



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

ANA CRISTINA GONDIM FILGUEIRA

INFLUÊNCIA DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL NO DESEMPENHO DAS
ATIVIDADES DIÁRIAS DE ADOLESCENTES ESCOLARES

Natal/RN

2013

Ana Cristina Gondim Filgueira

**INFLUÊNCIA DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL NO DESEMPENHO DAS
ATIVIDADES DIÁRIAS DE ADOLESCENTES ESCOLARES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Odontologia, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof^a Dr^a Isaremi Vieira de Assunção.

Natal/RN

2013

Catálogo na Fonte. UFRN/ Departamento de Odontologia
Biblioteca Setorial de Odontologia “Prof^o Alberto Moreira Campos”.

Filgueira, Ana Cristina Gondim.

Influência das condições de saúde bucal no desempenho das atividades diárias de adolescentes escolares / Ana Cristina Gondim Filgueira. – Natal, RN, 2013.

66 f. : il.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Isaremi Vieira de Assunção.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

1. Qualidade de vida – Dissertação. 2. Saúde bucal – Dissertação. 3. Adolescente – Dissertação. I. Assunção, Isaremi Vieira de. II. Título.

RN/UF/BSO

Black D585

Ana Cristina Gondim Filgueira

**INFLUÊNCIA DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL NO DESEMPENHO DAS
ATIVIDADES DIÁRIAS DE ADOLESCENTES ESCOLARES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Odontologia, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em: ___/___/___.

Prof^a Dr^a Isauremi Vieira de Assunção
Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN
Orientadora

Prof. Dr. Kenio Costa de Lima
Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN
Membro Interno

Prof. Dr. Saul Martins de Paiva
Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG
Membro Externo

DEDICATÓRIA

A DEUS: luz do meu caminho, fonte de força e coragem na estrada da vida. Minhas conquistas só são possíveis por causa do seu imenso amor e misericórdia por mim.

**"Tudo é do pai, toda honra e toda glória,
É dele a vitória, alcançada em minha vida.
Tudo é do pai, se sou fraco e pecador,
Bem mais forte é o meu senhor,
Que me cura por amor!"**
(Tudo É do Pai. Compositor: Frederico Cruz)

Aos meus pais Aclázio e Raimunda: meu porto seguro, minha rocha, meu amparo, meus exemplos; sempre se doaram e doaram o melhor de si para seus filhos; nunca mediram esforços para que eu e meus irmãos pudéssemos crescer e galgar vitórias profissionais e pessoais. Minha vitória é a vitória do amor de vocês por mim.

Aos meus irmãos, Ana Claudia e Francisco Andson, à minha cunhada Munique e ao meu sobrinho Miguel, pelo amor, incentivo e colaboração incondicionais.

À minha filha Ana Bárbara: minha joia mais preciosa, minha maior conquista, meu raio de sol em dias nublados, a razão do meu viver.

**"Percebe e entende que os melhores amigos,
São aqueles que estão em casa, esperando por ti.
Acredita, nos momentos mais difíceis da vida,
Eles sempre estarão por perto, pois só sabem te amar.
E se por acaso a dor chegar, ao teu lado vão estar,
Pra te acolher e te amparar."**
(Tua família. Compositor: Dalvimar)

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Àqueles que foram além de suas obrigações e fizeram a diferença na realização deste trabalho:

Ao **Prof. Dr. Kenio Costa de Lima**, Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Odontologia do Rio Grande do Norte, um verdadeiro mestre, em toda a concepção da palavra. Sou grata pela valiosa colaboração indispensável à elaboração deste trabalho.

À **Profª Drª Isaremi Vieira de Assunção**, minha orientadora, agradeço pela compreensão diante dos problemas cotidianos, pelo apoio, pelas orientações e pela confiança depositada em mim.

A **Flávia Christiane de Azevedo Machado**, mestre e doutoranda do Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva, agradeço pela valiosa orientação e colaboração na elaboração deste trabalho e dos artigos que dele nasceram.

A **Gilmara Celli Maia de Almeida**, mestre e doutoranda do Programa de pós-graduação em Ciências da Saúde. Sou muito grata pelo auxílio no cálculo e na interpretação das análises estatísticas.

Às colegas do Mestrado em Saúde Coletiva, **Patrícia Gomes e Beatriz Amaral**. Agradeço a Deus pela nossa amizade, pelo incentivo, pelo auxílio acadêmico e pela gratificante convivência. A vocês, minha eterna admiração e gratidão.

**"Ainda que eu tivesse o dom da profecia,
o conhecimento de todos os mistérios e de toda a ciência do universo;
ainda que eu tivesse toda a fé, a ponto de transportar montanhas,
se não tivesse o amor, eu nada seria.**

(Coríntios 1, 13:2)

AGRADECIMENTOS

Desejo registrar minha gratidão àqueles que, de maneira direta ou indiretamente, participaram e ajudaram na elaboração deste trabalho:

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, pela contribuição à minha formação.

Ao Prof. Dr. Angelo Giuseppe Roncalli da Costa Oliveira, pelas análises estatísticas desta dissertação. Agradeço a contribuição valiosa ao desenvolvimento deste trabalho.

Ao funcionário Lucas Soares de Araújo, pela atenção e presteza no atendimento sempre que necessário.

Aos funcionários da Biblioteca do Departamento de Odontologia, pela maneira atenciosa no atendimento e pelas correções na revisão bibliográfica.

Ao Magnífico Reitor do IFRN, Prof. Belchior de Oliveira Rocha e ao Excelentíssimo Diretor Geral do Campus Natal-Central do IFRN, Prof. José Arnóbio Araújo Filho, pelo incentivo e liberação para que pudesse cursar a pós-graduação e pela autorização para a realização desta pesquisa com os adolescentes do IFRN.

Aos funcionários do Serviço de Saúde do IFRN, pelo apoio, incentivo e colaboração na coleta de dados.

Aos adolescentes do IFRN, que anonimamente contribuíram para a concretização deste trabalho, meu profundo respeito e agradecimento.

Aos amigos e familiares, pelo apoio e incentivo nas horas difíceis.

*De tudo, ficaram três coisas:
a certeza de que estava sempre começando,
a certeza de que era preciso continuar
e a certeza de que seria interrompido antes de terminar.
É necessário fazer da interrupção um caminho novo,
da queda um passo de dança,
do medo uma escada,
do sonho uma ponte,
da procura um encontro.*

(Fernando Sabino)

RESUMO

Em odontologia utilizam-se instrumentos de mensuração da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal (QVRSB) para dimensionar o quanto a condição bucal interfere nos âmbitos funcional, psicológico e social da vida das pessoas. Este estudo seccional, realizado em Natal/RN, com 215 alunos do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte (IFRN), investigou a existência de associação entre o desempenho de atividades diárias e a condição de saúde bucal de adolescentes escolares de 15 a 19 anos de idade, através dos índices normativos CPO-D (dentes permanentes cariados, perdidos e obturados), CPI (índice periodontal comunitário) e DAI (índice de estética dental) e do questionário subjetivo de avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde bucal OIDP (índice de impactos orais no desempenho diário). Também foi realizada a caracterização socioeconômica dos alunos por meio de dados do próprio IFRN. Quanto à análise dos dados, realizou-se a análise descritiva das variáveis através de suas frequências absolutas e relativas e medidas de tendência central. O teste do qui-quadrado foi utilizado para verificar a associação existente entre a variável dependente e as variáveis independentes categóricas e o teste t de Student para as quantitativas. Realizou-se ainda uma análise múltipla, pela regressão de Poisson com variância robusta, entre o desfecho “presença de impacto” e as variáveis independentes que apresentaram valor de $p < 0,20$. Para todos os testes estatísticos foi adotado um nível de significância de 5%. Entre os adolescentes pesquisados, 51,16% relataram que ao menos uma atividade avaliada pelo OIDP tinha sua execução dificultada em decorrência de algum problema odontológico. As dificuldades foram mais acentuadas nas atividades de comer (31,6%), higienizar a boca (25,6%) e sorrir (25,1%). A posição dentária, seguida pela dor de dentes, foram as causas dos impactos mais relatadas pelos adolescentes. Existiu uma associação significativa entre a presença do impacto e a presença de um ou mais dentes cariados ($p=0,012$), a presença de sangramento gengival ($p=0,012$) e a necessidade de tratamento ortodôntico ($p=0,003$), independente das demais variáveis. Não houve associação significativa entre as condições de saúde bucal e as características socioeconômicas e demográficas dos adolescentes. Os resultados da pesquisa demonstraram que existe uma associação entre as condições de saúde bucal da população estudada e os relatos de dificuldades na realização das atividades diárias avaliadas. Quanto piores as condições de saúde bucal, maiores são os impactos dessa condição na qualidade de vida dos adolescentes.

Palavras-chave: Qualidade de Vida. Saúde Bucal. Adolescente.

ABSTRACT

Instruments are used in odontology to measure the Quality of Life Related to Oral Health (OHRQoL) to scale how the oral condition interferes with functional areas, of the people's psychological and social life. This cross-sectional study, held in Natal/RN, with 215 students from the Federal Institute of Education, Science and Technology of Rio Grande do Norte (IFRN) has investigated the association between the performance of daily activities and oral health status of school adolescents from 15 to 19 years of age, through the normative index DMFT (permanent teeth decayed, missing and filled), CPI (Community Periodontal Index) and DAI (dental Aesthetic Index) and subjective questionnaire assessment of quality of life related oral health OIDP index (oral impacts on daily performance). It was also carried out the socioeconomic characteristics of students through IFRN own data. Concerning the analysis of data was performed a descriptive analysis of the variables by their absolute and relative frequencies and measures of central tendency. The chi-square test was used to assess the association between the dependent variable and the independent categorical variables and the Student t test for quantitative. It was also conducted a further multiple analysis out using Poisson regression with robust variance between the outcome "presence of impact" and the independent variables that showed $p < 0.20$. It was used for all the statistical tests a significance level of 5%. Among the adolescents surveyed, 51.16% reported that at least one activity assessed by OIDP had hampered its implementation due to some dental problem. The difficulties were more pronounced in the activities of eating (31.6%), oral hygiene (25.6%) and smile (25.1%). The tooth position, followed by toothache, were the causes of the impacts reported by most teenagers. There was a significant association between the presence and impact of the presence of one or more decayed teeth ($p = 0.012$), the presence of gum bleeding ($p = 0.012$) and for orthodontic treatment ($p = 0.003$), independently of other variables. There was no significant association between oral health status and socioeconomic and demographic characteristics of the adolescents. The survey results showed that there is an association between oral health status of the population studied and reports of difficulties in carrying out daily activities evaluated. The worse the oral health status, the greater the impact of this condition on the adolescents' quality of life.

Keywords: Quality of life. Oral health. Adolescents.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 -	Fatores de influência na Qualidade de Vida.....	20
FIGURA 2 -	Fatores que afetam a QVRSB.....	22
FIGURA 3 -	Quadro teórico das consequências dos impactos orais.....	27

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 -	Resumo das versões validadas para o português dos instrumentos de QVRSB para crianças e adolescentes.....	25
QUADRO 2 -	Descrição da variável dependente do estudo. Natal/RN, 2013.....	35
QUADRO 3 -	Descrição das variáveis independentes do estudo. Natal/RN, 2013.....	35
QUADRO 4 -	Códigos e critérios para o registro do Índice Periodontal Comunitário (CPI).....	37
QUADRO 5 -	Componentes oclusais considerados no DAI e respectivos coeficientes de regressão.....	38
QUADRO 6 -	Escores do DAI distribuídos de acordo com a severidade da oclusopatia e da necessidade de tratamento ortodôntico.....	39

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 -	Frequências absoluta e relativa das variáveis socioeconômicas e demográficas. Natal/RN, 2013.....	43
TABELA 2 -	Médias e desvios padrões do CPO-D e seus componentes. Natal/RN, 2013.....	43
TABELA 3 -	Frequências absoluta e relativa do Índice Periodontal Comunitário (CPI). Natal/RN, 2013.....	44
TABELA 4 -	Frequências absoluta e relativa do Índice de Estética Dental (DAI). Natal/RN, 2013.....	44
TABELA 5 -	Frequências absoluta e relativa do Índice de Impactos Orais no Desempenho Diário (OIDP). Natal/RN, 2013.....	44
TABELA 6 -	Associação entre a variável independente principal cárie e a prevalência de impacto na QVRSB. Natal/RN, 2013.....	46
TABELA 7 -	Associação entre as variáveis independentes principais doença periodontal e oclusopatia e a prevalência de impacto na QVRSB. Natal/RN, 2013.....	47
TABELA 8 -	Associação entre as variáveis independentes socioeconômicas e demográficas e a prevalência de impacto. Natal/RN, 2013.....	48
TABELA 9 -	Análise múltipla pela Regressão de Poisson com variância robusta para o desfecho “presença de impacto”. Natal/RN, 2013..	49

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 -	Frequência relativa do impacto na QVRSB por atividade diária, de acordo com o OIDP. Natal/RN, 2013.....	45
GRÁFICO 2 -	Frequência relativa das causas odontológicas responsáveis pelo impacto na qualidade de vida dos adolescentes escolares. Natal/RN, 2013.....	46

LISTA DE ABREVIATURAS

CHILD-OIDP: Índice de impactos Orais nas Atividades Diárias da criança
CPO-D: Dentes Permanentes Cariados, Perdidos ou Obturados
CPI: Índice Periodontal Comunitário
CPQ: Questionário de Percepções da Criança
DAI: Índice de Estética Dental
DIDL: Impactos Dentais na Vida Diária
ECA: Estatuto da Criança e do Adolescente
ECOHIS: Escala de Impacto da Saúde Oral na Primeira Infância
FIS: Escala de Impacto Familiar
GOHAI: Índice Geriátrico de Obtenção da Saúde Oral
IFRN: Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte
IOTN: Índice de Necessidade de Tratamento Ortodôntico
OHIP: Perfil de Impacto da Saúde Oral
OIDP: Impactos Orais no Desempenho Diário/Atividades Diárias
OMS: Organização Mundial da Saúde
PedsQL-Oral Health: Inventário da Qualidade de Vida Pediátrico - Escala de Saúde Oral
QV: Qualidade de Vida
QVRS: Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
QVRSB: Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal
RN: Estado do Rio Grande do Norte - Brasil
SM: Salário Mínimo
SOHO-5: Escala de Desfechos de Saúde Bucal

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	18
2.1	QUALIDADE DE VIDA E QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE.....	18
2.2	QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL (QVRSB).....	21
2.2.1	Instrumentos de mensuração da QVRSB.....	23
2.2.2	Índice de Impactos Bucais nas Atividades Diárias – OIDP.....	26
2.3	CARACTERÍSTICAS FISIOLÓGICAS E PRINCIPAIS PROBLEMAS BUCAIS QUE AFETAM A QVRSB DE ADOLESCENTES.....	28
3	OBJETIVOS.....	31
3.1	OBJETIVO GERAL.....	31
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	31
4	MÉTODO.....	32
4.1	CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO.....	32
4.2	TIPO DO ESTUDO.....	32
4.3	POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	33
4.3.1	Critério de Inclusão.....	33
4.4	TREINAMENTO E CALIBRAÇÃO.....	33
4.5	ESTUDO PILOTO.....	34
4.6	PLANO AMOSTRAL.....	34
4.6.1	Tipo da Amostra.....	34
4.6.2	Tamanho da Amostra.....	34
4.7	VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	35
4.8	COLETA DE DADOS.....	36
4.9	ANÁLISE DOS DADOS.....	41
4.10	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	41
5	RESULTADOS.....	42
5.1	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	42
5.2	ANÁLISE DA ASSOCIAÇÃO ENTRE A VARIÁVEL DEPENDENTE E AS VARIÁVEIS INDEPENDENTES.....	46
6	DISCUSSÃO.....	50

7	CONCLUSÕES.....	55
	REFERÊNCIAS.....	56
	ANEXOS.....	61
	APÊNDICE.....	66

1. Introdução

1 INTRODUÇÃO

O reconhecimento da importância dos aspectos sociais e psicológicos na determinação do processo saúde-doença, inclusive das doenças bucais, levou a um aumento na utilização dos indicadores de Qualidade de Vida. A concepção de qualidade de vida está relacionada à satisfação encontrada na vida familiar, amorosa, social, ambiental e existencial. Engloba, portanto, aspectos objetivos, como acesso à alimentação, trabalho, moradia, educação, saúde e lazer, e subjetivos, como realização individual e bem-estar (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Na área da saúde bucal, utilizamos o conceito de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal (QVRSB), que consiste em avaliar como a condição bucal afeta a capacidade funcional (mastigar, falar, sorrir, dormir), psicológica (auto-estima, humor) e social (relacionamento interpessoal, estudo, trabalho) do indivíduo. Assim, uma QVRSB satisfatória é aquela onde o indivíduo consegue realizar suas atividades diárias sem dor, desconforto, insatisfação com a aparência ou limitação de suas funções bucais (INGLEHART; BAGRAMIAN, 2002; GOMES; ABBEG, 2007).

