



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
DOUTORADO EM CLÍNICA INTEGRADA

THAIS CARINE DA SILVA

**IMPACTO DAS CONDIÇÕES BUCAIS NA QUALIDADE DE VIDA DE
ADOLESCENTES**

Recife

2020

THAIS CARINE DA SILVA

**IMPACTO DAS CONDIÇÕES BUCAIS NA QUALIDADE DE VIDA DE
ADOLESCENTES**

Tese Apresentada ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Odontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Odontologia.

Área de concentração: Clínica Integrada.

Orientador: Pr^a. Dr^a. Bruna de Carvalho Farias Vajgel

Coorientadoras: Pr^a. Dr^a. Renata Cimões

Recife

2020

Catálogo na fonte
Bibliotecário: Mônica Uchôa, CRB4:1010

S586i Silva, Thais Carine da.
Impacto das condições bucais na qualidade de vida de adolescentes / Thais Carine da Silva. – 2020.
77 f. il.; 30 cm.

Orientadora: Bruna de Carvalho Farias Vajgel.
Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-graduação em Odontologia. Recife, 2020.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Adolescente. 2. Qualidade de vida. 3. Saúde bucal. I. Vajgel, Bruna de Carvalho Farias (Orientadora). II. Título.

617.6 CDD (20.ed.) UFPE (CCS 2020-144)

THAIS CARINE DA SILVA

**IMPACTO DAS CONDIÇÕES BUCAIS NA QUALIDADE DE VIDA DE
ADOLESCENTES**

Tese Apresentada ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Odontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Odontologia.

Aprovada em: 19/02/2020

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Paula Valença (Examinadora Externa)
Centro de Pós Graduação em Odontologia CPGO-PE

Prof.^a Dr.^a Alice Kelly Barreira (Examinadora Externa)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof.^a Dr.^a Márcia Maria Vendiciano (Examinadora Interna)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof.^a Dr.^a Andrea dos Anjos Pontual (Examinadora Interna)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Gustavo Pina Godoy (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

A minha mãe Maria do Socorro, minha maior incentivadora, que fez me acreditar que sou capaz e me trouxe até aqui carregada em seus esforços incessantes e amor incondicional.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me proporcionar a vida e realizar tantos sonhos, se não fosse a graça de Deus eu não poderia nada, tudo em minha vida é Dele e vem Dele. Até aqui me ajudou o Senhor!

Agradeço a minha mãe Socorro, pois não me imagino fazendo nada sem ela que lutou por cada conquista minha, trabalhou dia e noite literalmente durante anos para que eu pudesse estudar, ensinou-me valores que me fez a pessoa que sou. Também me ensinou a não desistir até conquistar um propósito. Se na nossa família não tinha ninguém com graduação até o meu ingresso na UFPE, hoje estamos aqui prestes a subir mais esse degrau. Qualquer conquista ou lugar que eu chegue a ocupar será por que ela existe na minha vida. Mainha te amo!

Ao meu companheiro de jornada, José Lisboa, esposo e amigo, por tanta compreensão e contribuições. Obrigada por não largar minha mão nas horas mais difíceis.

Aos meus filhos Thales e Thalita, que chegaram na hora certa para me fazer mais forte, eu não sabia que poderia ser tão forte, antes de ter vocês. Só vocês para em meio ao doutorado me fazer sobreviver a uma gestação gemelar, ao puerpério, duas cirurgias, mais de 5 internações hospitalares. Somos mesmo um time o “team Lisboa” e isso é tudo.

Aos meus irmãos, Lais e James, e ao meu cunhado, Alexandre, que foram imprescindíveis no apoio durante essa jornada, nunca vou poder agradecer na medida que vocês merecem.

A toda minha família que se alegra comigo em cada conquista, em especial a tia Maria minha segunda mãe, impossível tudo isso sem a senhora, te amo tia!

Ao meu Pai(drasto), James, (in memoria) que me adotou ainda pequena, deu-me referência e uma nova família que eu amo. Você faz parte de cada conquista, meu coração queria você aqui agora.

Aos amigos que são também família, obrigada pelas orações e incentivos.

A família Rego por serem, também, minha casa.

À minha orientadora Prof^a. Dr^a. Bruna Farias, tão nova e tão sábia. Tenho muito respeito por ela que me ensina com exemplos, é uma profissional e dedicada em tudo que faz, sempre a primeira a chegar e última a sair, educada até nas horas mais delicadas, e ainda é uma supermãe. Bruna, obrigada por aceitar me orientar, sendo o desafio de uma pesquisa que não fazia parte dos seus planos. Obrigada pela confiança e orientação, obrigada por me acolher, serei sempre grata.

À minha coorientadora Prof^a. Dr^a. Renata Cimões, ela é uma mulher que levanta outras mulheres, justa e de coração nobre, uma mãe no sentido mais amplo da palavra, tenho muito orgulho de dizer que sou do grupo de pesquisa de Renata e Bruna.

Às alunas da graduação que acompanhei de perto, tenho tanto orgulho de vocês, Luma Menezes, Alexia Luise, Alessandra Callado, Gabriela Pereira e Rebeka Mitsue. Foi um prazer trabalhar com vocês.

À minha dupla Adelaine Sousa, Adê você reflete o cuidado de Deus na minha vida. Obrigada pela parceria.

A todos os colegas de turma do doutorado. A secretaria da pós-graduação sempre tão prestativos. E a todos os professores que nos inspiram na docência.

A todos que compõem a Odontologia da UFPE que foram fundamentais na minha formação desde a graduação.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) pelo incentivo através da bolsa que permitiu a operacionalização do meu estudo.

Por fim, agradeço a secretária de Educação de Pernambuco pela autorização a nossa pesquisa, a todos os gestores das escolas de Camaragibe, e principalmente aos adolescentes que são o real sentido da nossa pesquisa, espero que esses dados possam contribuir para uma maior atenção à saúde bucal de vocês, pois vocês merecem. Obrigada!

Sua história é o que você tem, o que sempre terá. É algo para se orgulhar (OBAMA; MICELLE, 2018, p. 15).

