e margens de 3 cm de cada lado, perfazendo um total de, no máximo, 20 páginas, incluindo tabelas, quadros, esquemas, ilustrações e respectivas legendas. As páginas deverão ser numeradas com algarismos arábicos no ângulo superior direito da folha. O título do artigo (em português e em inglês), assim como os subtítulos que o compõem deverão ser impressos em negrito. Deverão ser grafadas em itálico palavras e abreviaturas escritas em outra língua que não a portuguesa, como o latim (ex: *in vitro*) e o inglês (ex: *single bond*). As grandezas, unidades, símbolos e abreviaturas devem obedecer às normas internacionais ou, na ausência dessas, às normas nacionais correspondentes.

Qualquer trabalho que envolva estudo com seres humanos, incluindo-se órgãos e/ou tecidos separadamente, bem como prontuários clínicos ou resultados de exames clínicos, deverá estar de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e seus complementos, e ser acompanhado da aprovação de uma Comissão de Ética em Pesquisa. Não devem ser utilizados no material ilustrativo nomes ou iniciais dos pacientes, tampouco registros hospitalares. Nos experimentos com animais, devem ser seguidos os guias da Instituição dos Conselhos Nacionais de Pesquisa sobre o uso e cuidados dos animais de laboratório, e o estudo deve ser acompanhado da aprovação da Comissão de Ética no Uso de Animais (CEUA). No caso de trabalhos aceitos para publicação totalmente em inglês, correrá por conta dos autores o custo de revisão gramatical, com tradutor indicado pela Coordenação de Editoração do periódico. O custo da revisão gramatical da língua inglesa será repassado aos autores. A submissão de um manuscrito em língua inglesa à RFO-UPF implica na aceitação prévia desta condição. O mesmo é válido para a revisão gramatical dos abstracts.



## 2.1 – Composição dos manuscritos

Na elaboração dos manuscritos deverá ser obedecida a seguinte estrutura: a) página de rosto • título do manuscrito no primeiro idioma (que deve ser conciso mas informativo);

- título do manuscrito no segundo idioma (idem ao item anterior);
- nome(s) do(s) autor(es) por extenso, com seu grau acadêmico mais alto e sua filiação institucional (se houver), departamento, cidade, estado e país;
- nome do(s) departamento(s) ou instituição(ões) aos quais o trabalho deve ser atribuído;
- o nome e o endereço do autor responsável pela correspondência sobre o original.

b) resumo e palavras-chave: O resumo deve ser estruturado e apresentar concisamente, em um único parágrafo, os objetivos do estudo ou investigação, procedimentos básicos (seleção da amostra, métodos analíticos), principais achados (dados específicos e sua significância estatística, se possível) e as principais conclusões, enfatizando aspectos novos e importantes do estudo ou das observações. Não deve conter menos de 150 e mais de 250 palavras. Deve apresentar as seguintes subdivisões: objetivo, métodos, resultados e conclusão (para investigações científicas); objetivo, relato de caso e considerações finais (para relatos de caso); e objetivos, revisão de literatura e considerações finais (para revisão de literatura). Abaixo do resumo, fornecer, identificando como tal, 3 a 5 palavras-chave ou expressões que identifiquem o conteúdo do trabalho. Para a determinação destas palavras-chave, deve-se consultar a lista de “Descritores em Ciências da Saúde - DeCS”, elaborada pela Bireme, e a de “Descritores em Odontologia – DeOdonto”, elaborada pelo SDO/FOUSP. c) abstract e keywords: Idem ao item anterior. Sua redação deve ser paralela à do resumo. d) texto: No caso de investigações científicas, o texto propriamente dito deverá conter os seguintes capítulos: introdução, materiais e método, resultados, discussão, conclusão e agradecimentos (quando houver). No caso de artigos de revisão sistemática e relatos de casos clínicos, pode haver flexibilidade na denominação destes capítulos.