Os problemas de saúde bucal são reconhecidos por impactar negativamente na qualidade de vida por causarem dor, constrangimentos psicológicos e privações sociais, levando a prejuízos individuais e coletivos (GOMES; ABBEG, 2007). Assim, a necessidade de se determinar a repercussão integral das alterações presentes na boca, levou ao desenvolvimento dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB), cuja utilização vem aumentando nas pesquisas odontológicas (CASTRO; PORTELA; LEÃO, 2007). Dentre esses instrumentos, destaca-se o *Oral Impacts on Daily Performances* – OIDP, que é um indicador sócio-dental que avalia a frequência e a severidade dos impactos odontológicos que afetam o desempenho das atividades diárias dos indivíduos, bem como os problemas bucais e sintomas causadores desse impacto (GOMES; ABBEG, 2007).

Em Odontologia, as pesquisas epidemiológicas em relação à temática da saúde bucal e qualidade de vida em adolescentes são escassas (BIAZEVIC et al., 2008), e, os estudos existentes, demonstram haver uma associação entre a condição de saúde bucal e os impactos na qualidade de vida desses indivíduos em desenvolvimento. Isto vai de encontro ao que é preconizado pelas Diretrizes Nacionais para Atenção Integral à Saúde de Adolescentes, que coloca a melhoria da qualidade de vida deste grupo populacional como sua maior meta

(BRASIL, 2010). Por conseguinte, faz-se necessário compreender quais são as questões de saúde bucal que mais impactam na vida cotidiana dos adolescentes para orientar a adoção de ações e intervenções efetivas e eficientes. O fato de hábitos e comportamentos estarem sendo formados durante essa fase da vida, deve ser aproveitado pelos profissionais de saúde e educadores para facilitar ações de promoção à saúde (BRAGA; LEITE, 2010).

Assim, o principal objetivo deste estudo, foi investigar a existência de associação entre a condição de saúde bucal e o relato de dificuldades na realização de atividades diárias de adolescentes escolares de 15 a 19 anos de idade do nordeste brasileiro, utilizando-se como instrumento de mensuração subjetiva o OIDP.

2. Revisão de Literatura

2 REVISÃO DE LITERATURA

Os problemas de saúde bucal têm sido cada vez mais reconhecidos como importantes causadores de impacto negativo no desempenho de atividades diárias e, conseqüentemente, na qualidade de vida dos indivíduos e da sociedade (GOMES; ABEGG, 2007).

Variáveis como dor de dente, dificuldades na mastigação, na higienização dentária, na pronúncia das palavras e a insatisfação com a aparência facial são comumente citadas como eventos que afetam a qualidade de vida dos indivíduos (LEÃO; SHEIHAM, 1995, ANTUNES; LEÃO; MAIA, 2012).

A associação dos indicadores clínicos objetivos (normativos) com os indicadores subjetivos proporciona uma avaliação multidimensional da condição de saúde bucal do indivíduo examinado, viabilizando ações mais efetivas e eficientes de promoção à saúde (BIAZEVIC et al., 2008).

Por reconhecer os potenciais impactos na qualidade de vida que os agravos bucais podem ocasionar, a minimização ou prevenção dos mesmos se apresentam como importantes medidas de saúde pública. Considerando que na adolescência o ser humano apresenta os melhores índices de saúde, que podem ser mantidos e/ou melhorados de acordo com a percepção e a valorização desses indivíduos quanto à mesma, o grupo dos adolescentes deve receber uma maior atenção das políticas públicas (GARBIN et al., 2009).

Em vista dos argumentos apresentados, esta revisão de literatura buscará fundamentar a relação entre as dificuldades no desempenho das atividades diárias e a saúde bucal de adolescentes escolares e, para tanto, foi organizada com a perspectiva de apresentar os conceitos relacionados à Qualidade de vida (QV) e Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS), discutir mais a fundo a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal (QVRSB) e seus instrumentos de mensuração, para ao final, discorrer brevemente sobre as características fisiológicas e principais problemas bucais que afetam a QVRSB do adolescente.

2.1 QUALIDADE DE VIDA E QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE

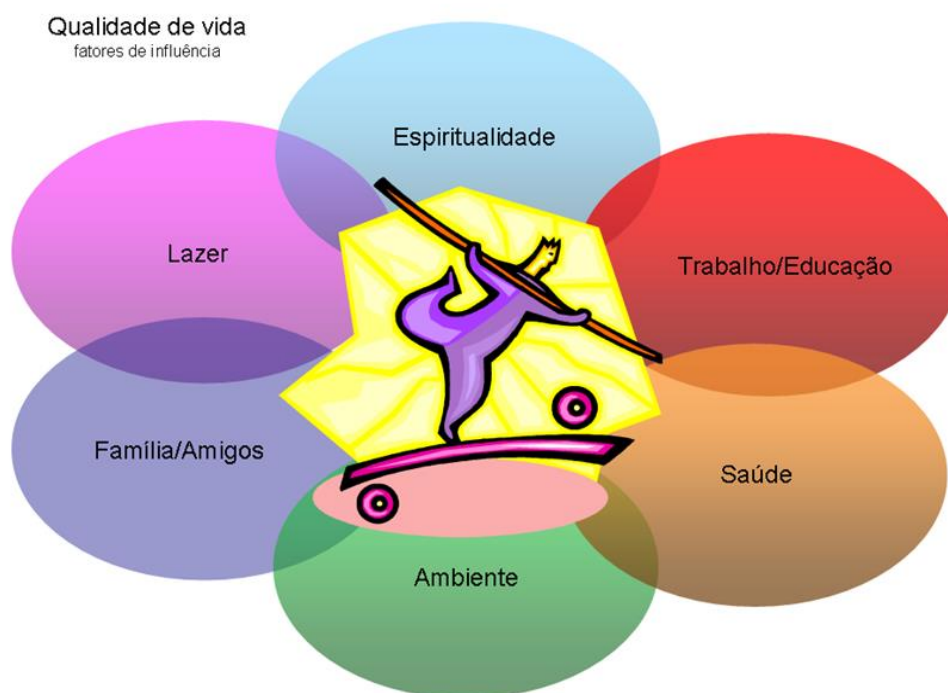
Saúde e doença são processos contínuos. Seus determinantes e condicionantes são multifatoriais e complexos, estando relacionados aos aspectos econômicos, socioculturais, à experiência pessoal e ao estilo de vida dos indivíduos. A avaliação do impacto físico e psicossocial que as enfermidades, disfunções ou incapacidades podem acarretar nos

indivíduos, leva à necessidade de uma melhor compreensão sobre a Qualidade de Vida (QV) dos pacientes. Duas tendências predominam na área da saúde quanto à conceituação de qualidade de vida: qualidade de vida como um conceito mais genérico e qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS). No primeiro caso, a QV apresenta uma concepção mais ampla, sem fazer referência a disfunções ou agravos. Exemplo disto é o conceito de QV adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), onde a QV foi definida como “a percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (SEIDL; ZANNON, 2004).

Tendo como base estudos com pacientes portadores de doenças crônicas que relataram possuir uma boa qualidade de vida, apesar de suas limitações físicas, Locker e Allen (2007) sugerem que a saúde e a QV são aspectos conceitualmente e empiricamente distintos. A Qualidade de Vida não é comprometida apenas por sintomas físicos ou funcionais, mas também por problemas psicossociais: incorpora noções de valores, preocupações, crenças individuais e a importância relativa que cada indivíduo dá aos diferentes domínios da vida humana.

Segundo Minayo, Hartz e Buss (2000) a QV é uma representação social criada a partir de parâmetros subjetivos (como bem-estar, felicidade, amor, prazer e realização pessoal) e objetivos (alimentação, acesso à água potável e saneamento básico, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer), cujas referências são a satisfação das necessidades básicas e das necessidades criadas pelo grau de desenvolvimento econômico e social de determinada sociedade. É a distância entre as expectativas individuais e a realidade (Figura 1).

Figura 1 – Fatores de influência na Qualidade de Vida



Fonte: (SANTANA, 2010).

Gianchello (1996) conceitua QVRS como o valor atribuído à vida quando modificada pela percepção de limitações físicas, psicológicas, funções sociais e oportunidades, influenciadas pela doença, tratamento e/ou outros agravos, tornando-se assim, o principal indicador para a pesquisa avaliativa dos resultados das intervenções.

Segundo Seidl e Zannon (2004) o termo Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) tem sido usado com objetivos semelhantes à conceituação mais ampla; no entanto, incorpora os aspectos mais diretamente associados às enfermidades ou às intervenções em saúde. Os autores concluem que a utilização dos conceitos de QV e o seu desenvolvimento na clínica diária podem resultar em mudanças das práticas assistenciais eminentemente biomédicas, para um novo paradigma do processo saúde-doença que leve em consideração os aspectos socioeconômicos, psicológicos e culturais, contribuindo assim, para a melhoria da qualidade e da integralidade da assistência nas ações de promoção, prevenção e reabilitação em saúde. Os autores ressaltam ainda que a qualidade de vida somente pode ser avaliada pela própria pessoa, através de sua percepção sobre seu estado de saúde e outros aspectos não médicos de sua vida.

Em meio à necessidade de se conhecer o que acontece com os pacientes após o diagnóstico ou intervenção com o decorrer do tempo, principalmente em relação às doenças crônicas, torna-se cada vez mais relevante a inclusão da QVRS no processo de trabalho em saúde (FARIAS; BUCHALLA, 2005). A área da saúde bucal está em consonância com esta tendência e por isso tem aumentado as pesquisas de qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB).

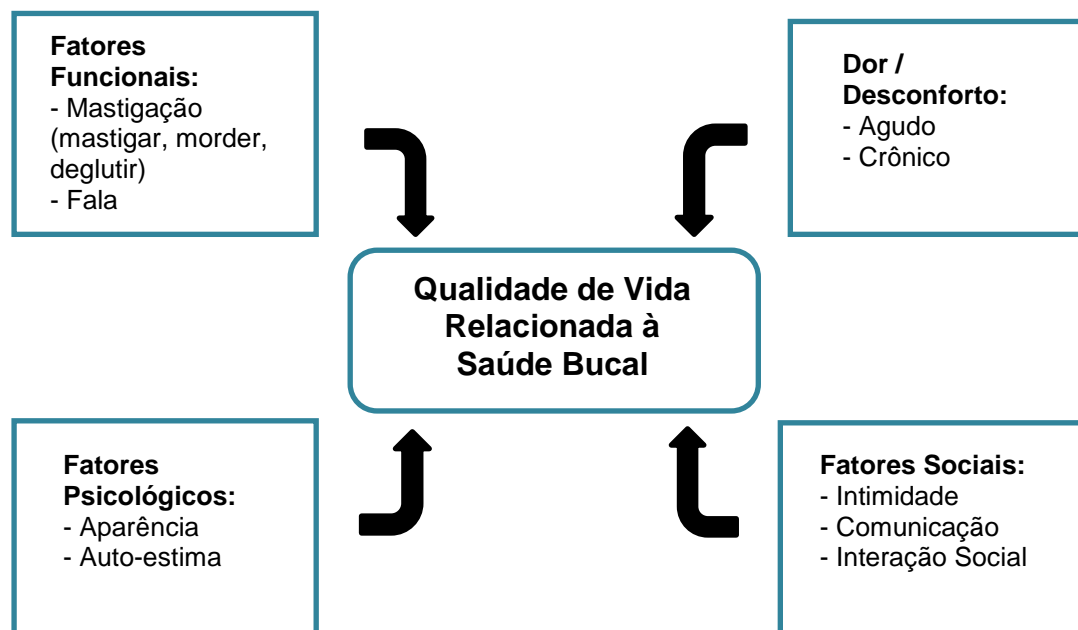
2.2 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL (QVRSB)

Os problemas de saúde bucal têm sido cada vez mais reconhecidos como importantes causadores de impactos negativos no desempenho diário e na qualidade de vida dos indivíduos e da sociedade por causarem dor, sofrimento, constrangimentos psicológicos e privações sociais, acarretando prejuízos em nível individual e coletivo. Assim, embora a maioria das doenças bucais não seja fatal, elas podem levar a uma significativa morbidade (GOMES; ABBEG, 2007; COHEN-CARNEIRO; SOUZA-SANTOS; REBELO, 2011).

O sistema estomatognático nos permite falar, sorrir, beijar, sentir o paladar dos alimentos, mastigar e deglutir. Portanto, saúde bucal significa muito mais do que ter bons dentes; é parte integrante da saúde geral e essencial para o bem-estar, ou seja, a saúde bucal também é um fator determinante para a QV dos indivíduos (PETERSEN, 2003).

Inglehart e Bagramian (2002) sugerem que Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) seja definida como a avaliação do indivíduo sobre como os fatores funcionais, fatores psicológicos (relacionados à aparência e auto-estima), fatores sociais (interação com os outros) e a experiência de dor/desconforto afetam o seu bem-estar. Quando esses fatores se relacionam à saúde bucal, temos a definição de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal (QVRSB) (Figura 2).

Figura 2 – Fatores que afetam a QVRSB



Fonte: (INGLEHART; BAGRAMIAN, 2002)

O diagnóstico mais acurado da necessidade de tratamento do indivíduo é um dos caminhos para reduzir impactos negativos em sua qualidade de vida. Para isso, a necessidade de tratamento deve ser determinada por três tipos de informações: sinais objetivos, sintomas subjetivos e adequação social. Os sinais objetivos são desvios de normas consideradas ideais. Os sintomas subjetivos incluem o reconhecimento, por parte do paciente ou de seus pais, no caso de crianças, do desvio como sendo um problema que demanda tratamento. Já a adequação social é o reconhecimento, por parte da sociedade, de que o agravo cria um problema para o paciente (COSTA, 2007).

Em vista disto, a OMS faz recomendações sobre a construção e o uso de instrumentos de medida do impacto da saúde na qualidade de vida que considerem essas informações para superar os aspectos de subjetividade e multidimensionalidade dos constructos. A avaliação objetiva deve incluir informações gerais sobre a condição biológica, comportamento e capacidade funcional, as quais dimensionarão o estado de saúde dos indivíduos. A avaliação subjetiva deve conter questionamentos sobre satisfação/insatisfação do indivíduo acerca do seu estado de saúde, em cada uma das informações, o que determinará o tamanho da percepção dos indivíduos. Com relação à multidimensionalidade, o grupo recomenda a inclusão de, pelo menos, três dimensões: física, psicológica e social. Assim, os instrumentos

devem considerar informações sobre aspectos de funcionamento do organismo, estado cognitivo e afetivo e questões sobre as relações interpessoais e os papéis sociais na vida dos indivíduos (LACERDA, 2005).

Com base nessa perspectiva, foram criados os instrumentos de avaliação da QV, que podem ser divididos em genéricos (não direcionados a nenhum problema de saúde específico) e específicos (consideram o impacto de condições mais definidas, específicas), como por exemplo, os problemas de saúde bucal (CASTRO; PORTELA; LEÃO, 2007).

A necessidade de se determinar a repercussão integral de alterações presentes no meio bucal levou ao desenvolvimento dos instrumentos de avaliação específicos da QVRSB, que vêm sendo utilizados com frequência cada vez maior em pesquisas odontológicas (CASTRO; PORTELA; LEÃO, 2007).