RESUMO

O impacto das condições bucais na qualidade de vida de adolescentes escolares e os fatores socioeconômicos associados. Em uma amostra representativa de 1.010 adolescentes escolares, da cidade de Camaragibe-PE, a variável dependente da qualidade de vida relacionada a saúde bucal (QVRSB) foi medida através do questionário *Oral Health Impact Profile-14* (OHIP-14). As variáveis independentes foram as condições bucais (experiência de cárie, condição periodontal, trauma dental e má oclusão) que foram avaliados através de exame clínico e os indicadores socioeconômicos (idade, sexo, renda, escolaridade materna, raça/cor, tempo da última consulta odontológica) foram avaliados através da aplicação questionário estruturado. Foram realizadas análises descritivas e inferências bi e multivariadas, qui-quadrado e regressão logística binária. Foram avaliados 1.010 adolescentes com idades entre 14 e 19 anos, onde destes 61,6% tinham até 16 anos, 51,2% eram do sexo feminino, 49,3 se declararam pardos, e 56,6% declararam uma renda familiar mensal de no máximo 2 salários mínimos e 41,5% dos adolescentes compareceram ao consultório odontológico aos menos uma vez nos últimos 6 meses. O impacto das condições bucais na QVRSB foi referido por, aproximadamente, 34% dos adolescentes avaliados e o desconforto psicológico foi a dimensão mais afetada 23,4%. A análise bivariada revelou que o sexo ($p < 0,001$) e a experiência de cárie ($p = 0,012$) e tempo da última consulta ($p = 0,041$) estiveram associados ao impacto na QVRSB, no entanto somente o sexo e a experiência de cárie permaneceram associadas na análise multivariada, evidenciando que adolescentes do sexo feminino tinha 1,87 vezes mais chances de ter impacto na QVRSB do que indivíduos do sexo masculino; e aqueles com presença de cárie possuíam 1,46 vezes mais chances de ter impacto na QVRSB. A condição de saúde bucal pode afetar a qualidade de vida dos adolescentes e o sexo feminino foi um fator de risco associado.

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

ABSTRACT

The present study aimed to evaluate the impact of oral conditions on the quality of life of school adolescents and the associated socioeconomic factors. In a representative sample of 1,010 school adolescents from the metropolitan region of Recife-PE, the dependent variable of oral health-related quality of life was measured using the Oral Health Impact Profile (OHIP) questionnaire. The independent variables were the oral conditions (caries experience, periodontal condition, dental trauma and malocclusion) that were used for clinical examination and the socioeconomic indicators that were applied by applying a structured questionnaire. Descriptive analyzes were performed and bi and multivariate inferences, chi-square binary logistic regression. There were 1,010 adolescents aged 14-19 years, where 61.6% were up to 16 years old, 51.2% were female and 56.6% declared a monthly family income of at most 2 minimum wage. The impact of oral conditions on quality of life was reported by approximately 34% of adolescents. Of the variables analyzed, only gender ($p < 0.001$) and carie experience ($p = 0.012$) were associated with impact on quality of life, showing that female adolescents are 1.87 times more likely to affect quality of life than males; and those with caries were 1.46 times more likely to have an impact on quality of life. The condition of oral health can affect the quality of life of adolescents and the female sex was an associated risk factor.

Key words: Adolescent. Quality of life. Oral health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Impacto na qualidade vida segundo OHIP (geral e por dimensão) dos adolescentes.....	34
Quadro 1 - Parâmetros para classificação da má oclusão.....	25
Quadro 2 - Concordância entre os examinadores através do coeficiente Kappa.....	26

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Frequência absoluta e relativa da qualidade de vida (OHIP-14) segundo as variáveis socioeconômicas dos adolescentes.....	35
Tabela 2 - Frequência absoluta e relativa da qualidade de vida (OHIP-14) segundo as condições bucais dos adolescentes.....	36
Tabela 3 - Regressão logística para o impacto na qualidade de vida nos adolescentes.	37

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CPOD	Índice de Dentes Cariados, Perdidos E Obturados
DAI	Índice de Estética Dental
DP	Doença Periodontal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OHIP	Oral health Impact Profile
OMS	Organização Mundial de Saúde
QV	Qualidade de Vida
QVRSB	Qualidade de Vida Relacionada a Saúde Bucal
TD	Traumatismo Dental
SL	Salário Mínimo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	Adolescência	14
1.2	Saúde bucal na adolescência	15
1.3	Qualidade de vida.....	17
2	OBJETIVOS	20
2.1	Objetivo Geral	20
2.2	Objetivos específicos.....	20
3	METODOLOGIA	21
3.1	Desenho do estudo.....	21
3.2	Aspectos éticos	21
3.3	Local do estudo	21
3.4	População do estudo e critérios de inclusão e exclusão	21
3.5	Calculo Amostral.....	22
3.6	Coleta de dados	23
3.7	Variáveis analisadas	23
3.7.1	Qualidade de vida.....	23
3.7.2	Cárie	23
3.7.3	Condição Periodontal	24
3.7.4	Traumatismo Dentário.....	24
3.7.5	Má oclusão	24
3.7.6	Fatores socioeconômicos.....	25
3.8	Estudo piloto e calibração	25
3.9	Análise Estatística	26
4	RESULTADOS	27
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	45
	REFERÊNCIAS	46
	APÊNDICE A – TERMO DE LIVRE CONSENTIMENTO E ESCLARECIDO	54
	APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO	63
	APÊNDICE C - FICHA PARA EXAME CLÍNICO	66
	ANEXO A- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	68
	ANEXO B- OHIP ORAL HELAT IMPACCT PROFILE	69
	ANEXO C- NORMAS DA REVISTA CADERNOS DA SAÚDE	70

1 INTRODUÇÃO

1.1 Adolescência

A adolescência se caracteriza por um momento de transição física, psicológica e social importante entre a infância e a idade adulta, onde as expectativas pessoais e sociais incidem de modo enfático sobre as atitudes e escolhas dos indivíduos (EISENSTEIN, 2005).

Nos últimos anos, tem sido crescente o interesse acerca dos temas relacionados a adolescência, uma das razões para esse movimento pode estar na relevância demográfica deste grupo, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2019 uma em cada seis pessoas no mundo tinha idade entre 10 e 19 anos (OMS, 2019). Outra possível motivação para esse crescente interesse pode estar no entendimento de que as condições vivenciadas na adolescência podem repercutir na vida adulta, e por isso acompanhar o desenvolvimento do adolescente se torna imprescindível (ENGELAND et al., 2004; MOREIRA et al., 2013; BERGMANN et al., 2016).

Entre as características que compõem a adolescência estão a prática de comportamentos de riscos como baixo nível de atividade física, consumo de bebidas alcoólicas, tabagismo, hábitos alimentares inadequados, alguns inclusive relacionados a transtornos alimentares, baixo interesse por práticas de higiene quando não relacionado a aparência, essas práticas tornam os adolescentes mais vulneráveis a problemas de saúde (BARBOSA; CASOTTI; NERY, 2016; JORDÃO; MALTA; FREIRE, 2018).

Associado aos comportamentos de risco a saúde outro relevante problema está na baixa procura voluntária dos adolescentes por serviços de saúde. Como demonstrado em alguns estudos, os adolescentes possuem pouco interesse por estes serviços, especialmente aqueles relacionados a promoção e prevenção (MARTINS et al., 2019). Pois nesta fase da vida, as atitudes são mais influenciadas por situações e necessidades de imediatas do que pelas consequências futuras (NUNES et al., 2015).