- Introdução: estabelecer o objetivo do artigo e apresentar as razões para a realização do

estudo. Citar somente as referências estritamente pertinentes e não incluir dados ou conclusões do trabalho que está sendo relatado. A hipótese ou objetivo deve ser concisamente apresentada no final desta seção. Extensas revisões de literatura devem ser evitadas e substituídas por referências aos trabalhos bibliográficos mais recentes, nos quais certos aspectos e revisões já tenham sido apresentados.

- **Materiais e método:** identificar os materiais, equipamentos (entre parênteses dar o nome do fabricante, cidade, estado e país de fabricação) e procedimentos em detalhes suficientes para permitir que outros pesquisadores reproduzam os resultados. Dar referências de métodos estabelecidos, incluindo métodos estatísticos; descrever métodos novos ou substancialmente modificados, dar as razões para usá-los e avaliar as suas limitações. Identificar com precisão todas as drogas e substâncias químicas utilizadas, incluindo nome(s) genérico(s), dose(s) e via(s) de administração.
- **Resultados:** devem ser apresentados em seqüência lógica no texto, nas tabelas e nas ilustrações com o mínimo possível de discussão ou interpretação pessoal. Não duplicar dados em gráficos e tabelas. Não repetir no texto todas as informações das tabelas e ilustrações (ênfatar ou resumir informações importantes).
- **Discussão:** deve restringir-se ao significado dos dados obtidos, evitando-se hipóteses não fundamentadas nos resultados, e relacioná-los ao conhecimento já existente e aos obtidos em outros estudos relevantes. Ênfatar os aspectos novos e importantes do estudo. Não repetir em detalhes dados já citados nas seções de Introdução ou Resultados. Incluir implicações para pesquisas futuras.
- **Conclusão:** deve ser associada aos objetivos propostos e justificada nos dados obtidos. A hipótese do trabalho deve ser respondida.
- **Agradecimentos:** citar auxílio técnico, financeiro e intelectual que por ventura possam ter contribuído para a execução do estudo.
- **Formas de citação no texto:**

No texto, utilizar o sistema numérico de citação, no qual somente os números-índices das referências, na forma sobrescrita, são indicados. Números sequenciais devem ser separados por hífen; números aleatórios devem ser separados por vírgula. Evitar citar os nomes dos autores e o ano de publicação. Somente é permitida a citação de nomes de autores (seguidos de número-índice e ano de publicação do trabalho) quando estritamente necessário, por motivos de ênfase.

Exemplos de citação de referências bibliográficas no texto:

- "...manifesta-se como uma dor constante, embora de intensidade variável<sup>3</sup>.
- "Entre as possíveis causas da condição estão citados fatores psicogênicos, hormonais, irritantes locais, deficiência vitamínica, fármacos e xerostomia<sup>1-4,6,9,15</sup>.- 1 autor: Field<sup>4</sup> (1995)...- 2 autores: Feinmann e Peatfield<sup>5</sup> (1995)...;- mais do que 2 autores: Sonis <sup>8</sup> (1995)...

e) referências: As referências devem ser ordenadas no texto consecutivamente na ordem em que foram mencionadas, numeradas e normatizadas de acordo com o Estilo Vancouver, conforme orientações fornecidas pelo International Committee of Medical Journal Editors no "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals" (<http://www.icmje.org>).

Os títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com o "List of Journals Indexed in Index Medicus" (<http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lji.html>) e impressos sem negrito, itálico ou grifo, devendo-se usar a mesma apresentação em todas as referências. Os sobrenomes dos autores devem ser seguidos pelos seus prenomes abreviados sem ponto ou vírgula. Usar a vírgula somente entre os nomes dos diferentes autores. Nas publicações com até seis autores, citam-se todos; nas publicações com sete ou mais autores, citam-se os seis primeiros e, em seguida, a expressão latina "et al.". Incluir ano, volume, número (fascículo) e páginas do artigo logo após o título do periódico. Deve-se evitar a citação de comunicações pessoais, trabalhos em andamento e os não publicados; caso seja estritamente necessária sua citação, não devem ser incluídos na lista de referências, mas citados em notas de rodapé. A exatidão das referências bibliográficas é de responsabilidade dos autores.

Exemplos de referências:

Livro:

Netter FH. Atlas de anatomia humana. 2. ed. Porto Alegre:Artes Médicas Sul; 2000.