2.2.1 Instrumentos de mensuração da QVRSB

Na área da saúde bucal, as medidas clínicas objetivas têm sido obtidas na população com relativa facilidade; mas o mesmo não acontece com relação às medidas subjetivas.

Os indicadores objetivos em saúde bucal constituem medidas clínicas úteis para a mensuração da necessidade normativa de tratamento do paciente. Entretanto, possuem suas limitações, já que não trazem informações a respeito do impacto que a condição bucal possui em sua qualidade de vida. (BIAZEVIC, 2001).

Os indicadores sócio-dentais ou indicadores subjetivos de saúde bucal conseguem mensurar o grau em que as doenças bucais interferem no funcionamento normal e desejável do indivíduo, desde os aspectos funcionais e psicológicos até os sociais. (GOMES; ABEGG, 2007).

As medidas que foram inicialmente designadas de indicadores sócio-dentais ou indicadores subjetivos de saúde bucal são agora mais geralmente referidas como medidas de QVRSB. O aumento na utilização dessas medidas emergiu do reconhecimento de que as medidas clínicas tradicionais de saúde devem ser complementadas por dados obtidos a partir do relato dos próprios pacientes, suas percepções, experiências e preocupações (LOCKER; ALLEN, 2007).

O uso dessas medidas para identificar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida do indivíduo vem se ampliando nos últimos anos, mais precisamente nas duas últimas décadas. Contudo, no Brasil, esta preocupação ainda é recente (LACERDA, 2005).

Em relação aos instrumentos de mensuração da QVRSB, os estruturados em forma de questionários mais utilizados e relatados na literatura são: DIDL (*Dental Impacts on Daily Living* – Impactos Dentais na Vida Diária), GOHAI (*Geriatric Oral Health Assessment Index* – Índice Geriátrico de Obtenção da Saúde Oral), OHIP (*Oral Health Impact Profile* – Perfil de Impacto na Saúde Oral) e OIDP (*Oral Impacts on Daily Performances* – Impactos Oraís nas Atividades Diárias). Esses instrumentos fornecem escores numéricos que podem ser utilizados tanto para a comparação de grupos de indivíduos portadores ou não de determinada patologia bucal e seu nível de gravidade, como para a comparação de diferentes patologias e os estágios de pré e pós-tratamento odontológico (FEU; QUINTÃO; MIGUEL, 2010).

Diante da importância dos indicadores sócio-dentais, estes têm sido testados nas várias populações. No entanto, a maioria das pesquisas sobre QVRSB foram realizadas com adultos e idosos (LEÃO; SHEIHAM, 1995; BIAZEVIC, 2001; BIAZEVIC et al., 2004; GOMES; ABEGG, 2007; LACERDA, 2008).

A mensuração da QVRSB em crianças e adolescentes apresenta uma importante peculiaridade: a diferença do grau de percepção que estes apresentam de si mesmos e do mundo, diferentes daqueles percebidos pelos indivíduos adultos. Por isto, instrumentos específicos para essa população mais jovem têm sido propostos, como o CPQ (*Child Perceptions Questionnaire*), o CHILD-OIDP (*Child Oral Impacts on Daily Performances*), o ECOHIS (*Early Childhood Oral Health Impact Scale*), o FIS (*Family Impact Scale*), o SOHO-5 (*Scale of Oral Health Outcomes*) e o PedsQL - Oral Health (*Pediatric Quality of Life Inventory – Oral Health Scale*), conforme quadro 1. Destes, apenas o CPQ₆₋₇ e o COHIP não apresentam validação para a língua portuguesa. O COHIP (*Child Oral Health Impact Profile*) é um instrumento elaborado para ser respondido pelos pais e pelas crianças que visa avaliar aspectos positivos e negativos da QVRSB. (ANTUNES; LEÃO; MAIA, 2012).

Quadro 1 – Resumo das versões validadas para o português dos instrumentos de QVRSB para crianças e adolescentes.

Instrumento	Faixa etária	Respondente	Domínios	Nº de itens	Versão em Português
CPQ ₁₁₋₁₄	11-14 anos	Criança / Adolescente	Sintomas bucais, Limitações funcionais, Bem-estar emocional, Bem-estar social	37	Goursand et al, 2008 Barbosa et al, 2009
				8 e 16	Torres et al, 2009
				25	Martins et al, 2009 Barbosa et al, 2009
CPQ ₈₋₁₀	8-10 anos	Criança			
P-CPQ	6-14 anos	Pais / Responsáveis		31	Goursand et al, 2009 Barbosa; Gavião, 2012
CHILD-OIDP	11-12 anos	Criança / Adolescente	Atividades diárias relacionadas ao desempenho físico, psicológico e social	8	Castro et al, 2008
ECOHIS	3-5 anos	Pais / Responsáveis	Subescala criança Subescala família	13	Scarpelli et al, 2011
FIS	6-14 anos	Pais / Familiares	Atividade dos pais/família Emoções dos pais Conflito familiar Encargos financeiros	14	Goursand et al, 2009
SOHO-5	5 anos	Criança e Pais/Responsáveis	Sintomas bucais, Limitações funcionais, Bem-estar emocional, Bem-estar social	7 (cada versão)	Abanto et al, 2013
PedsQL - Oral Health	2-18 anos	Criança/Adolescente e Pais/Responsáveis	Sintomas bucais, Limitações funcionais, Bem-estar emocional, social e escolar.	5 (cada versão)	Bendo et al, 2012

Fonte: Adaptado de ANTUNES; LEÃO; MAIA, 2012.

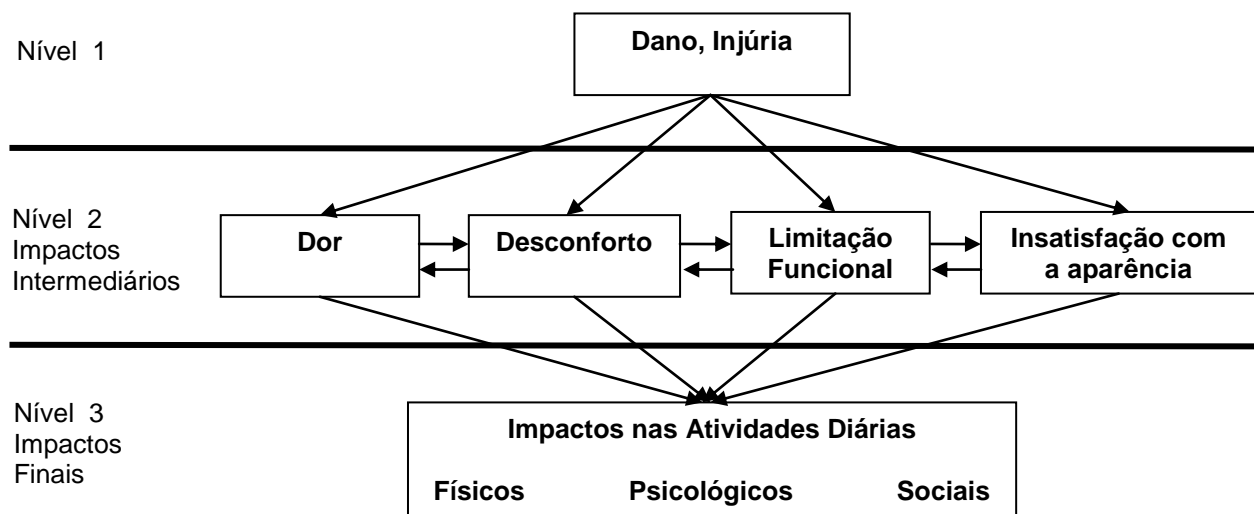
Percebe-se no quadro 1 que os instrumentos de mensuração de QVRSB elaborados para a criança e o adolescente, em sua quase totalidade, só contemplam a primeira fase da adolescência, ou seja, indivíduos com até 14 anos de idade.

Diante disto, devido à lacuna existente em relação a um instrumento de mensuração da QVRSB específico à segunda fase da adolescência (de 15 a 18 ou 19 anos de idade), a facilidade de compreensão por parte dos indivíduos entrevistados e a rapidez com que é realizado, o OIDP tem sido utilizado em pesquisas epidemiológicas com essa parcela da população (ASTROM; OKULLO, 2003; OLIVEIRA; SHEIHAM, 2004; RAMOS-JORGE et al., 2007; KRISDAPONG et al., 2012).

2.2.2 Índice de Impactos Bucais nas Atividades Diárias - OIDP

O *Oral Impacts on Daily Performances* (Impactos Orais no Desempenho Diário/Atividades Diárias) – OIDP, é um indicador sócio-dental baseado conceitualmente *no International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps* - classificação internacional de comprometimentos, incapacidades e deficiências da Organização Mundial de Saúde (OMS), que foi modificado por Locker no ano de 1988, para que pudesse ser usado em Odontologia (Figura 3). Esse instrumento foi desenvolvido por Adulyanon e colaboradores, em 1996, com o objetivo de avaliar o impacto das condições de saúde bucal na capacidade do indivíduo de realizar suas atividades diárias. Para isso, analisa os impactos nas três dimensões: físicas, psicológicas e sociais, que são avaliados através de oito performances (atividades) diárias: 1) comer e apreciar a comida; 2) falar e pronunciar claramente as palavras; 3) realizar a higiene oral; 4) dormir e relaxar; 5) sorrir sem embaraço; 6) manter o estado emocional usual sem irritabilidade; 7) realizar o trabalho e/ou papel social; 8) desfrutar do contato com as pessoas. Este índice tenta usar a abordagem lógica de quantificação dos impactos, avaliando tanto a frequência quanto a gravidade desses impactos (ADULYANON; SHEIHAM, 1997).

Figura 3 – Quadro teórico das consequências dos impactos orais



Fonte: (ADULYANON; SHEIHAM, 1997)

Segundo Adulyanon e Sheiham (1997), o OIDP possui as seguintes vantagens: a) avalia todas as consequências do nível dois dos impactos orais (figura 3); b) evita medir duplamente o mesmo impacto em cada um dos três níveis, considerando somente os impactos importantes que afetam a QVRSB; c) é de fácil mensuração.

É um dos instrumentos de mensuração da QVRSB mais curtos, que busca avaliar os impactos orais que afetaram o desempenho diário dos indivíduos nos últimos seis meses. Mediante a avaliação da frequência (medida por uma escala temporal) e da severidade (intensidade) dos impactos, o OIDP fornece um escore de impacto individual. Além desses aspectos, também são questionados quais os problemas bucais e os sintomas percebidos pelos indivíduos como causadores dos impactos relatados. Essa característica de analisar os problemas orais específicos e poder relacioná-los com a condição clínica, torna o OIDP útil na avaliação das necessidades de tratamento (GOMES; ABEGG, 2007; FEU; QUINTÃO; MIGUEL, 2010).

Oliveira e Sheiham (2004) avaliaram 1.675 adolescentes brasileiros com idade entre 15 e 16 anos de idade, com relação à necessidade de tratamento ortodôntico utilizando o Índice de Necessidade de Tratamento Ortodôntico (IOTN) e duas medidas de QVRSB: o OIDP e a versão abreviada do *Oral Health Impact Profile* (OHIP-14). Ao final, os autores concluíram que os adolescentes que completaram o tratamento ortodôntico relataram uma

melhor QVRSB em comparação àqueles em tratamento ou que nunca foram submetidos a tratamento.

Por sua vez, Ramos-Jorge et al. (2007), em pesquisa com adolescentes de 10 a 19 anos para investigar a magnitude do impacto do traumatismo dentário na QVRSB utilizando o OIDP, demonstraram que o traumatismo de esmalte e dentina acarretou uma maior prevalência de impacto dental na performance diária. Este estudo, tipo caso-controle, comparou dois grupos: um grupo composto por pacientes traumatizados tratados e um controle, composto por pacientes sem histórico de trauma. Os autores concluíram que, apesar do tratamento, a ocorrência das consequências do trauma não puderam ser totalmente eliminadas, mas apenas minimizadas.

Vários estudos têm sido realizados com a temática QVRSB abordando problemas odontológicos específicos, principalmente os relacionados às oclusopatias. Esta pesquisa, no entanto, busca analisar a associação dos três principais problemas odontológicos encontrados na adolescência, na faixa etária de 15 a 19 anos de idade (cárie dentária, periodontopatias e maloclusões), com os impactos orais desses problemas no desempenho de atividades diárias, utilizando-se o OIDP como instrumento de mensuração da QVRSB.

2.3 CARACTERÍSTICAS FISIOLÓGICAS E PRINCIPAIS PROBLEMAS BUCAIS QUE AFETAM A QVRSB DE ADOLESCENTES

Para Eisenstein (2005), a adolescência é o período de transição entre a infância e a vida adulta, caracterizado pelos impulsos do desenvolvimento físico, mental, emocional, sexual e social e pelos esforços do indivíduo em alcançar os objetivos relacionados às expectativas culturais da sociedade em que vive. Este período se inicia com as mudanças corporais da puberdade e termina quando o indivíduo consolida seu crescimento e sua personalidade, obtendo progressivamente sua independência econômica, além da integração em seu grupo social.

Os limites cronológicos da adolescência são definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) entre 10 e 19 anos (*adolescents*). No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei 8.069, de 1990 (BRASIL, 1990), considera criança a pessoa até 12 anos de idade incompletos e define a adolescência como a faixa etária de 12 a 18 anos de idade (EISENSTEIN, 2005).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, a adolescência se caracteriza por um período de grande vulnerabilidade física, psicológica e social. Por esse motivo, a experiência de “adolecer” exige da família, e dos profissionais de saúde e educação, uma análise do mundo adolescente, dos problemas que podem acarretar danos e agravos à saúde, e uma sistematização de ações para um atendimento eficiente na promoção e proteção da saúde (HEIDEMANN, 2006).

Neste sentido, Soares et al. (2011) defendem que é necessário uma reflexão acerca da posição das crianças e dos adolescentes sobre suas necessidades, expectativas e vivências e que o estudo da QVRS na infância e adolescência, requer a aplicação de uma metodologia que esteja atenta às particularidades desses indivíduos.

Quanto às necessidades e expectativas, diversos estudos de autopercepção em saúde bucal demonstram que algumas condições clínicas são percebidas pelos adolescentes como situações que interferem em sua qualidade de vida. Em uma pesquisa com 332 adolescentes de 15 a 19 anos de idade, de ambos os sexos, matriculados em três escolas públicas, Bastos (2009) verificou que dor física e desconforto psicológico foram as dimensões que mais afetaram os adolescentes estudados. Além disso, foi evidenciado que tanto a prevalência como a morbidade dos agravos bucais mais comuns entre os adolescentes estão concentrados em populações mais carentes.

Em outro estudo, Garbin et al. (2009) avaliaram a opinião de 493 adolescentes (15 a 17 anos) de uma instituição de capacitação para o mercado de trabalho, quanto à saúde geral e bucal, bem como sua percepção sobre elas, através de um questionário semiestruturado. A pesquisa demonstrou que a maioria dos jovens tem uma percepção boa ou ótima com relação à saúde geral, porém tornam-se mais rigorosos quanto à percepção da saúde bucal, pois estão envolvidos aspectos afetivos, estéticos e sociais.

Krisdapong et al. (2012) avaliaram a associação entre a condição de saúde bucal e a QVRSB de 871 adolescentes tailandeses de 15 anos de idade. Como resultado, trinta e nove por cento da amostra relataram impactos bucais de grau moderado/elevado e os adolescentes com 4 dentes cariados ou mais, relataram um impacto 3 e 7 vezes maior, respectivamente, quando comparado àqueles sem dentes cariados. E ainda, a presença de gengivite severa em 3 ou mais sextantes, dobrou a ocorrência do impacto de grau moderado/elevado.

Quanto às peculiaridades da adolescência, nesta fase da vida a sociedade e a família passam a exigir desses indivíduos, ainda em crescimento e maturação, maiores responsabilidades com relação à sua própria vida. Neste sentido, os valores e o

comportamento dos amigos ganham importância crescente em sua formação em razão do natural distanciamento dos pais em direção a uma maior independência (BRASIL, 2010).