Somada a esse entrave, devemos considerar que não é incomum que as equipes de saúde apresentem dificuldades para acolher e vincular os adolescentes aos programas de saúde, limitando o acompanhamento do estado de saúde nessa fase do desenvolvimento a situações emergenciais (DOS SANTOS; BEATRIZ RESSEL, 2013).

No entanto, é fundamental que o adolescente ao buscar o serviço de saúde perceba o profissional como um aliado. E o entendimento por parte do profissional, de como as condições de saúde impactam o cotidiano dos adolescentes a partir da perspectiva do próprio adolescente,

pode auxiliar neste processo de acolhimento e vinculação ao serviço de saúde proporcionando assim integralidade de cuidado.

1.2 Saúde bucal na adolescência

Os fatores de proteção à saúde bucal tendem a ter correspondência com os comportamentos relacionados à saúde geral do adolescente, como por exemplo, ser de melhor nível socioeconômico e ter responsáveis com maior escolaridade se mostraram fatores protetores a saúde geral e bucal simultaneamente (COHEN-CARNEIRO et al., 2010; MOOR et al., 2015; NILSEN et al., 2010; TEIXEIRA; RONCALLI; NORO, 2018).

De maneira geral, o adolescente não possui uma gama de agravos bucais característicos desta fase do desenvolvimento, alguns seguem vivenciando as doenças bucais adquiridas e não tratadas na infância. No entanto, muitos indivíduos são expostos pela primeira vez a agravos bucais durante o período da adolescência, como demonstrado no último levantamento de saúde bucal realizado no Brasil, o qual observou um aumento da prevalência de cárie entre os 12 e 16 anos (BRASIL, 2012b).

O agravamento ou a inédita experiência com as doenças bucais podem estar relacionadas a transição de responsabilidades em relação ao cuidado com a saúde, antes monitorados por seus responsáveis em relação a dieta e hábitos de higiene, os adolescentes possuem agora autonomia sobre essas questões e nem sempre suas escolhas são as mais adequadas para a saúde (BARBOSA; CASOTTI; NERY, 2016).

Os agravos bucais como a dor de dente, a presença de cárie não tratada, o sangramento gengival, o apinhamento dentário e o trauma dental têm sido associados aos prejuízos no cotidiano de crianças e adolescentes (OLIVEIRA et al., 2013). O efeito adverso desses agravos pode ser percebido por meio de diferentes aspectos, como limitação para comer, para falar e para se relacionar com outras pessoas. Estudos também relacionam os agravos bucais em adolescentes ao bullying e absenteísmo escolar (REBOUÇAS et al., 2017).

Em várias regiões do mundo, incluindo o Brasil, os indicadores de cárie apresentaram notável diminuição, resultados creditados a melhores condições de vida da população, maior acesso aos serviços odontológicos, sendo ainda mais expressiva essa diminuição em regiões onde há fluoretação da água usada em grande escala pela população (BORGES et al., 2016; KIM et al., 2019; VASCONCELOS et al., 2018).

No entanto, a cárie ainda é uma doença socialmente polarizada, que acomete mais as regiões menos favorecidas, com dificuldade de acesso aos serviços de saúde, dificultando o

diagnóstico e tratamento da doença (BORGES et al., 2016). Apesar de passível de prevenção e de tratamento, a cárie quando não tratada pode causar desconforto físico, estético, dificuldade de relacionamento interpessoal e até o impedimento de realizar as atividades habituais como frequentar a escola, ocasionando diminuição do rendimento escolar (SEIRAWAN; FAUST; MULLIGAN, 2012).

O último levantamento nacional de saúde bucal revelou que, assim como a cárie, a doença periodontal (DP) permanece como um importante problema de saúde bucal entre os mais jovens (BRASIL, 2012b). Outros estudos epidemiológicos de menores proporções ou em populações específicas também apontaram altas prevalências de DP em diversos grupos populacionais, incluindo adolescentes (ABABNEH; ABU HWAIJ; KHADER, 2012; FONSECA et al., 2015; REBELO et al., 2009).

O comportamento da DP em adolescentes ainda não estão suficientemente claros, porém há indicativos de que além dos fatores de risco biológicos, os determinantes sociais desfavoráveis como, fazer parte de determinados grupos étnicos raciais e a baixa escolaridade, parecem atuar como mediadores aumentando o risco para as DP (BARBOSA et al., 2013; CORRAINI; EMÍLIO, 2009; FERNANDES et al., 2016; FERREIRA et al., 2017).

O traumatismo dental (TD), assim como a cárie e a DP, também é uma doença bucal prevalente na infância e na adolescência. Estudos apontam ocorrência de TD entre 8% e 58% na dentição permanente. Os altos índices de violência, acidentes de trânsito e uma maior participação de adolescentes em atividades esportivas, podem contribuir para o aumento da prevalência do TD (ANTUNES, LÍVIA AZEREDO ALVES ; LEÃO, ANNA THEREZA ; MAIA, 2011) (SILVA et al., 2015).

Na adolescência, as alterações geradas pelo TD podem se apresentar como lesões de extensão e gravidade variável, de origem accidental ou intencional, desde uma simples fratura em esmalte até a perda definitiva do elemento dentário. Desta forma, elas podem comprometer, potencialmente, não somente a função, mas também o bem-estar através de prejuízos estéticos, psicológicos, sociais, além de produzir significativos custos no tratamento (SORIANO et al., 2009).

A má oclusão pode ser decorrente de desequilíbrios no crescimento e no desenvolvimento do sistema craniofacial, e está relacionada a distúrbios funcionais, estéticos, os quais prejudicam a interação social e o bem-estar (FERNANDES et al., 2013; REBOUÇAS et al., 2017). No Brasil, as oclusopatias severas e muito severas acometem cerca de 10,3% dos adolescentes aos 19 anos (BRASIL, 2012b).

A má oclusão pode resultar de outros agravos bucais, como a cárie e a perda dental. A perda precoce de dentes por cárie, por exemplo, pode acarretar em migrações dentárias que alteram as características oclusais dos indivíduos. Estudos reportaram que adolescentes com experiência de cárie têm mais chances de apresentar alterações de linha média e mordida aberta (PERES; FRAZÃO; RONCALLI, 2014; REBOUÇAS et al., 2017). A literatura também relata maior risco de DP entre os adolescentes que possuem problemas relacionados a oclusão (NETO et al., 2014).