Livro em suporte eletrônico:

Wothersponn AC, Falzon MR, Isaacson PG. Fractures: adults and old people [monograph on CD-ROM]. 4. ed. New York: Lippincott-Raven; 1998.

Ueki N, Higashino K, Ortiz-Hidalgo CM. Histopathology [monograph online].

Houston: Addison Books; 1998. [cited Jan 27]. Available from: URL:

<http://www.hist.com/dentistry>.

Capítulo de livro:

Estrela C, Bammann LL. Medicação intracanal. In: Estrela C, Figueiredo JAP. Endodontia. Princípios biológicos e mecânicos. 2. ed. São Paulo: Artes Médicas; 1999. p. 571-653.

Capítulo de livro em suporte eletrônico:

Chandler RW. Principles of internal fixation. In: Wong DS, Fuller LM. Prosthesis [monograph on CD-ROM]. 5. ed. Philadelphia: Saunders; 1999.

Tichemor WS. Persistent sinusitis after surgery. In: Tichenor WS. Sinusitis: treatment plan that works for asthma and allergies too [monograph online]. New York: Health On the Net Foundation; 1996.[cited 1999 May 27]. Available from: URL:

<http://www.sinuses.com/postsurg.htm>.

Editor(es) ou compilador(es) como autor(es) de livros:

Avery JK, editor. Oral development and histology. 2. ed. New York: Thieme Medical Publishers; 1994.

Organização ou sociedade como autor de livros:

American Dental Association and American Academy of Periodontology. Introduce dentist to new time saving periodontal evaluation system. Washington: The Institute; 1992.

Artigo de periódico:

Barroso LS, Habitante SM, Silva FSP. Estudo comparativo do aumento da permeabilidade dentinária radicular quando da utilização do hipoclorito de sódio. J Bras Endod 2002; 11(3):324-30.

McWhinney S, Brown ER, Malcolm J, VillaNueva C, Groves BM, Quaipe RA, et al. Identification of risk factors for increased cost, charges, and length of stay for cardiac patients. Ann Thorac Surg 2000;70(3):702-10.

Artigo de periódico em suporte eletrônico:

Nerallah LJ. Correção de fístulas pela técnica de bipartição vesical. Urologia On line [periódico online] 1998 [citado 1998 Dez 8]; 5(4):[telas]. Disponível em URL:

<http://www.epm.br/cirurgia/uronline/ed0798/fistulas.htm>.

Chagas JCM, Szejnfeld VL, Jorgetti V, Carvalho AB, Puerta EB. A densitometria e a biópsia

óssea em pacientes adolescentes. Rev Bras Ortop [periódico em CD-ROM] 1998; 33(2).

Artigo sem indicação de autor:

Ethics of life and death. World Med J 2000; 46:65-74.

Organização ou sociedade como autor de artigo:

World Medical Association Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects. Bull World Health Organ 2001; 79:373-4.

Volume com suplemento:

Shen HM, Zhang QF. Risk assessment of nickel carcinogenicity and occupational lung cancer. Environ Health Perspect 1994;102 Suppl 1:275-82.

Fascículo sem indicação de volume:

Graf R. Hip sonography: how reliable? Dynamic versus static examination. Clin Orthop 1992; (218):18-21.

Sem volume ou fascículo:

Brown WV. The benefit of aggressive lipid lowering. J Clin Practice 2000:344-57.

Clement J, de Bock R. Hematological complications [abstract]. Quintessence Int 1999; 46:1277.

Errata:

White P. Doctors and nurses. Let's celebrate the difference between doctors and nurses. [published erratum in Br Med J 2000;321(7264):835]. Br Med J 2000; 321(7262):698.

Artigo citado por outros autores – apud:

O'Reilly M, Yanniello GJ. Mandibular growth changes and maturation of cervical vertebrae. A longitudinal cephalometric study (1988) apud Mito T, Sato K, Mitani H. Predicting mandibular growth potential with cervical vertebral bone age. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2003; 124(2):173-7.