Segundo Freire, Sheiham e Bino (2007) é na adolescência que são estabelecidas as atitudes, os valores e os comportamentos em relação à saúde. Nesta fase, a higiene bucal é parte integrante da higiene pessoal e da busca pela boa aparência física (razões cosméticas), estando sujeita à influência da família (especialmente da mãe), dos seus pares e dos níveis socioeconômico e demográfico.

É no início da adolescência que se estabelece a dentição permanente do ser humano. Apesar de fatores relativos ao indivíduo e ao ambiente poderem afetar a cronologia e a sequência da irrupção dentária, a irrupção dos segundos molares permanentes ocorre até os 12,5 anos, sendo mais precoce no sexo feminino (cerca de seis meses a um ano) (GUEDES-PINTO, 2006). Isto reforça a importância de trabalhar com este grupo para incentivar hábitos promotores de uma condição de saúde bucal satisfatória em prol da qualidade de vida.

No entanto, esse trabalho educativo é dificultado por um paradoxo característico dos adolescentes. Apesar de demonstrarem preocupação excessiva com a estética corporal, a higiene pessoal (oral e corporal) é, muitas vezes, negligenciada (HEIDEMANN, 2006). Enquanto alguns jovens são capazes de se cuidar sozinhos e têm consciência da importância da saúde bucal, outros resistem em incorporar hábitos saudáveis, por falta de informação ou motivação, imaturidade ou até mesmo por rebeldia (BRAGA; LEITE, 2010).

Segundo Garbin et al. (2009), é na adolescência que o indivíduo experimenta os melhores índices de saúde e vitalidade, que podem ser mantidos e/ou melhorados, dependendo da percepção e valorização que os mesmos adquiram sobre o assunto. Em relação à saúde bucal, a adolescência pode representar um período de risco devido à maturação da dentição permanente, à maior independência em relação ao consumo de alimentos cariogênicos e desleixo quanto à higiene bucal. Em vista disso, os problemas de saúde bucal mais prevalentes nos adolescentes ainda são os biofilme dependentes: cárie dentária, gengivite e cálculo dentário (BRASIL, 2011).

Dados do SB Brasil 2010 revelam que os adolescentes de 15 a 19 anos apresentam em média 4,25 dentes com experiência de cárie dentária; 49,1% desses adolescentes apresentaram pelo menos um sextante com doença periodontal, dos quais, a presença de cálculo, foi a alteração periodontal mais presente neste grupo etário (28,4%). Além dos agravos biofilme dependentes, as oclusopatias têm importante relevância neste grupo. As prevalências de oclusopatias severa e muito severa dos 15 aos 19 anos de idade foram iguais a 6,6% e 10,3%,

respectivamente, não sendo encontradas diferenças significativas entre as regiões. Contudo, em relação à cárie dentária há desigualdades regionais nos componentes do índice CPO-D para os adolescentes de 15 a 19 anos de idade. Nota-se, por exemplo, que as regiões Norte e Nordeste possuem médias mais altas de dentes perdidos devido à cárie quando comparadas com as outras regiões brasileiras. (BRASIL, 2011).

3. Objetivos

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Investigar a existência de associação entre o desempenho de atividades diárias e a condição de saúde bucal de adolescentes escolares de 15 a 19 anos de idade.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Conhecer a experiência de cárie dentária desses adolescentes através do CPOD;

Verificar a prevalência de periodontopatias através do CPI;

Estimar a prevalência de oclusopatias através do DAI;

Mensurar o impacto da condição de saúde bucal no desempenho de atividades diárias de adolescentes escolares através do OIDP;

Investigar se o relato de dificuldades está associado às condições socioeconômicas e demográficas.

4. Método

4 MÉTODO

4.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

O presente estudo foi realizado através de um levantamento epidemiológico com alunos adolescentes, na faixa etária de 15 a 19 anos, do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte/IFRN - Campus Natal Central.

O IFRN, instituição criada nos termos da lei nº. 11.892, de 29 de dezembro de 2008, vinculado ao ministério da educação, possui natureza jurídica de autarquia, sendo detentor de autonomia administrativa, patrimonial, financeira, didático-pedagógica e disciplinar. É uma instituição de educação superior, básica e profissional, pluricurricular, *multicampi* e descentralizada, especializada na oferta de educação profissional e tecnológica nas diferentes modalidades de ensino. Para efeito de regulação, avaliação e supervisão da instituição e dos cursos de educação superior, o IFRN é equiparado às universidades federais.

O ensino proporcionado pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte é oferecido por meio de cursos e programas de formação inicial e continuada, de educação profissional técnica de nível médio e de educação superior de graduação e de pós-graduação, desenvolvidos articuladamente à pesquisa e à extensão. Do total de vagas disponibilizadas para o ingresso de novos alunos a cada semestre letivo, 50% são destinadas a candidatos que possuam histórico escolar integral a partir do 6º ano (antiga 5ª série) do ensino fundamental até o 3º ano do ensino médio, em escola pública no país. As demais vagas são preenchidas por alunos advindos de escolas particulares.

Dentre suas atividades assistenciais, o IFRN possui um Serviço de Saúde que oferece assistência médico-odontológica, fisioterapêutica, nutricional e psicológica aos alunos regularmente matriculados.

4.2. TIPO DE ESTUDO

A presente pesquisa se caracteriza como um estudo de caráter observacional, analítico, com desenho seccional.

4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Para possibilitar a comparação com outros estudos, esta pesquisa tem como população-fonte os adolescentes de 15 a 19 anos de idade regularmente matriculados no IFRN – Campus Natal Central. A opção por esta faixa etária foi feita com base nos critérios do Projeto SB Brasil 2010 para delimitar os grupos de estudo representativos de cada ciclo da vida.

Atualmente, o IFRN – Campus Natal Central, conta com 5.666 alunos matriculados, dos quais 2.826 desses alunos são adolescentes na faixa etária sob estudo, o que representa 49,88% do total de alunos do IFRN. Desse total, 51,84% pertencem ao sexo feminino e 48,16% ao sexo masculino.

4.3.1 Critério de Inclusão

Adolescentes de 15 a 19 anos de idade, regularmente matriculados no IFRN – Campus Natal Central, no semestre letivo de 2012.

4.4 TREINAMENTO E CALIBRAÇÃO

Previamente à coleta de dados, realizou-se a calibração da única examinadora da pesquisa, no intuito de assegurar a uniformidade de aplicação e interpretação dos critérios epidemiológicos adotados.

A primeira etapa consistiu no estudo dos critérios e dos índices utilizados para a coleta dos dados clínicos: CPO-D, CPI e DAI.

Na segunda etapa realizou-se a calibração intra-examinador, com 10 adolescentes do IFRN, na faixa etária de 15 a 19 anos, com um intervalo de uma semana entre os exames.

Após os exames dos indivíduos, foi calculado o coeficiente Kappa, considerando-se cada índice separadamente. O valor de Kappa obtido nesta etapa foi igual ou maior que 0,80 para todos os índices avaliados.

4.5 ESTUDO PILOTO

Os instrumentos de coleta dos dados, os materiais/instrumentais e o método proposto para a presente pesquisa foram testados, avaliados e revisados por meio de um estudo piloto.

Esse estudo piloto, realizado com 30 alunos que atendiam aos critérios de inclusão da população, foi realizado no consultório odontológico do serviço de saúde do IFRN, no período de 15 a 27 de junho de 2012.

Como resultado desse estudo, observou-se que o questionário do OIDP era bem compreendido pelos alunos, no entanto, deveria ser preenchido antes da realização do exame clínico, para que o mesmo não sofresse influência em suas respostas.

4.6 PLANO AMOSTRAL

4.6.1 Tipo da Amostra

O estudo foi composto por uma amostra aleatória proporcional, de conveniência, representativa dos 2826 adolescentes de 15 a 19 anos, de ambos os sexos, do IFRN, Campus Natal-Central, matriculados no 2º semestre letivo de 2012.

A decisão pela faixa etária de 15 a 19 anos de idade se deu por ser uma escolha histórica em levantamentos epidemiológicos em saúde bucal no Brasil. e, com isto, ser possível a comparação dos dados coletados nesta pesquisa com os outros levantamentos nacionais (BRASIL 2004; 2011).

4.6.2 Tamanho da amostra

O tamanho da amostra foi definido com base nos resultados do estudo piloto que apontou uma proporção de 60% dos alunos pesquisados relatando alguma dificuldade no desempenho de atividades diárias, em relação ao domínio bucal, coletadas por meio do questionário do OIDP.

Sendo assim, para uma proporção do evento na população pesquisada de 60%, com um nível de confiança de 95% e uma margem de erro de 12%, obtivemos um valor de 178 indivíduos, que, acrescido de 20% para compensar possíveis perdas, definimos o tamanho final da amostra em 214 sujeitos.

Desta forma, mantendo as proporções de homens e mulheres encontradas na população-fonte (n=2826), 215 alunos compõem a amostra deste estudo.

4.7 VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis dependentes e independentes deste estudo estão caracterizadas nos quadros 2 e 3, respectivamente.

Quadro 2 – Descrição da variável dependente do estudo. Natal/RN, 2013.

Variável dependente	Descrição	Classificação	Categorização
Dificuldades diárias relacionadas ao domínio bucal (OIDP)	Existência de impacto na qualidade de vida de acordo com a dificuldade relatada para a realização de atividades diárias relacionadas ao domínio bucal	Catagórica nominal mutuamente exclusiva	. Presença de impacto . Ausência de impacto

Quadro 3 – Descrição das variáveis independentes do estudo. Natal/RN, 2013.

Variáveis independentes	Descrição	Classificação	Categorização / Escala de Medida
Principais			
Cárie	Nº de dentes cariados, perdidos devido à cárie e/ou obturados (CPOD)	Quantitativa discreta	0 a 32
Doença Periodontal	Presença de sangramento, cálculo dentário e/ou bolsa periodontal por sextante (CPI)	Catagórica nominal mutuamente exclusiva	. Hígido . Sangramento . Cálculo . Bolsa Periodontal
Oclusopatia	Presença de maloclusão (DAI)	Catagórica nominal mutuamente exclusiva	. Com necessidade de tratamento . Sem necessidade de tratamento
Confusão			
Relacionadas com dados demográficos			
Sexo	Distinção dos sexos	Catagórica nominal mutuamente exclusiva	. Masculino . Feminino
Idade	Tempo de vida em anos no momento da coleta	Quantitativa discreta	15 a 19
Relacionadas com dados socioeconômicos			
Escola de origem	Identifica a escola em que o indivíduo cursou o ensino fundamental	Catagórica nominal mutuamente exclusiva	. Pública . Privada

Renda familiar	Valor que representa o montante recebido, em reais, pela família (soma dos salários, pensão, aposentadoria, benefícios governamentais ou bolsas de estudo)	Catagórica nominal mutuamente exclusiva	. Até 01 SM* . Mais de 01 até menos de 04 SM* . 4 SM* ou mais
Moradia	Identifica com quem o aluno mora	Catagórica nominal mutuamente exclusiva	. Pais . Familiares . Casa do estudante ou república . Outros
Escolaridade da mãe	Nível de ensino cursado pela mãe do entrevistado	Catagórica nominal mutuamente exclusiva	. Analfabeta . Fundamental incompleto . Fundamental completo . Ensino médio . Ensino técnico . Ensino Superior

*SM: Salário mínimo vigente em dezembro de 2012 (R\$ 622,00)

4.8 COLETA DE DADOS

Para a obtenção dos dados das variáveis deste estudo, utilizamos os indicadores normativos de experiência de cárie dentária em coroa (CPO-D), de condição periodontal (CPI) e de estética dentária (DAI), coletados por exame clínico, e o indicador subjetivo de impactos orais no desempenho de atividades diárias (OIDP), obtido por um questionário estruturado e autoaplicável (Anexo).

A coleta de dados da pesquisa, realizada no período de outubro de 2012 a janeiro de 2013, foi realizada pela própria pesquisadora responsável pela execução do estudo, que foi previamente treinada e calibrada segundo os critérios da OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1997).

Dados secundários sobre a caracterização socioeconômica dos entrevistados foram obtidos do banco de dados do IFRN.

O questionário foi aplicado em uma sala de reuniões, ao lado do consultório odontológico, em condições adequadas de conforto e iluminação. Após terem sido dados todos os esclarecimentos acerca do questionário, os alunos responderam por escrito a todas as perguntas, sem influências externas.

Para o exame clínico dos adolescentes, todas as normas de biossegurança foram rigorosamente seguidas e os instrumentais utilizados foram o espelho bucal plano nº 5 (S.S. White/Duflex, Rio de Janeiro, Brasil) e a sonda periodontal da OMS (CPI ou *ball point*) (Trinity, São Paulo, Brasil) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1997).

O Índice CPO-D, aplicado e formulado inicialmente por Klein e Palmer, em 1937, é um indicador normativo utilizado para medir a experiência de cárie na dentição permanente. É o índice recomendado pela OMS para ser utilizado em levantamentos epidemiológicos e é obtido através da contagem e registro do número de dentes cariados (C), perdidos devido à cárie (P) e obturados (O). Para o registro de prevalência da cárie dentária, a OMS preconiza o exame tátil-visual, onde um dente somente é considerado cariado quando uma lesão de fôssula, fissura ou superfície lisa tem uma cavidade evidente, esmalte socavado, ou um amolecimento detectável do assoalho ou das paredes dentárias. Neste estudo, somente o estado das coroas dentárias foram registradas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1997).

Para a obtenção do Índice Periodontal Comunitário (CPI), a boca é dividida em sextantes e apenas um dente de cada sextante é examinado (16, 11, 26, 36, 31 e 46). Para que um sextante possa ser considerado, é necessária a presença de dois ou mais dentes sem indicação de exodontia. Na faixa etária estudada, não se considera o terceiro molar na contagem de dentes presentes no sextante. Caso os dentes 16, 26, 36 e 46 estejam ausentes, procede-se o exame nos dentes 17, 27, 37 e 47, respectivamente (BRASIL, 2011). Os códigos e critérios adotados estão descritos no quadro 4.

Quadro 4 – Códigos e critérios para o registro do Índice Periodontal Comunitário (CPI).

Código	Critério
1	Sextante Hígido
2	Sextante com Sangramento
3	Presença de Cálculo (em qualquer quantidade, mas com toda a área preta da sonda visível)
4	Presença de Bolsa Periodontal de 4mm a 5mm (margem gengival na área preta da sonda)
5	Presença de Bolsa Periodontal com 6mm ou mais (área preta da sonda não está visível)
0	Sextante excluído (menos de dois dentes presentes)
9	Sextante não examinado

Fonte: (BRASIL, 2011).

O Manual da OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1997) propõe a utilização do DAI como índice de avaliação de oclusopatias, desenvolvido e proposto anos antes por Cons, Jenny e Kohout (JENNY; CONS, 1996). Dez características oclusais foram avaliadas pelo DAI: dentes ausentes (Pré-molar a Pré-molar, 0 a 10 por arcada), apinhamento e espaçamento anterior (0 = ausente, 1 = presente em 1 segmento, 2 = presente em 2 segmentos), diastema na linha média, maior irregularidade anterior na maxila, maior irregularidade anterior na mandíbula (medidas em milímetros), trespasse horizontal maxilar (medido em milímetros, topo-a-topo = 0), trespasse horizontal negativo (medido em milímetros), mordida aberta anterior (medida em milímetro) e relação intermolar ântero-posterior (registrado o lado com maior desvio: 0 = ausência de desvio, 1 = desvio de $\frac{1}{2}$ cúspide, 2 = desvio de 1cúspide). Alguns desses componentes foram determinados quanto à sua ausência ou presença, outros foram medidos. Para o registro em milímetros, foi utilizada a sonda periodontal CPI. Para cada componente existe um coeficiente de regressão, que foi determinado por meio de procedimentos estatísticos de análise de regressão (peso), de acordo com o quadro 5. Todos os valores aferidos e seus respectivos pesos são colocados dentro de uma equação, obtendo-se assim, um escore para o DAI, que é categorizado de acordo com a severidade da oclusopatia e da necessidade de tratamento ortodôntico (Quadro 6) (COSTA, 2007).