1.3 Qualidade de vida

Em 1993, a Organização Mundial de Saúde (OMS), através de uma colaboração transcultural entre pesquisadores e clínicos, definiu qualidade de vida (QV) como “a percepção do indivíduo, da sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas padrões e preocupações” (OMS, 1998).

Derivado do conceito do QV, a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) tem sido definida como um construto multidimensional e subjetivo que além de indicadores somáticos, abrange também como o indivíduo se sente em relação aos diferentes domínios da sua vida. Esse é um conceito amplo e complexo que considera a saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e suas relações com o meio ambiente (AGATHÃO; REICHENHEIM; DE MORAES, 2018; NORONHA et al., 2016).

A avaliação da QVRS é multidimensional, pois considera os níveis macro (social e objetivo) e micro (individual e subjetivo). O nível macro inclui a renda mensal de um indivíduo: emprego, moradia, educação e outras condições ambientais e de vida. Já no nível micro, são incluídas as percepções gerais de qualidade de vida, as experiências e os valores do indivíduo (FLECK, 2000; ZUCOLOTO; MAROCO; CAMPOS, 2014).

A saúde bucal é parte integrante da saúde geral sendo essencial para a qualidade de vida. Por isso, é importante que os indivíduos disponham de condições de saúde bucal que lhes permitam manter necessidades básicas como falar, mastigar, reconhecer o sabor dos alimentos, sorrir, viver livre de dor, bem como se relacionar com outras pessoas sem constrangimento (BULGARELI et al., 2018).

Em virtude da importância da saúde bucal para QV, alguns instrumentos foram desenvolvidos para mensurar a relação existente entre as condições de saúde bucal e a QV, os resultados provenientes desses instrumentos são denominados indicadores sociodentais (HETTIARACHCHI et al., 2019).

Entre os instrumentos indicados para avaliar o impacto das condições bucais na QV, destaca-se o *Oral Health Impact Profile* (OHIP) na versão reduzida (OHIP-14), por sua ampla utilização com boa confiabilidade, validade e precisão. O OHIP-14 possui versões validadas para várias culturas como: árabe, iraniana, japonesa, espanhola, chinesa, brasileira e finlandesa (AFONSO; SILVA; PESSOA, 2015), portanto há relatos na literatura da utilização do OHIP-14 em todos os continentes (AFONSO; SILVA; PESSOA, 2015; GABARDO; MOYSÉS; MOYSÉS, 2013).

O OHIP-14 foi criado em 1997 por Slade com a intenção de detectar as consequências sociais dos problemas bucais de acordo com a percepção dos próprios indivíduos afetados (SLADE, 1997). Por favorecer protagonismo dos indivíduos, ele é considerado uma abordagem centrada no paciente.

O OHIP-14, contempla sete dimensões do impacto a ser medido: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e deficiência. As respostas são dadas de acordo com uma escala codificada: 0 = nunca, 1 = raramente, 2 = às vezes, 3 = frequentemente e 4 = sempre (ZUCOLOTO; MAROCO; CAMPOS, 2014).

Diferentes métodos já foram propostos para avaliar as respostas obtidas, entre as mais usadas estão a prevalência, que de forma dicotômica indica a existência de impacto negativo ou não; a extensão, que aponta a cronicidade do impacto; e a gravidade, que considera a soma de todas as respostas obtidas refletindo a gravidade do impacto (AFONSO; SILVA; PESSOA, 2015). Na literatura não há um consenso de qual forma seria ideal, e sim que para cada objetivo deve-se considerar criticamente umas das formas ou a associação entre elas, considerando suas potencialidades e fragilidades (AFONSO; SILVA; PESSOA, 2015; GABARDO; MOYSÉS; MOYSÉS, 2013).

Gabardo et al. (2013) através de um estudo de uma revisão sistemática da literatura, avaliou artigos sobre saúde bucal e fatores associados com implicações na qualidade de vida, com foco no instrumento OHIP, a análise dos dados permitiu identificar que permitiu identificar que a pior autopercepção da saúde bucal foi associada a fatores sociais, econômicos, demográficos, psicossociais e comportamentais desfavoráveis, bem como a condições clínicas bucais ruins.

Apesar do aumento expressivo de estudos que buscam explicar, como as condições da cavidade bucal impactam a QV dos indivíduos, a revisão da literatura aponta a escarces destas avaliações em adolescentes, se concentrando as produções científicas nos pacientes geriátricos

ou em pessoas com condições sistêmicas específicas (AFONSO; SILVA; PESSOA, 2015; SOARES et al., 2011).

No entanto, a ocorrência de agravos bucais, podem causar prejuízos ao bem estar não apenas no âmbito local e físico mas também sistêmico e biopsicossocial no presente e a longo prazo, em adolescentes (BARBOSA et al., 2013; FONSECA et al., 2015; SOARES, 2011; SUN; WONG; MCGRATH, 2018).

Diante do exposto o objetivo do presente estudo foi avaliar o impacto das condições bucais na qualidade de vida de adolescentes escolares, e os fatores socioeconômicos associados.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar o impacto das condições bucais na qualidade de vida de adolescentes escolares, e os fatores socioeconômicos associados.

2.2 Objetivos específicos

- Verificar se há associação entre autopercepção QVRSB e a experiência de cárie, condição periodontal e traumatismo dentário e má oclusão.
- Identificar fatores socioeconômicos (sexo, idade, cor da pele, escolaridade materna e renda familiar, tem de utilização de serviço odontológico), associados ao impacto na QRSB.

3 METODOLOGIA

3.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo primário, observacional do tipo transversal e analítico.

3.2 Aspectos éticos

O projeto foi submetido e aprovado no comitê de ética e pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco, sob o parecer de número 1.903.921 (Anexo A).

Todos participantes e seus responsáveis legais (para os adolescentes menores de 18 anos), receberam informações sobre os objetivos da pesquisa como riscos e benefícios e tiveram sua participação no estudo mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que foram assinados (Apêndice A).

3.3 Local do estudo

O estudo foi realizado em Camaragibe, município pertencente à região metropolitana do Recife, que possui uma população estimada de 157.828 habitantes (IBGE,2019).

A rede de educação de Camaragibe possuía, em 2015, 21 escolas públicas estaduais, das quais 15 que ofertavam ensino médio nas modalidades regular, semi-integral ou integral.

3.4 População do estudo e critérios de inclusão e exclusão

Segundo o Censo 2010, Camaragibe possuía 6.231 adolescentes entre 15 a 19 anos (IBGE,2010). E em 2015, 4.784 adolescentes estavam matriculados no ensino médio regular de escolas públicas estaduais de Camaragibe (SEE-PE). A população de estudo foi composta por adolescentes de ambos os sexos, matriculados em escolas públicas estaduais de ensino médio, de Camaragibe.