Dissertações e Teses:

Araújo TSS. Estudo comparativo entre dois métodos de estimativa da maturação óssea [Dissertação de Mestrado]. Piracicaba: Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Unicamp; 2001.

Dissertações e teses em suporte eletrônico:

Ballester RY. Efeito de tratamentos térmicos sobre a morfologia das partículas de pó e curvas de resistência ao CREEP em função do conteúdo de mercúrio, em quatro ligas comerciais para amálgama [Tese em CD-ROM]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 1993.

Trabalho apresentado em evento:

Cericato GO, Cechinato F, Moro G, Woitchunas FE, Cechetti D, Damian MF. Validade do

método das vértebras cervicais para a determinação do surto de Crescimento Puberal. In: 22<sup>a</sup> Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica: 2005; Águas de Lindóia. Anais. Brazilian Oral Research; 2005. p.63

Trabalho de evento em suporte eletrônico:

Gomes SLR. Novos modos de conhecer: os recursos da Internet para uso das Bibliotecas Universitárias [CD-ROM]. In: 10<sup>o</sup> Seminário Nacional de Bibliotecas Universitárias; 1998 Out 25-30; Fortaleza. Anais. Fortaleza: Tec Treina; 1998.

Barata RB. Epidemiologia no século XXI: perspectivas para o Brasil. In: 4<sup>o</sup> Congresso Brasileiro de Epidemiologia [online]; 1998 Ago 1-5; Rio de Janeiro. Anais eletrônicos. Rio de Janeiro: ABRASCO;1998 [citado 1999 Jan 17]. Disponível em URL: <http://www.abrasco.com.br/epirio98/>.

Documentos legais:

Brasil. Portaria n. 110, de 10 de março de 1997. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 18 mar 1997, seção 1, p. 5332.

f) tabelas, quadros, esquemas e gráficos. Devem ser inseridos ao longo do texto, logo após sua citação no mesmo. Devem ser numerados consecutivamente em algarismos arábicos. As legendas das tabelas e dos quadros devem ser colocadas na parte superior dos mesmos e quando for necessário, incluir logo abaixo destes uma listagem dos símbolos, abreviaturas e outras informações que facilitem sua interpretação. As legendas de esquemas e gráficos devem ser colocadas na parte inferior dos mesmos. Todas as tabelas e todos os quadros, esquemas e gráficos, sem exceção, devem ser citados no corpo do texto. Obs.: Os gráficos deverão ser considerados como “figuras” e constar da sequência numérica juntamente com as imagens. g) imagens (fotografias, radiografias e microfotografias). Imagens digitais deverão ser submetidas em tamanho e resolução adequados (300 dpi). Não serão aceitas imagens digitais artificialmente “aumentadas” em programas computacionais de edição de imagens. A publicação de imagens coloridas é de opção dos autores que devem manifestar seu interesse caso o manuscrito seja aceito para publicação. O custo adicional da publicação das imagens coloridas é de responsabilidade do(s) autor(es). Todas as imagens, sem exceção, devem ser citadas no texto. As microfotografias deverão apresentar escala apropriada. Poderão ser submetidas um máximo de oito imagens, desde que sejam necessárias para a compreensão do assunto.

---

## TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS

A submissão dos originais à REV/FO implica transferência dos direitos autorais da publicação impressa e digital.

---

### **Condições para submissão**

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, justificar em "Comentários ao Editor".
2. Os arquivos para submissão estão em formato Microsoft Word, OpenOffice ou RTF (desde que não ultrapasse os 2MB)
3. O texto está em espaço duplo; usa uma fonte de 12-pontos; com figuras e tabelas inseridas no corpo do texto, e não em seu final.
4. O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em Diretrizes para Autores, na seção Sobre a Revista.
5. Comprovante do registro do protocolo de pesquisa em seres humanos no SISNEP (Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa) ou documento equivalente, quando cabível. Para casos clínicos, cópia do termo de consentimento livre e esclarecido assinado pelo paciente ou responsável legal.

### **Declaração de Direito Autoral**

A submissão dos originais à Revista da Faculdade de Odontologia da UPF implica transferência dos direitos autorais da publicação impressa e digital.

### **Política de Privacidade**

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou à terceiros.