Equação do DAI:

$$\text{DAI} = (\text{dentes perdidos} \times 6) + (\text{API}) + (\text{ESP}) + (\text{DI} \times 3) + (\text{DMXA}) + (\text{DMDA}) + (\text{OMXA} \times 3) + (\text{OMDA} \times 4) + (\text{MAA} \times 4) + (\text{RMAP} \times 3) + 13$$

Quadro 5 - Componentes oclusais considerados no DAI e respectivos coeficientes de regressão.

	Componentes do DAI	Peso
1	Dentição	6
2	Apinhamento no segmento incisal (API)	1
3	Espaçamento no segmento incisal (ESP)	1
4	Diastema incisal (DI)	3
5	Desalinhamento maxilar anterior (DMXA)	1
6	Desalinhamento mandibular anterior (DMDA)	1
7	Overjet maxilar anterior (OMXA)	3
8	Overjet mandibular anterior (OMDA)	4
9	Mordida aberta vertical anterior (MAA)	4
10	Relação molar ântero-posterior (RMAP)	3

Fonte: (COSTA, 2007)

Quadro 6 - Escores do DAI distribuídos de acordo com a severidade da oclusopatia e da necessidade de tratamento ortodôntico.

Escores do DAI	- níveis de severidade - níveis de necessidade do tratamento ortodôntico
< 25 (grau 1)	- oclusão normal ou oclusopatia leve - nenhuma ou pequena necessidade de tratamento
26-30 (grau 2)	- oclusopatia definida - necessidade eletiva de tratamento
31-35 (grau 3)	- oclusopatia severa - necessidade altamente desejável de tratamento
≥ 36 (grau 4)	- oclusopatia muito severa ou deformadora - necessidade obrigatória de tratamento

Fonte: (COSTA, 2007)

Tomando-se como base a categorização do quadro 6, para a análise deste estudo dicotomizamos o DAI em duas categorias: sem necessidade de tratamento (graus 1 e 2) e com necessidade de tratamento (graus 3 e 4).

O questionário do Índice OIDP (Anexo) está baseado em quatro questões aplicadas às oito atividades diárias investigadas: comer ou mastigar os alimentos, escovar ou higienizar os dentes e a boca, falar ou pronunciar claramente as palavras, dormir ou relaxar, sorrir, manter contato com as pessoas, desempenho nos estudos e estado emocional. Em primeiro lugar o entrevistado respondeu se, nos últimos seis meses, sua boca ou dentes causaram alguma dificuldade (registrada como sim ou não) para a realização da atividade proposta. Se a ocorrência existiu (sim), foi registrada sua frequência, intensidade, o sintoma principal e a causa específica da dificuldade relatada. O impacto de cada atividade foi obtido pela multiplicação da frequência pela severidade. O impacto total por indivíduo resultou da soma dos impactos de cada atividade, dividido pelo escore máximo que pode ser obtido nas 8 atividades (200) e multiplicado por 100 (ADULYANON; SHEIHAM, 1997).

A questão relativa à frequência do impacto foi registrada através dos escores:

- 0 Não sabe
- 1 Menos de uma vez por mês
- 2 Uma ou duas vezes por mês
- 3 Uma ou duas vezes por semana
- 4 3-4 vezes por semana
- 5 Todo dia ou quase todos os dias

Já a questão relativa à intensidade do impacto, foi registrada através dos escores:

- 0 Não Sabe
- 1 Muito Pouco Grave
- 2 Pouco Grave
- 3 Gravidade Moderada
- 4 Muito Grave
- 5 Extremamente Grave

Quanto ao sintoma, o indivíduo indicava o que sentia para relatar a dificuldade, assinalando uma das seguintes alternativas:

- 0 Não Sabe
- 1 Dor
- 2 Desconforto
- 3 Limitação na função
- 4 Insatisfação na estética
- 5 Outros (especificar)

A última questão, referente à causa indicada pelo indivíduo como responsável pela dificuldade, apresentava as seguintes alternativas:

- Não Sabe ou Não pode especificar
- Dor de dentes
- Falta de dentes
- Dentes amolecidos
- Cor dos dentes
- Posição dos dentes (torto, projetado, separados)
- Forma ou tamanho dos dentes
- Deformidade da boca ou rosto
- Feridas bucais ou manchas
- Sensação de ardência na boca
- Mau hálito
- Alterações no paladar (gosto)
- Gosto desagradável
- Gengivas sangrantes
- Gengivas com recessão (mostrando parte da raiz do dente)
- Abcessos gengivais (bolsas na gengiva com pus)
- Barulhos na ATM (articulação que movimenta a boca)
- Mandíbula travada
- Restaurações defeituosas (cor, fraturas)
- Dentaduras frouxas
- Aparelhos ortodônticos
- Outros (especificar)

4.9 ANÁLISE DOS DADOS

Após a realização dos exames clínicos e entrevistas, foi construído um banco de dados, utilizando-se o Software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) para Windows, versão 17,0 (IBM), para a realização da estatística descritiva e analítica.

Inicialmente foi realizada a análise descritiva de todas as variáveis do estudo, obtendo-se as frequências absolutas e relativas, bem como as medidas de tendência central. Em seguida, o teste do qui-quadrado foi utilizado para verificar a associação existente entre a variável dependente e as variáveis independentes categóricas e o teste t para as quantitativas, bem como os valores de média e desvio padrão. Foi verificado também a razão de prevalência e seu intervalo de confiança de 95% como medida de magnitude da associação.

Em relação à prevalência de impacto, realizou-se ainda uma análise múltipla pela regressão de Poisson com variância robusta entre o desfecho “presença de impacto” e as variáveis independentes que apresentaram valor de $p < 0,20$.

Para todos os testes estatísticos foi adotado um nível de significância de 5%.

4.10 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O protocolo da pesquisa foi enviado para apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, de acordo com normas da Resolução CNS/MS 196/96, tendo sido APROVADO através do Parecer N° 489/2011 (Anexo).

Para a realização da pesquisa, os pais dos alunos participantes (se menores de 18 anos) ou os próprios alunos (se maiores de 18 anos) preencheram e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice).

5. Resultados

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Os resultados que serão apresentados se referem a 215 alunos pesquisados no período de outubro de 2012 a janeiro de 2013.

A dificuldade de obtenção da amostra de forma aleatória e sistemática levou à realização de uma amostra intencional. Isso ocorreu pelo não comparecimento dos adolescentes às sessões previamente acordadas com os mesmos via busca ativa, recusa em participar da pesquisa e a dificuldade de contatar os adolescentes selecionados para a participação do estudo. Todavia, os resultados desta amostra podem ser inferidos para a população-fonte (adolescentes de 15 a 19 anos do IFRN), pois foram respeitados os critérios de inclusão e a proporção de sexo calculada no início da pesquisa.

Dos 215 adolescentes pesquisados, a maioria tinha entre 15 e 17 anos, com um pequeno predomínio do sexo feminino sobre o masculino, tendendo para uma homogeneidade entre os sexos.

Com relação aos dados socioeconômicos, a maioria dos adolescentes moram com os pais, cursaram o ensino fundamental em uma instituição pública de ensino e suas famílias recebem entre 2 e 3 salários mínimos de renda mensal bruta. Quanto à escolaridade da mãe ou responsável, a grande maioria possui mães que concluíram o ensino médio. A tabela 1 descreve os dados relativos à caracterização da amostra em relação às variáveis socioeconômicas e demográficas.

Tabela 1 - Frequências absoluta e relativa das variáveis socioeconômicas e demográficas. Natal/RN, 2013.

Variável	Categoria	n	%
Idade	15 - 17	129	60
	18 - 19	86	40
Sexo	Masculino	104	48,4
	Feminino	111	51,6
Escola de origem	Pública	134	62,3
	Privada	81	37,7
Moradia	Pais	173	80,5
	Outros	42	19,5
Renda (SM)*	Até 01 salário mínimo	70	32,6
	Mais de 01 até menos de 04 salários mínimos	95	44,2
	04 salários mínimos ou mais	43	20,0
	Não sabe	07	3,2
Escolaridade da mãe	Analfabeta	3	1,4
	Fundamental incompleto ou Fundamental completo	64	29,8
	Ensino médio	90	41,9
	Ensino técnico ou superior	57	26,5
	Não sabe	1	0,5

SM* = Salário mínimo em dezembro de 2012 (R\$ 622,00)

Quanto à condição de saúde bucal, foram registrados 61 pacientes (28,4%) livres de cárie (CPOD = 0). Lesões de cárie não tratada foram observadas em 74 pacientes (34,4%). Apenas 15 adolescentes (7%) apresentaram algum dente perdido em decorrência da cárie dentária. As médias e desvios padrões do CPO-D e seus componentes estão descritos na tabela 2.

Tabela 2 - Médias e desvios padrões do CPO-D e seus componentes. Natal/RN, 2013.

	Cariados	Perdidos	Obturados	CPO-D
Média	0,93	0,10	2,31	3,31
Desvio padrão	2,23	0,43	2,90	4,15

A presença de cálculo dentário foi a condição periodontal mais prevalente entre os adolescentes examinados, sendo o sextante central inferior o mais acometido. Um único caso de bolsa periodontal foi encontrado na amostra estudada. Embora os seis dentes índices tenham sido examinados e registrados, apenas uma condição foi considerada: aquela relativa à pior situação encontrada (tabela 3).

Tabela 3 - Frequências absoluta e relativa do Índice Periodontal Comunitário (CPI). Natal/RN, 2013.

	Hígido	Sangramento	Cálculo	Bolsa Periodontal
Frequência	37	53	124	01
%	17,2	24,6	57,7	0,5

De acordo com o DAI, a maioria dos adolescentes examinados não possuíam necessidade real de tratamento ortodôntico, conforme tabela 4.

Tabela 4 - Frequências absoluta e relativa do Índice de Estética Dental (DAI). Natal/RN, 2013.

Variável	Categoria	n	%
DAI	Sem necessidade de tratamento	146	68,5
	Com necessidade de tratamento	67	31,5

Em relação à qualidade de vida relacionada à saúde bucal, pouco mais de 50% dos alunos entrevistados relataram alguma dificuldade no desempenho de pelo menos uma atividade diária em decorrência de problemas odontológicos. A mediana do OIDP foi de 0,50 e seu valor total por indivíduo está distribuído entre os tercís: $Q_{25}=0,00$, $Q_{50}=0,50$ e $Q_{75}=5,00$. Para a realização das análises bivariadas, dicotomizamos o OIDP em duas categorias: ausência de impacto (OIDP=0) e presença de impacto (OIDP>0). Os resultados da análise descritiva do OIDP estão elencados na Tabela 5.

Tabela 5 - Frequências absoluta e relativa do Índice de Impactos Orais no Desempenho Diário (OIDP). Natal/RN, 2013.

	Impacto				Total			
	Ausência		Presença		Média	dp	Mínimo	Máximo
	n	%	n	%				
OIDP Total por indivíduo	105	48,84	110	51,16	3,25	5,47	0,00	38,00

dp = Desvio padrão

As atividades ou performances diárias que mais causaram impacto na qualidade de vida, de acordo com o relato de dificuldades descrito no questionário do OIDP, foram: comer ou mastigar bem os alimentos, escovar os dentes ou higienizar a boca e sorrir ou mostrar os dentes sem embaraço (Gráfico 1).

Um dado interessante de ser ressaltado é o fato de que, ao se indagar sobre qual problema odontológico seria a causa da dificuldade relatada, a posição dos dentes foi a mais prevalente, seguida pela dor de dentes. As causas dos impactos mais relatadas pelos adolescentes estão descritas no gráfico 2.

Gráfico 1 - Frequência relativa do impacto na QVRSB por atividade diária, de acordo com o OIDP. Natal/RN, 2013.

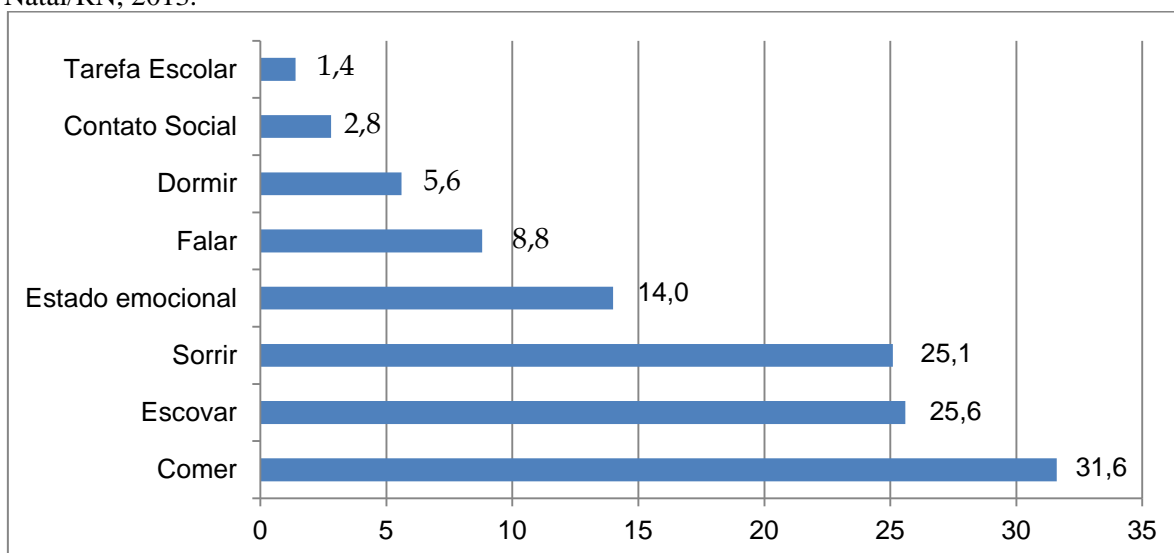
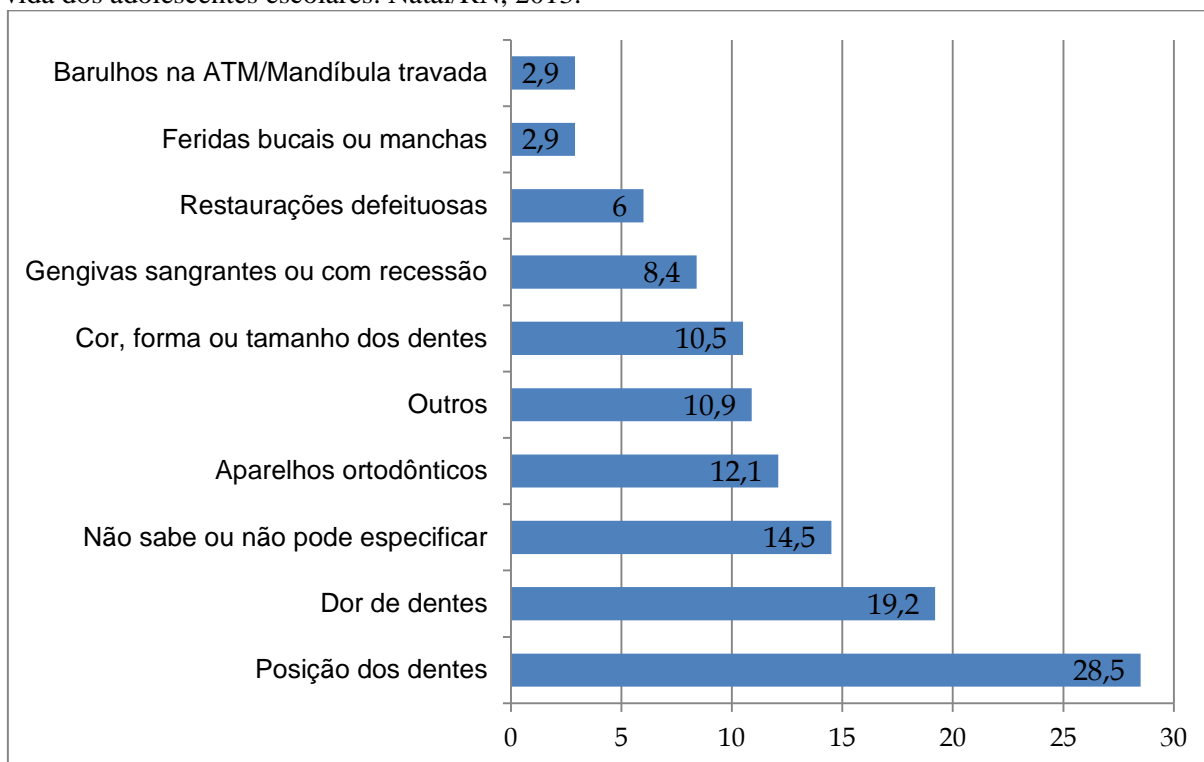


Gráfico 2 - Frequência relativa das causas odontológicas responsáveis pelo impacto na qualidade de vida dos adolescentes escolares. Natal/RN, 2013.