Foram adotados como critérios de inclusão: estudantes adolescentes, de ambos os sexos, na faixa etária de 13 a 19 anos. Para o Ministério da Educação (Brasil, 2018) as idades esperadas para ingresso e conclusão do ensino médio são 15 e 17 anos, respectivamente.

Crêterios de exclusão: estudantes com deficiência que tivesse algum impedimento de responder ao questionário. Também foram excluídos do estudo estudantes que não responderam ao mínimo de 50% das questões propostas.

3.5 C culo Amostral

Para descrever a estimativa populacional representada por uma variável qualitativa nominal, dispomos da prevalência populacional de resultados da variável, selecionamos o nível de significância da estimativa e o erro amostral em percentual, máximo tolerado.

Como não era conhecida a prevalência do impacto das condições bucais na qualidade de vida na população avaliada, para a realização do cáculo amostral utilizou-se como referência a prevalência de 50%, pois, dessa forma,   possível alcançar uma amostra mínima necessária para qualquer prevalência, com uma confiança de 95% e um erro de 5%.

O cáculo amostral obedeceu a seguinte fórmula de estimativa de proporção para uma população finita:

$$n = (N \cdot Z_{((\alpha/2))}^2 \cdot p(1-p)) / ((N-1) d^2 + Z_{((\alpha/2))}^2 \cdot p(1-p))$$

Assim temos que:

$$N = 4.784$$

P é a proporção esperada na população (0,50)

$Z_{((\alpha/2))}^2$ é o valor tabelado da distribuição normal (1,96)

d   o erro (precisão absoluta) 5%

95%   nível de confiança

$$n = (4.784 \cdot [(1,96)]^2 \cdot 0,50 \cdot 0,50) / ((4.784-1) \cdot [(0,05)]^2 + [(1,96)]^2 \cdot 0,50 \cdot 0,50) = 356 \text{ adolescentes}$$

Foi aplicado um fator de correção de 1.3 para minimizar perdas decorrentes da amostragem chegando-se ao total de 462 adolescentes.

Para uma maior representatividade, optou-se por submeter os objetivos do estudo a direção das 15 escolas elegíveis em Camaragibe. Das quais 11 aceitaram participar da pesquisa. Nas escolas foram solicitadas a lista de todas as turmas de ensino médio dos turnos da manhã e tarde, e em cada escola participante foram sorteadas três turmas, sendo uma de cada ano do ensino médio.

3.6 Coleta de dados

Os dados foram coletados em ambiente escolar a partir da aplicação coletiva de um questionário individual relativo a aspectos socioeconômicos (Apêndice B) e autopercepção do impacto da saúde bucal sobre a qualidade de vida (Anexo B). Após a aplicação do questionário, foi realizado o exame clínico intra-bucal na própria sala de aula das escolas participantes, sob luz natural indireta e luz artificial, com o adolescente e o examinador sentados frente a frente. O material utilizado para o exame clínico incluía espelho plano bucal, sonda milimetrada, espátula de madeira e gaze. Os instrumentos utilizados para auxiliar no exame visual e tátil dos elementos dentários foram diariamente esterilizados, conforme as normas de biossegurança do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012a).

3.7 Variáveis analisadas

3.7.1 Qualidade de vida

Para avaliar a percepção do impacto das condições bucais na QV, foi utilizado o questionário Oral Health Impact Profile (OHIP) na sua versão reduzida (OHIP-14). O OHIP-14 é um instrumento amplamente empregado para avaliar os impactos das condições bucais na QV, possui versão validada no Brasil (DE OLIVEIRA; NADANOVSKY, 2005).

Os adolescentes responderam à frequência de suas experiências negativas seguindo uma escala do tipo Likert de 5 pontos: 0-nunca, 1-raramente, 2-ocasionalmente, 3-frequentemente, 4-muito frequentemente. A QVRSB avaliada como variável dependente, foi analisada como variável dicotômica, pelo menos uma resposta (“às vezes = 2”, “constantemente = 3” ou “sempre = 4”) codificou-se como presença de impacto negativo na QVRSB e apenas respostas (“nunca = 0” e “raramente = 1”) ausência de impacto negativo na QVRSB (GABARDO; MOYSÉS; MOYSÉS, 2013).

3.7.2 Cárie

A experiência de cárie dentária foi avaliada através do Índice Dentes Cariados, Perdidos e Obturados (CPO-D), considerando a soma dos dentes cariados, obturados perdidos e por cárie, seguindo os critérios da OMS. O exame foi realizado por hemiarco, sendo estabelecida a seguinte sequência: último molar superior direito até o incisivo central superior direito, dando continuidade, e examinado o incisivo central superior esquerdo, indo até o último molar superior esquerdo. Em seguida, se prossegue com o hemiarco inferior esquerdo e finalmente,

conclui-se com o hemiarco inferior direito seguindo a mesma sequência do superior (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE., 2001). Considerou-se a experiência de cárie: ao menos um dente cariado, perdido ou obturado.

3.7.3 Condição Periodontal

O exame clínico periodontal foi realizado com sondas manuais milimetradas (PC15, Universidade Carolina do Norte). Foram verificados o sangramento e a profundidade à sondagem. Para verificar o sangramento foi registrada a presença (escore 1) ou ausência (escore 0) de sangramento após 30 segundos transcorridos da profundidade de sondagem. Para a profundidade à sondagem, foi medida a distância entre a margem da gengiva e a porção mais apical da bolsa ou sulco. Medida com sonda milimetrada, de forma circunferencial nas superfícies vestibular, lingual/palatina, mesial e distal. Seguindo a Classificação das Doenças e Condições Periodontais e Peri-implantares 2018, (STEFFENS; MARCANTONIO, 2018) a condição periodontal foi classificada em:

- Condição Saudável: profundidade de sondagem de até 3 mm, sangramento à sondagem em menos de 10% dos sítios.

- Condição não saudável

Gengivite: Caracteriza-se por apresentar sítios com profundidade de sondagem menor ou igual a 3 mm, 10% ou mais de sítios com sangramento à sondagem.

Periodontite: Perda de inserção de 3 mm ou mais na vestibular ou lingual/palatina em pelo menos 2 dentes.

3.7.4 Traumatismo Dentário

A presença de TD foi mensurada a partir da classificação de Andreasen e Andreasen (SANABE et al., 2009; ZAROR et al., 2018). Para o diagnóstico de trauma dental, apenas os incisivos superiores e inferiores foram examinados. Para análise dos resultados os dentes foram classificados como: sem evidência de TD (0), presença de fratura (1).