5.2 ANÁLISE DA ASSOCIAÇÃO ENTRE A VARIÁVEL DEPENDENTE E AS VARIÁVEIS INDEPENDENTES

Os resultados da associação da variável dependente (dificuldade diária relacionada ao domínio bucal-OIDP) com a as variáveis independentes principais (cárie, periodontopatia e oclusopatia), por meio de seus respectivos índices, CPO-D, CPI e DAI, encontram-se descritas nas tabelas 6 e 7, respectivamente.

Tabela 6 - Associação entre a variável independente principal cárie e a prevalência de impacto na QVRSB. Natal/RN, 2013.

Impacto	n	Cariados		Perdidos		Obturados		CPO-D	
		Média (dp)	<i>p</i>	Média (dp)	<i>p</i>	Média (dp)	<i>p</i>	Média (dp)	<i>p</i>
Ausência	105	0,50 (1,161)		0,05 (0,255)		2,16 (2,992)		2,69 (3,403)	
Presença	110	1,34 (2,465)	0,002	0,15 (0,545)	0,065	2,45(2,894)	0,476	3,90 (4,279)	0,023
Total	215	0,93 (1,982)		0,10 (0,431)		2,31 (2,905)		3,31 (3,915)	

dp = Desvio padrão

Tabela 7 - Associação entre as variáveis independentes principais doença periodontal e oclusopatia e a prevalência de impacto na QVRSB. Natal/RN, 2013.

	Impacto				Total		<i>p</i>	RP(IC95%)
	Ausência		Presença		n	%		
	n	%	n	%				
CPI Máximo								
<i>Hígido</i>	25	67,6	12	32,4	37	100		1
<i>Sangramento</i>	17	32,1	36	67,9	53	100	0,002	2,094 (1,270-3,455)
<i>Cálculo/Bolsa</i>	63	50,4	62	49,6	125	100	0,098	1,529 (0,930-2,515)
Total	105	48,8	110	51,2	215	100		
Oclusão (DAI)								
<i>Sem Necessidade</i>	81	55,5	65	44,5	146	100	0,007	1,465 (1,141-1,881)
<i>Com Necessidade</i>	24	34,8	45	65,2	69	100		
Total	105	48,8	110	51,2	215	100		

Ao analisar a associação do impacto da condição bucal sobre o desempenho das atividades diárias dos adolescentes pesquisados com a experiência de cárie desses indivíduos, pudemos observar que houve uma diferença significativa ($p < 0,05$) entre o valor do CPO-D e a presença de impacto, o mesmo ocorrendo com o componente Cariado do CPO-D. No entanto, um dado merece atenção especial: os componentes Perdido e Obturado do CPO-D, nesta análise, não apresentaram associação significativa com a presença do impacto.

No caso das periodontopatias, a presença de sangramento ocasionou um maior percentual de impacto, assim como, sextantes hígidos demonstram o menor percentual de impacto. Isto significa que, quanto melhor as condições periodontais que o indivíduo adolescente possui, menor são os impactos na qualidade de vida relacionada aos problemas bucais.

Em relação às oclusopatias, também foi encontrada uma associação positiva e estatisticamente significativa entre o relato de impacto na QVRSB dos adolescentes e a necessidade de tratamento ortodôntico desses indivíduos, mensurado pelo DAI.

Por fim, os resultados referentes à associação da variável dependente, por meio da prevalência do impacto, com as variáveis independentes socioeconômicas e demográficas estão descritas na tabela 8.

Tabela 8 - Associação entre as variáveis independentes socioeconômicas e demográficas e a prevalência de impacto. Natal/RN, 2013.

Variável	Impacto				Total		<i>p</i>	RP(IC95%)
	Ausência		Presença		n	%		
Idade	n	%	n	%	n	%		
<i>15 a 17 anos</i>	59	45,7	70	54,3	129	100	0,330	1,167(0,885-1,538)
<i>18 a 19 anos</i>	46	53,5	40	46,5	86	100		
Sexo								
<i>Masculino</i>	51	49,0	53	51,0	104	100	1,000	0,992(0,764-1,289)
<i>Feminino</i>	54	48,6	57	51,4	111	100		
Moradia								
<i>Com os Pais</i>	86	49,7	87	50,3	173	100	0,728	0,918(0,672-1,255)
<i>Outros</i>	19	45,2	23	54,8	42	100		
Escolaridade da Mãe								
<i>Fund.</i>	70	44,3	88	55,7	158	100	0,039	1,443(1,011-2,060)
<i>Comp./Incomp./Médio</i>								
<i>Técnico/Superior</i>	35	61,4	22	38,6	57	100		
Renda								
<i>1 SM ou menos</i>	33	47,1	37	52,9	70	100		1
<i>2 a 3 SM</i>	48	50,5	47	49,5	95	100	0,786	1,068(0,791-1,443)
<i>4 SM ou mais</i>	22	51,2	21	48,8	43	100	0,825	1,082(0,742-1,579)
Escola								
<i>Pública</i>	59	44,0	75	56,0	134	100	0,094	1,295(0,968-1,733)
<i>Privada</i>	46	56,8	35	43,2	81	100		

De acordo com a tabela 8, observamos que apenas a escolaridade da mãe do adolescente pesquisado apresentou associação significativa com a presença de impacto na qualidade de vida, visto que todas as demais características socioeconômicas e demográficas apresentaram valores de *p* acima do nível de significância considerado (0,05).

Diante dos resultados da análise dos dados expostos acima, foram selecionadas as variáveis com $p < 0,20$ para a construção do modelo múltiplo e realização da Regressão de Poisson com variância robusta. Dentro desse critério, se encaixaram todas as variáveis independentes principais (cárie, doença periodontal e oclusão), bem como as independentes socioeconômicas escolaridade da mãe e tipo de escola frequentada pelo adolescente antes de ingressar no IFRN. Com essa modelagem estatística foi possível avaliar o impacto de cada variável, de forma independente das demais variáveis do modelo, em relação à qualidade de vida do adolescente pesquisado.

Para possibilitar a realização dessa análise, dicotimizamos o componente cariado do CPO-D em “Nenhum” dente cariado e “Um ou mais” dentes cariados.

Tabela 9 – Análise múltipla pela Regressão de Poisson com variância robusta para o desfecho “presença de impacto”. Natal/RN, 2013.

Dentes Cariados	n	%	Não Ajustado			Ajustado		
			<i>p</i>	RP	IC95%	<i>p</i>	RP	IC95%
<i>Nenhum</i>	62	44,0		1				
<i>Um ou mais</i>	48	64,9	0,006	1,47	1,15-1,89	0,012	1,37	1,07-1,75
Periodontopatia								
CPI								
<i>Hígido</i>	12	32,4		1			1	
<i>Sangramento</i>	36	67,9	0,002	2,094	1,27-3,45	0,012	1,92	1,15-3,19
<i>Cálculo/Bolsa</i>	62	49,6	0,098	1,529	0,93-2,51	0,121	1,47	0,90-2,41
Oclusão DAI								
<i>Sem Necessidade</i>	65	44,5		1				
<i>Com Necessidade</i>	45	65,2	0,007	1,46	1,14-1,88	0,003	1,44	1,13-1,83
Escolaridade Mãe								
<i>Técnico/Superior</i>	22	38,6		1				
<i>Fundam./Médio</i>	88	55,7	0,039	1,44	1,01-2,06	0,077	1,37	0,97-1,93
Tipo de Escola								
<i>Privada</i>	35	43,2		1				
<i>Pública</i>	75	56,0	0,094	1,29	0,97-1,73	0,318	1,164	0,86-1,57

*Ajuste do modelo: 0,491

Ao se analisar a tabela 9, pudemos concluir que existe uma associação significativa entre a presença de impacto e a presença de um ou mais dentes cariados, a presença de sangramento gengival e a necessidade de tratamento ortodôntico. No entanto, não houve associação significativa entre as condições de saúde bucal e as características socioeconômicas e demográficas.

O adolescente que possui uma ou mais lesões de cárie não tratada, possui 37% mais impacto em sua qualidade de vida do que aquele que não possui nenhum dente com lesão de cárie não tratada; aquele que possui sangramento gengival apresenta 92% mais impacto em sua qualidade de vida do que aquele que não possui; e, em relação à oclusão, o adolescente que possui necessidade normativa de tratamento ortodôntico, possui 44% mais impacto em sua qualidade de vida do que aquele que não possui, independente das demais variáveis do modelo.

6. Discussão

6 DISCUSSÃO

No estudo das necessidades em saúde bucal, é importante que as dimensões sociais e psicossociais sejam consideradas em conjunto com a condição clínica para a obtenção de diagnósticos mais acurados dessas necessidades (LEÃO; SHEIHAM, 1995). Neste sentido, o uso de indicadores sócio-dentais oferece vantagens importantes para o planejamento odontológico, sendo a principal delas a mudança na ênfase dada aos aspectos puramente técnicos, incorporando os aspectos psicossociais (GOMES; ABEGG, 2007). Contudo, no campo odontológico, o uso rotineiro desses indicadores ainda é escasso.

Este estudo foi o primeiro a ser aplicado em indivíduos na última fase da adolescência, dos 15 aos 19 anos de idade, na região nordeste do Brasil, utilizando um instrumento de QVRSB para avaliar o quanto a condição de saúde bucal desses indivíduos interfere na realização de suas atividades diárias. Os únicos estudos realizados com essa temática foram feitos nas regiões sul e sudeste do país, onde as condições socioeconômicas e culturais diferem daquelas encontradas nas demais regiões brasileiras (BRASIL, 2011; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013). Portanto, além de poder ser usado como referência para estudos futuros, permite comparações com outros estudos realizados nas demais regiões brasileiras e em outros países.

Por esse motivo e na perspectiva de melhor compreender como a condição bucal afeta a qualidade de vida dos adolescentes, potencializando assim a efetivação de ações mais resolutas, trabalhamos com uma amostra de estudantes de 15 a 19 anos, para com isto, ser possível a comparação dos dados coletados e tabulados nesta pesquisa com os demais levantamentos epidemiológicos nacionais que utilizaram essa mesma faixa etária (BRASIL 2004; 2011).

É importante salientar que a adolescência é uma fase marcada por características de variabilidade e diversidade dos parâmetros biológicos e psicossociais, e que, além disso, sua formação humana recebe a influência da sociedade na qual está inserida (EINSENTEIN, 2005). Por este motivo, as diretrizes das políticas de saúde brasileiras, preconizam um maior conhecimento sobre os fatores associados à melhoria da qualidade de vida dos adolescentes.

No que se refere à saúde bucal, observamos que o inquérito nacional sobre saúde bucal SB Brasil demonstrou um aumento da média nacional do CPO-D aos 12 anos de 2,8 para 6,2 na faixa etária de 15 a 19 anos de idade em 2003, e de 2,07 (12 anos) para 4,25 (15-19 anos) em 2010. Para essas faixas etárias, os menores índices são encontrados nas regiões sul e

sudeste, enquanto que nas regiões norte, nordeste e centro-oeste foram encontradas as médias de CPOD-D mais elevadas (BRASIL, 2004; BRASIL, 2011). Este fato reflete a importância de priorizar políticas públicas de saúde bucal voltadas para a faixa etária de 15 a 19 anos, principalmente nestas regiões de piores índices.

A análise dos dados desta amostra permitiu observar que a distribuição dos jovens quanto ao tipo de escola onde estudou antes do IFRN, apresentou características similares à Natal, capital do Rio Grande do Norte. Em Natal, 65,72% dos adolescentes entre 15 e 19 anos estudam em escolas públicas e 34,28% em escolas particulares (INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA, 2013). Isto associado à distribuição do nível de escolaridade da mãe, renda familiar e resultados do SB Brasil para a cidade de Natal, nos levou a inferir que os resultados deste estudo podem ser extrapolados para os adolescentes de 15 a 19 anos regularmente matriculados na rede de ensino de Natal, garantindo assim a validade externa do estudo. Quanto à escolaridade da mãe e a renda familiar bruta, houve uma boa distribuição, tendo percentual de resposta considerável para quase todas as classificações, revelando a heterogeneidade da amostra. Por fim, os dados percentuais encontrados neste estudo se assemelham àqueles descritos no SB Brasil 2010 para a cidade de Natal/RN, em relação a essas características socioeconômicas.

A proporção média de adolescentes livres de cárie encontrada neste estudo (28,4%) foi maior do que a encontrada no SB Brasil 2010 (21,7%), estando, no entanto, dentro do intervalo de confiança, cujo limite superior foi de 28,9%, para o município de Natal. Isto provavelmente deve-se ao fato de que este estudo foi realizado dois anos após o SB Brasil 2010, acompanhando a tendência nacional de melhoria das condições de saúde bucal da população. Ratifica essa afirmativa o fato do CPO-D médio encontrado neste estudo ter sido de 3,31 e os descritos no SB Brasil 2003 e 2010 são de 6,17 e 4,25, respectivamente, ambos relacionados à região nordeste (BRASIL, 2004; BRASIL, 2011).

O baixo valor da média de dentes perdidos em decorrência da cárie dentária encontrada na amostra pesquisada (0,10%), analisada em conjunto com a média de dentes obturados (2,31%), maior que a média de dentes cariados (0,93%), demonstra um maior acesso da população aos serviços assistenciais odontológicos curativos, com ênfase na preservação da função em detrimento das práticas mutiladoras, em decorrência da mudança no modelo assistencial de saúde bucal (BRAGA; LEITE, 2010). Soma-se a isto, o fato de o IFRN oferecer aos seus alunos um serviço odontológico assistencial voltado às práticas curativas conservadoras.

No entanto, em relação à doença periodontal, este estudo identificou que apenas 17,2% dos examinados possuíam todos os sextantes hígidos, valor bastante inferior ao encontrado no SB Brasil 2010 que foi de 44,7% para a região nordeste. Em contrapartida, o percentual de bolsa periodontal rasa e profunda encontrada neste estudo (0,5%) foi menor do que aquele observado no SB Brasil 2010 (10,2%). Isto denota uma maior necessidade dessa população por serviços educativos e preventivos na área de higiene oral. De fato, o modelo de atenção vigente no IFRN é eminentemente assistencial, não sendo priorizadas ações coletivas de educação em saúde. Além disso, a grande maioria dos alunos permanecem na instituição por longos períodos, dificultando a realização adequada da higienização e consequente controle do biofilme dentário, agente etiológico da gengivite.

Essa afirmativa é compartilhada por Bastos (2009), que também encontrou em seu estudo uma alta prevalência de problemas periodontais entre os adolescentes escolares (74,4%). Esse autor enfatiza que, com o declínio da cárie dentária nas populações jovens e a comprovada evolução da gengivite para a periodontite, gerando um ônus para a população adulta, a ação preventiva deve ser mais atuante entre os adolescentes e jovens.

A prevalência de oclusopatias encontrada em nossa pesquisa está de acordo com os dados do SB Brasil 2010 para a região nordeste, cujo valor foi de 38,2%, sendo que destes, 18,2% se encontravam na forma severa ou muito severa. Uma maior prevalência de oclusopatias (76%) foi encontrada por Soares (2011) em um município vizinho a Natal, com adolescentes da mesma faixa etária de nosso estudo. Desse percentual, 52% se encontravam na forma severa ou muito severa. Segundo o autor, isto ocorreu por se tratar de uma população com uma renda mais baixa e pouco acesso aos serviços odontológicos que tratem a oclusopatia.