3.7.5 Má oclusão

A má oclusão dentária foi avaliada através do Índice de Estética Dental (DAI) preconizado pela Organização Mundial de Saúde (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE.,

2001). O DAI leva em consideração dez diferentes critérios que recebem pesos específicos, a saber: perda de dentes incisivos, caninos ou pré-molares (peso 6), apinhamento ou espaçamento dentário no seguimento incisal (peso 1 cada), diastema (peso 3), irregularidade da maxila ou mandíbula no segmento anterior (peso 1 cada), overjet maxilar (peso 2) ou mandibular (peso 4), mordida aberta (peso 4) e relação ântero-posterior de molar (peso 3).

O resultado é obtido através da soma dos escores de cada característica encontrada e adicionada uma constante cujo valor é igual a 13. Esta somatória origina uma classificação que identifica a necessidade de tratamento ortodôntico dos indivíduos determinada pela gravidade das maloclusões presentes, a qual está descrita no (Quadro 1). Foram considerados nas análises os adolescentes classificados com oclusopatias severas e muito severas (REBOUÇAS et al., 2017).

Quadro 1 - Parâmetros para classificação da má oclusão

Severidade da oclusopatia	Indicação de tratamento	Valor do DAI
Sem anormalidades ou oclusopatias leves	Sem necessidade ou necessidade leve	≤ 25
Oclusopatia definida	Eletivo	26-30
Oclusopatia severa	Altamente desejável	31-35
Oclusopatia muito severa ou incapacitante	Fundamental	≥ 36

3.7.6 Fatores socioeconômicos

A avaliação da variável raça/cor da pele, seguiu a classificação proposta pelo IBGE, (2010). A escolaridade materna foi coletada a partir dos Critério De Classificação Econômica Brasil, (2018) e categorizada segundo o número de anos concluídos com sucesso na escola em até quatro anos de estudo, entre cinco e oito anos e nove anos ou mais. A renda familiar foi categorizada em salário mínimo (SM) brasileiro, as respostas possíveis foram até 1 SM, entre 1 e 2 SM e acima de 3 SM. A utilização de serviço odontológico foi avaliada através da pergunta: qual tempo da última consulta odontológica.

3.8 Estudo piloto e calibração

Após o consentimento formal do CEP, foi desenvolvido um estudo piloto com a intenção de avaliar as condições de aplicabilidade dos instrumentos necessários à realização

da pesquisa, e a concordância entre as avaliadoras. Em uma amostra de 20 adolescentes, na primeira escola selecionada para pesquisa.

Os exames clínicos foram realizados pelas duas examinadoras e pelo padrão-ouro, especialistas com experiência em estudos epidemiológicos, em vinte pacientes auxiliadas por anotadoras. Após a coleta, foi avaliado o grau de concordância entre os examinadores através do coeficiente de concordância de Kappa (DA SILVA; GOMES PEREIRA, 1998), sendo considerada a seguinte classificação: insignificante (Menor que zero), fraca (entre 0,0 e 0,20), razoável (entre 0,21 a 0,40), moderada (0,41 a 0,60), forte (entre 0,61 a 0,8) e quase perfeita (entre 0,81 a 1,00). O resultado obtido está apresentado no Quadro 2.

Quadro 2 - Concordância entre os examinadores através do coeficiente Kappa

Condição bucal	Examinadora 1	Examinadora 2
Cárie dentária	0,90	0,920
Doença Periodontal	0,850	0,860
Traumatismo dentário	0,930	0,830
Má oclusão	0,890	0,930

3.9 Análise Estatística

Os dados foram tabulados no Epi info (versão 3.5.4) através de dupla digitação para minimizar erros. Os resultados obtidos foram apresentados por meio da descrição das frequências absoluta e relativa. A significância estatística foi avaliada pelo teste Qui-quadrado.

As variáveis que apresentaram significância na análise bivariada de até 20% foram levadas para a análise multivariada (regressão logística binária). Pelo teste de Omnibus, os modelos foram testados para se encontrar um bom ajustamento e com base no R² de Nagelkerke calculou-se o coeficiente de determinação do modelo. O teste de Hosmer-Lemeshow comparou os valores observados com os valores esperados. Também foi calculado o Odd Ratio (OR). O nível de significância adotado foi de 5%. O software utilizado para as análises foi o SPSS 20.0. G*Power 3.1.9.2.

4 RESULTADOS

IMPACTO DAS CONDIÇÕES BUCAIS NA QUALIDADE DE VIDA DE ADOLESCENTES

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo avaliar o impacto das condições bucais na qualidade de vida de adolescentes escolares e os fatores socioeconômicos associados. Em uma amostra representativa de adolescentes, da cidade de Camaragibe-PE, a variável dependente foi a qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB), medida através do questionário OHIP-14. As variáveis independentes foram: as condições bucais – experiência de cárie, condição periodontal, trauma dental e má oclusão avaliadas através de exame clínico, tempo da última consulta odontológica e os indicadores socioeconômicos: idade, sexo, escolaridade materna, raça/cor e tempo da última consulta odontológica, avaliados através de questionário estruturado. Foram realizadas análises descritivas e inferências bi e multivariadas, qui-quadrado e regressão logística binária. Foram avaliados 1.010 adolescentes com idades entre 14 e 19 anos, onde desses, 61,6% tinham até 16 anos, 51,2% eram do sexo feminino e 56,6% declararam uma renda familiar mensal de no máximo 2 salários mínimos, e 41,5% dos adolescentes compareceram ao consultório odontológico aos menos uma vez nos últimos 6 meses. Quanto as condições bucais, a prevalência experiência de cárie dentária foi de 26,2%, doença periodontal de 45,8%, trauma dental 38% e má oclusão 29,7%. O impacto das condições bucais na qualidade de vida foi referido por, aproximadamente, 34% dos adolescentes avaliados e o desconforto psicológico foi a dimensão mais afetada 23,4%. A análise bivariada revelou associação entre o sexo ($p < 0,001$), a experiência de cárie ($p = 0,012$), tempo da última consulta ($p = 0,041$) e QVRSB, no entanto somente o sexo e a experiência de cárie permaneceram associadas na análise multivariada, evidenciando que adolescentes do sexo feminino tinham 1,87 vezes mais chances de ter impacto na qualidade de vida do que indivíduos do sexo masculino; e aqueles com presença de cárie possuíam 1,46 vezes mais chances de ter impacto na qualidade de vida. Conclui-se que a condição de saúde bucal pode afetar a qualidade de vida dos adolescentes e que o sexo pode um fator de risco associado.

Kfht6uk

Gghjvbvre

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

ABSTRACT

Oral diseases still present an important health problem among adolescents. The present study aimed to evaluate the negative impact of oral conditions on the quality of life of school adolescents and the associated socioeconomic factors. In a representative sample of school adolescents from the metropolitan region of Recife-PE, the dependent variable of oral health-related quality of life was measured using the OHIP-14 questionnaire. The independent variables were the oral conditions (caries experience, periodontal condition, dental trauma and malocclusion) that were used for clinical examination and the socioeconomic indicators that were applied by applying a structured questionnaire. Descriptive analyzes were performed and bi and multivariate inferences, chi-square binary logistic regression respectively, the adopted significance level was 5%. There were 1,010 adolescents aged 14-19 years, where 61.6% were up to 16 years old, 51.2% were female and 56.6% declared a monthly family income of at most 2 SM, 41.5% of adolescents attended the dental office at least once in the last 6 months. Regarding oral conditions, the prevalence of dental caries was 26.2%, periodontal disease was 45.8%, dental trauma was 38% and malocclusion was 29.7%. The impact of oral conditions on quality of life was reported by approximately 34% of adolescents. Of the variables analyzed, only gender ($p < 0.001$) and carie experience ($p = 0.012$) were associated with impact on quality of life, showing that female adolescents are 1.87 times more likely to affect quality of life than males; and those with caries were 1.46 times more likely to have an impact on quality of life. It was concluded that the experience of caries and sex may be associated with a worse quality of life.

Key words Health: Adolescent. Quality of life. oral health.

1. Introdução

Avaliações normativas que classificam o estado de saúde dos indivíduos com base apenas na presença de sinais clínicos de adoecimento, parecem limitados diante da compreensão de que a saúde abrange várias dimensões como: o bem-estar físico, mental e social. No sentido de diminuir as lacunas deixadas pelas avaliações fundamentadas no modelo biomédico, têm sido propostas avaliações centradas no indivíduo, considerando suas impressões em relação às consequências dos agravos a que esteja exposto ¹.

Nesta perspectiva, o conceito de qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB) corresponde ao impacto das condições bucais nas práticas diárias e bem-estar dos indivíduos ². A saúde bucal, como parte integrante da saúde geral, é essencial para a qualidade de vida, pois está diretamente relacionada às necessidades básicas como falar, mastigar, reconhecer o sabor dos alimentos, sorrir, bem como se relacionar com outras pessoas sem constrangimento ³⁻⁵.

Embora nas últimas décadas tenha havido um crescente interesse dos pesquisadores acerca da QVRSB, os estudos ainda são, na sua maioria, direcionados a grupos específicos como pacientes diagnosticados com doenças crônicas ou hospitalizados ⁶. Vale ressaltar que os adolescentes, mesmo aqueles com bom estado geral de saúde, são frequentemente incluídos em grupos de risco para as principais doenças bucais, como a cárie e a doença periodontal, em virtude das altas prevalências que destes agravos, assim como a ausência de práticas preventivas de autocuidado ⁷⁻¹¹.

Estudos epidemiológicos com amostras representativas nos mais diferentes países demonstram que as prevalências das doenças bucais em adolescentes ainda inspiram preocupações para os órgãos de saúde ¹²⁻¹⁶.

O último levantamento de saúde bucal, realizado no Brasil, revelou que o percentual de adolescentes aos 15 anos livres de cárie é a metade do valor registrado em crianças com 5 anos e adolescentes com 12 anos de idade ¹³. A doença periodontal em estágios mais avançados é uma das principais causas de perda dentária, afeta atualmente 33,8% dos adolescentes no Brasil ^{9,13}.

A má oclusão e traumatismo dentário, são condições que normalmente afetam o padrão de estética facial, que é um fator importante para o bem-estar na adolescência. Estes agravos já foram relacionados ao absenteísmo escolar e a danos psicológicos devido ao bullying ^{17,18}.

Ademais, os adolescentes, em virtude do momento complexo em que vivenciam um intenso desenvolvimento físico e psicossocial, podem ser mais sensíveis aos distúrbios orais do que indivíduos de outras faixas etárias ¹⁹.

Para auxiliar na compreensão do impacto das condições bucais na qualidade de vida, alguns instrumentos foram criados, conhecidos como indicadores sócio-dentais ¹, destacando-se o *Oral Health Impact Profile* (OHIP) na sua versão reduzida o OHIP-14²⁰, devido à confiabilidade e à ampla utilização, incluindo amostras de adolescentes ^{6,21}. O OHIP-14 considera as consequências sociais dos problemas bucais de acordo com a percepção dos próprios indivíduos afetados⁶.

O objetivo deste estudo foi avaliar o impacto das condições bucais na qualidade de vida de adolescentes escolares e os fatores socioeconômicos associados.

2. Metodologia

2.1 Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo de corte transversal de base escolar, de caráter descritivo e analítico. A população alvo deste estudo foi composta por estudantes da rede pública de Ensino Médio da cidade de Camaragibe - PE, com idade entre 14 e 19 anos.

2.2 Cálculo amostral

Para o cálculo amostral foram adotados os seguintes parâmetros: população estimada de 4.784 estudantes; intervalo de confiança de 95%; erro máximo tolerável de 5%; efeito de delineamento amostral de 1.3. E por se tratar de um estudo que abrange a análise de múltiplas condições, e com diferentes frequências de ocorrência, definiu-se a prevalência estimada em 50%, chegando, então, a uma amostra mínima a ser alcançada de 462 estudantes para que a amostra pudesse ser considerada representativa.

Para alcançar uma maior representatividade, optou-se por submeter os objetivos do estudo à direção das 15 escolas elegíveis em Camaragibe, das quais 11 aceitaram participar da pesquisa. Nas escolas, foi solicitada a lista de todas as turmas de ensino médio dos turnos da manhã e tarde; em cada escola participante, foram sorteadas três turmas – sendo uma de cada ano do Ensino Médio.

2.3 Calibração

Para garantir a confiabilidade e a reprodutibilidade dos dados, foram realizados dois momentos de treinamento: primeiramente, uma etapa teórica – que envolveu a discussão de critérios de diagnóstico das condições bucais; e uma segunda etapa, onde 20 adolescentes foram examinados por duas examinadoras e um especialista considerado padrão ouro. Sendo considerada a seguinte classificação: insignificante (Menor que zero), fraca (entre 0,0 e 0,20), razoável (entre 0,21 a 0,40), moderada (0,41 a 0,60), forte (entre 0,61 a 0,8) e quase perfeita (entre 0,81 a 1,00)²².

Após análise estatística, observou-se uma concordância mínima, inter- e intra-examinador de – 0,9 (cárie dental), 0,85 (doença periodontal), 0,83 (traumatismo dentário) e 0,89 para má oclusão. Portanto excelente nível de concordância, para realização do estudo.