Quanto à avaliação do impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida dos adolescentes, optamos pela utilização do OIDP, dentre os índices existentes validados no Brasil, por ele ser um dos instrumentos de mensuração da QVRSB mais curtos e de fácil aplicação e compreensão por parte dos respondentes e por ter sido o mesmo instrumento utilizado no SB Brasil.

O SB Brasil 2010 aponta um valor percentual do OIDP total inferior ao encontrado em nossa pesquisa. No entanto, as atividades mais afetadas foram semelhantes (comer, escovar os dentes e sorrir). Isto provavelmente está relacionado aos principais problemas odontológicos relatados como causas dessas dificuldades: a posição dos dentes e a dor de dentes.

A cárie pode ser considerada como uma das principais causas da dor de origem dentária. Além disso, sabe-se que a presença de algum tipo de oclusopatia não provoca dor nos dentes e gengivas diretamente, no entanto, podem ser um fator local de acúmulo de biofilme bacteriano, favorecendo o aparecimento de inflamação gengival, com possível manifestação dolorosa, e novas lesões de cárie (BORGES et al.,2008). A associação positiva entre a presença de uma ou mais lesões de cárie não tratada, a presença de sangramento gengival e a necessidade de tratamento ortodôntico, a presença de impacto na QVRSB, encontrada neste estudo, confirma essa afirmação.

O OIDP total médio por indivíduo de 3,25 indica que as condições de saúde bucal causaram um baixo impacto no desempenho das atividades diárias e, conseqüentemente, na qualidade de vida dos adolescentes. Este achado também foi observado nos estudos de Biazevic et al. (2008).

No entanto, apesar desse escore médio do OIDP ter sido baixo, o percentual da presença de impactos de 51,16% nos leva a concluir que o adolescente sente a presença de impactos negativos relacionados aos problemas bucais, mas ainda numa fase inicial, de baixo impacto bio-psico-social, devido às condições de saúde bucal encontradas não serem graves.

Observou-se que o componente cariado (lesões de cárie não tratadas) do CPO-D demonstrou associação positiva com um maior impacto na qualidade de vida dos indivíduos, fato em consonância com os estudos de Biazevic et al. (2008) e de Bastos (2009) com adolescentes brasileiros, e de Krisdapong et al. (2012) com adolescentes tailandeses.

Apesar de os problemas periodontais encontrados na amostra desta pesquisa não serem severos, houve uma associação significativa entre a presença de impacto e o sangramento gengival (gengivite). Krisdapong et al. (2012) também observou em seu estudo que a presença de gengivite severa em 3 ou mais sextantes, dobrou a ocorrência do impacto de grau moderado/elevado, no entanto, este autor não encontrou associação significativa entre o cálculo e a QVRSB, fato também observado em nosso estudo. Bastos (2009) relata que a presença de sangue na boca e o mau hálito provocado pela gengivite podem ter provocado esse impacto na qualidade de vida relatado pelos adolescentes. A prevenção das doenças periodontais na adolescência é fundamental e a equipe de saúde bucal deve focar suas ações no sentido de estimular os adolescentes à prática de higiene bucal adequada (BRAGA; LEITE, 2010).

Em relação ao impacto das oclusopatias na qualidade de vida dos adolescentes, a associação significativa entre a presença de impacto e a necessidade de tratamento

ortodôntico encontrada neste estudo está em consonância com os achados dos estudos de Bastos (2009) e Soares (2011). Deve-se considerar aqui o fato de que, ao se trabalhar com adolescentes, a estética dental possui maior relevância, pois esse grupo populacional é mais criterioso em relação à sua aparência física, relatando assim, um maior impacto na QVRSB na presença de oclusopatias (SOARES, 2011). Braga e Leite (2010) também estão de acordo com essa afirmação e concluem que a estética bucal para os adolescentes está diretamente ligada ao convívio social, à autoestima, à aceitação entre os colegas e no mercado de trabalho e à qualidade de vida.

Não houve associação significativa entre as características socioeconômicas e demográficas e a presença de impacto na QVRSB dos adolescentes pesquisados, no entanto, estudos demonstram que as piores condições de saúde bucal são encontradas em adolescentes de menor condição socioeconômica, e as condições de saúde e doença bucal são capazes de influenciar a qualidade de vida dos adolescentes de 15 a 19 anos de idade (BASTOS, 2009; SOARES, 2011; KRISDAPONG et al., 2012).

A meta da Organização Mundial de Saúde para 2020 é diminuir o impacto da saúde bucal no desenvolvimento psicossocial. “É recomendável que a prevenção seja focada no indivíduo, gerando autonomia para o autocuidado e para a opção pelo tratamento conservador”. No entanto, isso só será possível com um trabalho de conscientização sobre a importância de manter os dentes saudáveis para garantir uma boa qualidade de vida (HOBDELL, 2003).

Diante dessas análises, ressaltamos a importância das informações sobre as condições de saúde bucal dos adolescentes e seus impactos na qualidade de vida, que podem auxiliar não apenas no conhecimento do comportamento de saúde durante esse período crítico de desenvolvimento, mas também na formulação de estratégias mais eficientes e eficazes de educação em saúde para esse grupo etário.

Nesse contexto, a escola é uma importante aliada para a concretização de ações de promoção de saúde para os adolescentes, uma vez que concentra grande parte dos indivíduos nesta fase da vida. Ela tem a tarefa de fornecer informações e conhecimentos acerca da saúde bucal e de seus condicionantes, no intuito de promover mudanças de comportamento que levem a atitudes positivas em relação aos cuidados com a mesma (DAVOGLIO et al., 2009).

Sendo assim, com o aumento da taxa de envelhecimento da população brasileira, torna-se importante o investimento em informação acerca dos hábitos e atitudes saudáveis para a população mais jovem, com o intuito de melhorar a qualidade de vida nos anos

vindouros. A adolescência é a fase ideal para a aquisição de um aprendizado relacionado a hábitos e atitudes saudáveis que persistirão no futuro, representando um momento fundamental para a promoção da saúde (DAVOGLIO et al., 2009).

7. Conclusões

7 CONCLUSÕES

Após coleta e análise dos dados obtidos com os adolescentes de 15 a 19 anos de idade, do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte, Campus Natal-Central, foi possível concluir que:

- As condições de saúde bucal da população estudada tem associação positiva com os impactos na qualidade de vida, sendo as atividades de comer, escovar os dentes e sorrir as mais afetadas.
- Apesar de ser menos prevalente que a cárie dentária, o impacto da oclusopatia na qualidade de vida mostrou-se mais evidente.
- No que diz respeito às condições periodontais, a presença de cálculo e sangramento gengival foram os eventos mais prevalentes, sendo que, apenas o sangramento gengival apresentou associação significativa com a presença de impacto na QVRSB dos adolescentes.
- As características socioeconômicas e demográficas não apresentaram associação significativa com a presença de impacto na QVRSB dos adolescentes pesquisados. No entanto, as piores condições de saúde bucal são encontradas em adolescentes de menor condição socioeconômica, e as condições de saúde e doença bucal são capazes de influenciar a qualidade de vida dos adolescentes.
- Mais estudos de avaliação da QVRSB são necessários em populações adolescentes, sendo esses, possíveis contribuintes para a elaboração de políticas públicas de promoção de saúde para essa faixa etária.

Referências

REFERÊNCIAS

- ADULYANON, S.; SHEIHAM, A. Oral impacts on daily performances. In: SLADE, G. **Measuring oral health and quality of life**. Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology, 1997.
- ANTUNES, L. A. A.; LEÃO, A. T; MAIA, L. C. Impacto do traumatismo dentário na qualidade de vida de crianças e adolescentes: revisão crítica e instrumentos de medida. **Ciênc. Saúde Coletiva**. v. 17, n. 12, p. 3417-3424, 2012.
- ASTROM, A. N.; OKULLO, I. Validity and reliability of the Oral Impacts on Daily Performance (OIDP) frequency scale: a cross-sectional study of adolescents in Uganda. **BMC Oral Health**, v. 3, n. 5, 9 p., 2003.
- BARBOSA, T. D.; GAVIÃO, M. B. Validation of the parental-caregiver perceptions questionnaire: agreement between parental and child reports. **J. Public Health Dent**. set. 2012.
- BARBOSA T. S.; TURELI, M. C.; GAVIÃO, M. B. Validity and reliability of the Child Perceptions Questionnaires applied in Brazilian children. **BMC Oral Health**. v. 9, mai. 2009.
- BASTOS, Roosevelt da Silva. **Impacto das condições de saúde bucal em relação à qualidade de vida de adolescentes escolares de 15 a 19 anos, numa dicotomia socioeconômica, no município de Bauru, São Paulo, em 2009**. 154 f. Tese (Doutorado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, Bauru, 2009.
- BENDO, C.B. et al. The PedsQL Oral Health Scale: feasibility, reliability and validity of the Brazilian Portuguese version. **Health and Quality of life outcomes**. v. 10, 2012.
- BIAZEVIC, M.G.H. **Indicadores subjetivos em saúde bucal: uma revisão sistemática**. 2001. 185 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia, São Paulo, 2001.
- BIAZEVIC, M. G. H. et al. Impact of oral health on quality of life among the elderly population of Joaçaba, Santa Catarina, Brazil. **Braz. Oral Res.**, v. 18, n. 1, p. 85-91, 2004.
- BIAZEVIC, M. G. H. et al. Relationship between oral health and its impact on quality of life among adolescents. **Braz. Oral Res.**, v. 22, n. 1, p. 36-42, 2008.
- BORGES, C.M. et al. Dor nos dentes e gengivas e fatores associados em adolescentes brasileiros: análise do inquérito nacional de saúde bucal SB-Brasil 2002-2003. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 24, n. 8, 2008.
- BRAGA, N. R.; LEITE, I. C. G. **O cuidado com a saúde bucal do adolescente: orientações para os profissionais de saúde**. Juiz de Fora/MG: UFJF, 2010.
- BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente**. Diário Oficial da União. Brasília/DF, 16 jul., 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Projeto SB Brasil 2003**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. **Projeto SB Brasil 2010: resultados principais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

CASTRO, R. A. L.; PORTELA, M. C.; LEÃO, A. T. Adaptação transcultural de índices de qualidade de vida relacionada à saúde bucal. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 10, p. 2275-2284, 2007.

CASTRO, R. A. et al. Child-OIDP index in Brazil: cross-cultural adaptation and validation. **Health Qual. Life Outcomes**. v. 6, set. 2008.

COHEN-CARNEIRO, F.; SOUZA-SANTOS, R.; REBELO, M. A. B. Quality of life related to oral health: contribution from social factors. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 16, p. 1007-1015, 2011. Suplemento 1.

COSTA, R. N. **Necessidade de tratamento ortodôntico: validação do DAI (índice de estética dental) e do ICON (índice de complexidade, resultado e necessidade) para a região de Belo Horizonte**. 2007.139 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Odontologia, 2007.

DAVOGLIO, S. R. et al. Fatores associados a hábitos de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos entre adolescentes. **Cad. Saúde Pública**. v. 25, n. 3, p. 655-667, 2009.

EISENSTEIN, E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. **Adolesc. Saúde**, v. 2, n. 2, p. 6-7, 2005.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C. M. A Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 8, n. 2, p. 187-193, 2005.

FEU, D.; QUINTÃO, C. C. A.; MIGUEL, J. A. M. Indicadores de qualidade de vida e sua importância na Ortodontia. **Dental Press J. Orthod.**, v. 15, n. 6, p. 61-70, 2010.

FREIRE, M. C. M.; SHEIHAM, A.; BINO, Y. A. Hábitos de higiene bucal e fatores sociodemográficos em adolescentes. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 10, n. 4, p. 606-614, 2007.

GARBIN, C. A. S. et al. A saúde na percepção do adolescente. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. v. 19, n. 1, p. 227-238, 2009.

GIACHELLO, A. L. Health outcomes research on hispanics/latinos. **J. Med. Syst.**, v. 20, n. 5, p. 235-254, 1996.

GOMES, A. S.; ABEGG, C. O impacto odontológico no desempenho diário dos trabalhadores do departamento municipal de limpeza urbana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 7, p. 1707-1714, 2007.

GOURSAND, D. et al. Cross-cultural adaptation of the Child Perceptions Questionnaire 11-14 (CPQ11-14) for the Brazilian Portuguese language. **Health Qual. Life Outcomes**. v. 6, Jan. 2008.

GOURSAND, D. et al. Family Impact Scale (FIS): psychometric properties of the Brazilian Portuguese language version. **Eur. J. Paediatr. Dent.** v. 10, n. 3, p. 141-146, 2009.

GOURSAND, D. et al. 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, n. 2, p. 169-174, 2009.

GUEDES-PINTO, A. C. Erupção dentária. In: GUEDES-PINTO, A. C. **Odontopediatria**. 7. ed. São Paulo: Santos, 2006. p. 19-37.

HEIDEMANN, M. **Adolescência e saúde: uma visão preventiva**. Rio de Janeiro: Vozes, 2006.

HOBDELL, M. et al. Global goals oral health 2020. **Int. Dent. J.** v. 53, n. 5, p. 285-288, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico 2010. Disponível em:
<<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>>. Acesso em: 30 jan. 2013.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. Censo Escolar da Educação Básica. Disponível em:
<<http://portal.inep.gov.br/indicadores-educacionais>>. Acesso em: 30 jan. 2013.

INGLEHART, M. R.; BAGRAMIAN, R. A. Oral health-related quality of life: an introduction. In: INGLEHART, M. R.; BAGRAMIAN, R. A. (Ed.). **Oral health-related quality of life**. USA: Quintessence books, 2002.

JENNY, J; CONS, N.C. Comparing and contrasting two orthodontic indices, the Index of Orthodontic Treatment Need and the Dental Aesthetic Index. **American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics**. v. 110, n. 4, out. 1996.

KLEIN, H; PALMER, C.E. Dental caries in American Indian children. **Public Health Bull**, v. 239, p. 1-53, 1937.

KRISDAPONG, S. et al. Setting oral health goals that include oral health-related quality of life measures: a study carried out among adolescents in Thailand. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 10, p. 1881-1892, 2012.

LACERDA, J. T. **Impacto da saúde bucal na qualidade de vida**. 2005. 158 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Universidade de São Paulo - Faculdade de Medicina, São Paulo, 2005.

LACERDA, J. T. et al. Saúde bucal e o desempenho diário de adultos em Chapecó, Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 8, p. 1846-1858, 2008.

LEÃO, A.; SHEIHAM, A. Relation between clinical dental status and subjective impacts on daily living. **J. Dent. Res.**, v. 74, n. 7, p. 1408-13, 1995.

LOCKER, D.; ALLEN, F. What do measures of oral health-related quality of life measure? **Community Dent. Oral Epidemiol.**, v. 35, n. 6, p. 401-411, 2007.

MARTINS, M. T. et al. Preliminary validation of the Brazilian version of the Child Perceptions Questionnaire 8-10. **Eur. J. Paediatr. Dent.** v. 10, n. 3, p. 135-140, 2009.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7-31, 2000.

OLIVEIRA, C. M.; SHEIHAM, A. Orthodontic treatment and its impact on oral health-related quality of life in Brazilian adolescents. **J. Orthodontics**. v. 31, n. 1, p. 20-27, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Levantamento Epidemiológico Básico de Saúde Bucal - Manual de Instruções. 4 ed. Genebra, 1997.

PETERSEN, P. E. **The world oral health report 2003**. Continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Geneva: WHO, 2003. Disponível em:
<http://www.who.int/oral_health/media/en/orh_report03_en.pdf.> Acesso em: 08 ago. 2012.

RAMOS-JORGE, M. L. et al. 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. 114-119, 2007.

SANTANA, L. C. **Afinal o que é qualidade de vida? LUCZ Consultoria em Esporte e Qualidade de vida**. Disponível em:
<<http://luczconsultoria.wordpress.com/2010/11/10/afinal-o-que-e-qualidade-de-vida>.> Acesso em: 04 set. 2012.

SCARPELLI, A. C. et al. Psychometric properties of the Brazilian version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale (B-ECOHIS). **BMC Oral Health**. v.11, jun. 2011.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004.

SOARES, A. H. R. et al. Qualidade de vida de crianças e adolescentes: uma revisão bibliográfica. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3197-3206, 2011.

SOARES, A. M. M. **Impacto sócio-dentário das oclusopatias e suas respectivas necessidades de tratamento na qualidade de vida de adolescentes.** Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia da UFRN, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2011.

TORRES, C. S. et al. Psychometric properties of the Brazilian version of the Child Perceptions Questionnaire (CPQ11-14) - short forms. **Health Qual. Life Outcomes.** v. 7, mai. 2009.

Anexos



QUESTIONÁRIO - (OIDP)

Condições bucais e seu efeito na qualidade de vida diária

Para responder as questões que se seguem, levar em consideração os eventos ocorridos nos últimos 6 meses.

1) Sua boca ou seus dentes causaram alguma dificuldade para se alimentar ou mastigar bem os alimentos?
 Sim Não

Se sim,

- a) Com que frequência? ()
- b) Qual a intensidade dessa dificuldade quando ela aparece? ()
- c) Qual foi o sintoma maior dessa dificuldade? ()
- d) Você poderia especificar qual problema de sua boca ou dentes são a causa dessa dificuldade? ()

2) Sente algum incômodo ou dificuldade ao escovar seus dentes ou higienizar a boca? () Sim () Não

Se sim,

- a) Com que frequência? ()
- b) Qual a intensidade dessa dificuldade quando ela aparece? ()
- c) Qual foi o sintoma maior dessa dificuldade? ()
- d) Você poderia especificar qual problema de sua boca ou dentes são a causa dessa dificuldade? ()

3) Sente alguma dificuldade para falar ou pronunciar claramente as palavras por causa de sua boca ou dentes?

Sim Não

Se sim,

- a) Com que frequência? ()
- b) Qual a intensidade dessa dificuldade quando ela aparece? ()
- c) Qual foi o sintoma maior dessa dificuldade? ()
- d) Você poderia especificar qual problema de sua boca ou dentes são a causa dessa dificuldade? ()

4) Sente dificuldades em dormir e/ou relaxar por causa de sua boca ou dentes?

Sim Não

Se sim,

- a) Com que frequência? ()
- b) Qual a intensidade dessa dificuldade quando ela aparece? ()
- c) Qual foi o sintoma maior dessa dificuldade? ()
- d) Você poderia especificar qual problema de sua boca ou dentes são a causa dessa dificuldade? ()

5) Sente dificuldades para rir, sorrir e/ou mostrar seus dentes sem embaraço?

Sim Não

Se sim,

- a) Com que frequência? ()
- b) Qual a intensidade dessa dificuldade quando ela aparece? ()
- c) Qual foi o sintoma maior dessa dificuldade? ()
- d) Você poderia especificar qual problema de sua boca ou dentes são a causa dessa dificuldade? ()

6) Sente dificuldades de manter contato com as pessoas (Ex: sair com amigos, se divertir, ir a festas, passeios) por causa de sua boca ou dentes? () Sim () Não

Se sim,

- a) Com que frequência? ()
- b) Qual a intensidade dessa dificuldade quando ela aparece? ()
- c) Qual foi o sintoma maior dessa dificuldade? ()
- d) Você poderia especificar qual problema de sua boca ou dentes são a causa dessa dificuldade? ()

7) Sua boca ou seus dentes ocasionam alguma dificuldade em sua tarefa escolar (freqüentar as aulas, estudar, participar de cursos, palestras ou seminários)?

Sim Não

Se sim,

- a) Com que frequência? ()
- b) Qual a intensidade dessa dificuldade quando ela aparece? ()
- c) Qual foi o sintoma maior dessa dificuldade? ()
- d) Você poderia especificar qual problema de sua boca ou dentes são a causa dessa dificuldade? ()

8) Sua boca ou dentes o(a) deixaram nervoso(a), irritado(a) ou foram a causa de alguma alteração de seu estado emocional usual?

Sim Não

Se sim,

- a) Com que frequência? ()
- b) Qual a intensidade dessa dificuldade quando ela aparece? ()
- c) Qual foi o sintoma maior dessa dificuldade? ()
- d) Você poderia especificar qual problema de sua boca ou dentes são a causa dessa dificuldade? ()

CARTÃO DE RESPOSTAS – FREQUÊNCIA

0	Não sabe
1	Menos de uma vez por mês
2	Uma ou duas vezes por mês
3	Uma ou duas vezes por semana
4	3-4 vezes por semana
5	Todo dia ou quase todos os dias

CARTÃO DE RESPOSTAS – INTENSIDADE

0	Não Sabe
1	Muito Pouco Grave
2	Pouco Grave
3	Gravidade Moderada
4	Muito Grave
5	Extremamente Grave

CARTÃO DE RESPOSTAS – SINTOMA

0	Não Sabe
1	Dor
2	Desconforto
3	Limitação na função
4	Insatisfação na estética
5	Outros (especificar)

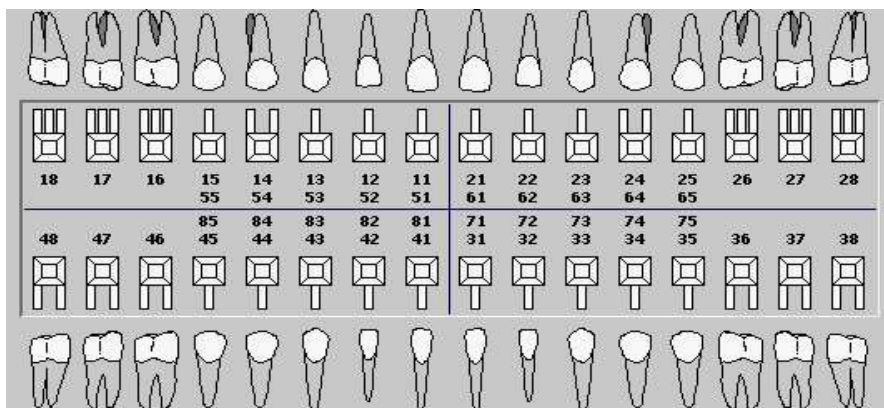
CARTÃO DE RESPOSTAS – CAUSA

00	Não Sabe ou Não pode especificar
01	Dor de dentes
02	Falta de dentes
03	Dentes amolecidos
04	Cor dos dentes
05	Posição dos dentes (torto, projetado, separados)
06	Forma ou tamanho dos dentes
07	Deformidade da boca ou rosto
08	Feridas bucais ou manchas
09	Sensação de ardência na boca
10	Mau hálito
11	Alterações no paladar (gosto)
12	Gosto desagradável
13	Gengivas sangrantes
14	Gengivas com recessão (mostrando parte da raiz do dente)
15	Abcessos gengivais (bolsas na gengiva com pus)
16	Barulhos na ATM (articulação que movimenta a boca)
17	Mandíbula travada
18	Restaurações defeituosas (cor, fraturas)
19	Dentaduras frouxas
20	Aparelhos ortodônticos
88	Outros (especificar)



FICHA DE EXAME CLÍNICO

CPO-D:



Código	Critério
0	Coroa hígida
1	Coroa cariada
2	Coroa restaurada com cárie
3	Coroa restaurada sem cárie
4	Dente permanente extraído devido a cárie
5	Dente permanente extraído por outra razão
6	Presença de Selante
7	Dente suporte de prótese, coroa protética ou faceta/implante
8	Coroa não-erupcionada
T	Traumatismo (fratura)
9	Não registrado

CPI:

17/16	11	26/27
47/46	31	36/37

- 0** - Sextante Excluído
- 1** - Sextante Hígido
- 2** - Sextante com Sangramento
- 3** - Presença de Cálculo
- 4** - Presença de Bolsa Periodontal de 4mm a 5mm
- 5** - Presença de Bolsa Periodontal de 6mm ou mais
- 9** - Sextante não examinado

DAI:

Componentes do DAI (valores possíveis)		Valores	
Dentes ausentes (PM a PM - 0 a 10 por arcada)	Maxila		
	Mandíbula		
Apinhamento anterior (0, 1=1segm., 2=2segm.)			
Espaçamento anterior (0, 1=1segm., 2=2segm.)			
Diastema na linha média (mm arred.)			
Maior irreg. Anterior na maxila (mm arred.)			
Maior irreg. Anterior na mandíbula (mm arred.)			
Tresp. horiz. Max. - sobressaliência (mm arred.- topo-a-topo=0)			
Tres. horiz. Mand. - mord.cruz.anterior (mm arred.)			
Mordida aberta anterior (mm arred.)			
Rel.ânt.—post. de molares(lado c/ maior desvio: 0, 1=1/2cúsp.,2=1cúsp.)			



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP

PARECER Nº 322/2012

Assunto	Solicitação de emenda ao projeto original
Prot. nº	162/11-P CEP/UFRN
CAAE	0187.0.051.000-11
Projeto de Pesquisa	Impacto das Condições de Saúde Bucal na Qualidade de Vida de adolescentes escolares
Área de Conhecimento	4 - CIÊNCIAS DA SAÚDE 4.02 - Odontologia
Pesquisador Responsável	Ana Cristina Gondim Filgueira
Instituição Proponente	Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Instituição Coparticipante	Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do RN - IFRN
Nível de abrangência do Projeto	Dissertação de Mestrado
Período de realização	Início abr/2011 - Final dez/2012 Arrolamento dos participantes: Início set/2011 - Final dez/2011
Revisão ética em	31 de agosto de 2012

RELATO

1. RESUMO

O protocolo sob análise contém um projeto intitulado "Impacto das perdas dentárias na qualidade de vida de adolescentes do ensino público". Tem como objetivo geral avaliar o impacto causado pela perda de elementos dentários no desempenho de atividades diárias, de pacientes adolescentes na faixa etária de 15 a 19 anos, matriculados no IFRN – Campus Natal Central. Trata-se de um estudo de coorte transversal, no qual todos os alunos serão examinados no período de 04 meses. Sua metodologia prevê exame clínico bucal para identificação do número de dentes ausentes, motivo da perda e avaliação da necessidade de prótese; aplicação de dois formulários pelo pesquisador, um para avaliação dos fatores socio-econômicos e o outro para avaliação do Índice dos impactos odontológicos no desempenho diário (OIDP) a serem realizados no consultório odontológico da referida instituição.

Os pesquisadores argumentam que pesquisas epidemiológicas em adolescentes são escassas, com poucos estudos sobre a prevalência, extensão e severidade das perdas dentárias, assim como o impacto dessas perdas na qualidade de vida do indivíduo nessa fase da vida, lacuna a ser preenchida pelo presente estudo.

2. EMENDA E PARECER

A emenda solicitada versa sobre: a inclusão dos índices de estética dentária (DAI) e periodontal comunitário (CPI) na pesquisa intitulada: **Impacto das perdas dentárias na qualidade de vida de adolescentes do ensino público.**

O pesquisador justifica sua solicitação alegando que: *"Baseando-se em dados obtidos no estudo piloto do projeto original [...] onde pudemos observar uma redução na incidência de perdas dentárias na adolescência (faixa etária de 15 a 19 anos de idade) e o acometimento de outros fatores impactantes na qualidade de vida relatada pelos alunos examinados, como a gengivite e as maloclusões dentárias, optamos por ampliar os dados [...]".*

Comitê de Ética em Pesquisa, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal/RN, Brasil - CEP 59078-970
fone/fax: (84) 3215-3135 - e-mail: cepufrn@reitoria.ufrn.br – site: <http://www.etica.ufrn.br>

1/2

PARECER 322/2012 CEP/UFRN

O pesquisador solicita, ainda, a mudança do título da pesquisa para "**Impacto das Condições de Saúde Bucal na Qualidade de Vida de adolescentes escolares**" e a inclusão do pesquisador **Kenio Costa de Lima** e da aluna do mestrado em Saúde Coletiva **Beatriz Aguiar do Amaral** na equipe de pesquisa do estudo em questão.

Considerando que a emenda solicitada não altera de modo substancial nem os objetivos nem o Material e Métodos propostos no projeto original e encontra-se bem instruída, respeitando os preceitos éticos para pesquisas envolvendo o ser humano, este Comitê manifesta-se pela APROVAÇÃO da mesma.

Natal, 07 de novembro de 2012.


Dulce Almeida

Coordenadora do CEP-UFRN

Apêndice



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esclarecimentos

Este é um convite para que seu filho (ou adolescente sob sua responsabilidade) possa participar da pesquisa intitulada **“INFLUÊNCIA DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL NO DESEMPENHO DAS ATIVIDADES DIÁRIAS DE ADOLESCENTES ESCOLARES”**, que é coordenada pela cirurgiã-dentista Ana Cristina Gondim Filgueira, funcionária do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia – IFRN, Campus Natal Central, sob a orientação da Professora da UFRN, Mestre e Doutora, Isauemi Vieira de Assunção Pinheiro. Também fazem parte da pesquisa, os pesquisadores Beatriz Aguiar do Amaral, cirurgiã-dentista e mestrande da UFRN, e o Professor Doutor Kênio Costa de Lima, Coordenador do Mestrado em Saúde Coletiva do Departamento de Odontologia da UFRN.

Essa pesquisa busca avaliar o impacto que as condições bucais causam na qualidade de vida dos adolescentes. Os resultados dessa pesquisa poderão ser usados para auxiliar na prevenção das doenças bucais, estimar a necessidade de tratamento e servir de subsídio para o planejamento de programas de reabilitação oral para esses adolescentes.

Caso decida aceitar o convite, seu filho (ou adolescente sob sua responsabilidade) será submetido(a) aos seguintes procedimentos: dentistas do IFRN ou da UFRN farão um exame clínico dos arcos dentários para observação e registro do número de dentes permanentes cariados, perdidos, obturados ou mal posicionados e, em seguida, responder a um questionário para a verificação de como a condição bucal interfere na qualidade de vida diária. O exame clínico é uma observação da boca, feita no consultório odontológico próprio do IFRN, com toda técnica, segurança e higiene, conforme normas do Ministério da Saúde. É importante ressaltar que os riscos presentes nesta pesquisa são mínimos, pois o exame clínico não apresenta desconforto para quem está sendo examinado.

Se algum dano ou constrangimento ocorrer ao seu filho (ou adolescente sob sua responsabilidade), em decorrência dos procedimentos da pesquisa, toda assistência lhe será assegurada pela pesquisadora. Se você tiver algum gasto que seja devido à participação do adolescente em questão na pesquisa, você será ressarcido, caso solicite. Em qualquer momento, se esse mesmo adolescente sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, o mesmo terá direito a indenização.

A participação de filho (ou adolescente sob sua responsabilidade) é voluntária, o que significa que ele poderá desistir a qualquer momento, e o Sr(a) poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhes traga nenhum prejuízo ou penalidade.

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

Você ficará com uma cópia deste Termo e qualquer dúvida será esclarecida diretamente com a pesquisadora Ana Cristina Gondim Filgueira, através dos endereços: Av. Senador Salgado Filho, 1559 – IFRN, Serviço de Saúde, telefone nº 4005-2657, ou, Av. Senador Salgado Filho, 1787 – Faculdade de Odontologia da UFRN, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, telefone nº 3215-4133.

Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN, no endereço: Praça do Campus Universitário, Lagoa Nova ou pelo telefone 3215-3135.

Esperando contar com seu apoio, desde já agradecemos em nome de todos os pesquisadores que trabalham para a melhoria da saúde bucal no Município, no Estado e no Brasil.

Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos e concordo que meu filho(a) (ou adolescente sob minha responsabilidade) participe voluntariamente da pesquisa "**INFLUÊNCIA DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL NO DESEMPENHO DAS ATIVIDADES DIÁRIAS DE ADOLESCENTES ESCOLARES**"

Em, _____ de _____ de 2012.

Participante da pesquisa:

Nome: _____

Nome do Responsável Legal: _____

--

Assinatura do Responsável Legal

Ana Cristina Gondim Filgueira

Isauremi Vieira de Assunção Pinheiro

Pesquisadora Responsável

Orientadora

Endereço Profissional: Av. Senador Salgado Filho, 1559 – IFRN, Serviço de Saúde - Telefone 4005-2657

Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN

Endereço: Praça do Campus Universitário, Lagoa Nova - Telefone 3215-3135.