2.4 Coleta de dados

Os dados foram coletados em ambiente escolar a partir da aplicação de um questionário individual relativo a aspectos socioeconômicos e autopercepção do impacto da saúde bucal sobre a qualidade de vida (OHIP-14). Após a aplicação dos questionários, foi realizado um exame clínico intra-bucal na própria sala de aula das escolas participantes, sob luz natural indireta e luz artificial, com o adolescente e o examinador sentados frente a frente. A coleta de dados foi realizada por duas examinadoras previamente treinadas quanto ao diagnóstico das condições bucais.

2.5 Variáveis analisadas

Para avaliar a percepção do impacto das condições bucais na QV, foi utilizado o questionário Oral Health Impact Profile (OHIP) na sua versão reduzida (OHIP-14), criado em 1997 por Slade²⁰ com o objetivo de detectar as consequências sociais, em virtude dos problemas bucais de acordo com a percepção dos próprios indivíduos afetados²⁰. O OHIP-14 é um instrumento amplamente empregado incluindo amostra de adolescentes e possui uma versão validada no Brasil²³.

O OHIP-14 contempla sete dimensões do impacto a ser medido: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e deficiência²⁰.

Os adolescentes responderam à frequência de suas experiências negativas seguindo uma escala do tipo Likert de 5 pontos: 0- nunca, 1- raramente, 2-ocasionalmente, 3- frequentemente, 4- muito frequentemente. A QVRSB, avaliada como variável dependente, foi analisada como variável dicotômica – pelo menos, uma resposta como: “às vezes = 2”, “constantemente = 3” ou “sempre = 4”, codificou-se como presença de impacto na QVRSB; e apenas respostas como: “nunca = 0” e “raramente = 1”, codificou-se como ausência de impacto na QVRSB^{6,24}.

A experiência de cárie dentária foi avaliada através do Índice Dentes Cariados, Perdidos e Obturados (CPO-D), considerando a soma dos dentes cariados, obturados e perdidos por cárie, seguindo os critérios da OMS¹³. Neste caso, considerou-se a experiência de cárie, ao menos, um dente cariado, perdido ou obturado.

As maloclusões dentárias foram avaliadas através do Índice de Estética Dental (DAI), que leva em consideração dez diferentes critérios: perda de dentes incisivos, caninos ou pré-molares (peso 6), apinhamento ou espaçamento dentário no seguimento incisal (peso 1 cada), diastema (peso 3), irregularidade da maxila ou mandíbula no segmento anterior (peso 1 cada), overjet maxilar (peso 2) ou mandibular (peso 4), mordida aberta (peso 4) e relação ântero-posterior de molar (peso 3); para identificar a necessidade de tratamento ortodôntico dos indivíduos, determinada pela gravidade das maloclusões presentes. Foram considerados, com maloclusões, os adolescentes classificados com oclusopatias definidas como severa, muito severa ou incapacitante²⁵.

A presença de traumatismo dentário foi mensurada a partir dos parâmetros de Andreasen e Andreasen²⁶, foram considerados traumas em esmalte, esmalte e dentina e coro-radiculares. Para o diagnóstico de trauma dental, apenas os incisivos superiores e inferiores foram examinados e classificados como sem evidência de trauma ou presença de fratura²⁷.

A condição periodontal foi avaliada seguindo a Classificação das Doenças e Condições Periodontais e Peri-implantares 2018, que considera condição saudável: profundidade de sondagem de até 3 mm, sangramento à sondagem em menos de 10% dos sítios. Condição não saudável: gengivite – caracteriza-se por apresentar sítios com profundidade de sondagem menor ou igual a 3 mm, 10% ou mais de sítios com sangramento à sondagem; periodontite – perda de inserção de 3 mm ou mais na vestibular ou lingual/palatina em, pelo menos, 2 dentes ²⁸.

A variável raça/cor da pele, seguiu a classificação proposta pelo IBGE (2010): branca, preta, amarela, parda, indígena. A escolaridade materna foi coletada a partir dos Critério de Classificação Econômica do Brasil (2018) e categorizada segundo o número de anos: concluídos com sucesso na escola (em até quatro anos de estudo), entre cinco e oito anos e nove anos ou mais. A renda familiar foi categorizada em salário mínimo (SM) brasileiro, as repostas possíveis foram até 1 SM, entre 1 e 2 SM e acima de 3 SM. A utilização de serviço odontológico foi avaliada através da pergunta: “qual o tempo da última consulta odontológica?”; e as respostas possíveis foram: menos de 6 meses, entre 6 meses e 1 ano, mais de um ano e nunca foi ao dentista.

2.6 Processamento de Dados

Os dados foram digitados através do EpiData (versão 3.1), seguindo um processo de dupla digitação a fim de conferir erros na entrada dos dados que, quando identificados, foram corrigidos com base nos valores originais das variáveis. Os resultados obtidos foram apresentados por meio da descrição das frequências absoluta e relativa. A significância estatística foi avaliada pelo teste Qui-quadrado. As variáveis que apresentaram significância na análise bivariada de até 20% foram levadas para a análise multivariada (regressão logística binária). Pelo teste de Omnibus, os modelos foram testados para se encontrar um bom ajustamento, e com base no R² de Nagelkerke calculou-se o coeficiente de determinação do modelo. O teste de Hosmer-Lemeshow comparou os valores observados com os valores esperados. Também foi calculado o Odds Ratio (OR). O nível de significância adotado foi de 5%. As análises estatísticas foram realizadas no Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 22.0 para Windows.

2.7 Considerações Éticas

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco por meio do parecer (1.903.921). Além disso, a presente pesquisa teve a anuência da gerência regional de educação do estado de Pernambuco.

Para todos os participantes da pesquisa foram apresentados os objetivos da pesquisa, e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado por adolescentes com mais de 18 anos e pelos pais daqueles com menos de 18 anos. Conforme resolução específica do Conselho Nacional de Saúde sobre Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos.

3. Resultados

A amostra final do estudo foi composta por 1.010 adolescentes com idades entre 14 e 19 anos, desses, 61,6% tinham até 16 anos, 51,2% do sexo feminino, 56,6 declararam uma renda familiar mensal de no máximo 2 SM. A maioria das mães dos adolescentes investigados (76%) concluíram no máximo 8 anos de estudos com sucesso e 41,5% dos adolescentes compareceram ao consultório odontológico ao menos uma vez nos últimos 6 meses (Tabela 1).

O impacto das condições bucais na qualidade de vida foi referido por aproximadamente 34% dos adolescentes avaliados. O desconforto psicológico foi a dimensão mais afetada, na qual 23,4% dos adolescentes expressaram preocupação e/ou estresse em função das condições bucais, como podemos observar na Figura 1.

Quanto as condições bucais dos adolescentes, encontrou-se prevalência experiência de cárie dentária de 26,2%, doença periodontal de 45,8, trauma dental 38% e má oclusão 29,7% (Tabela 2).

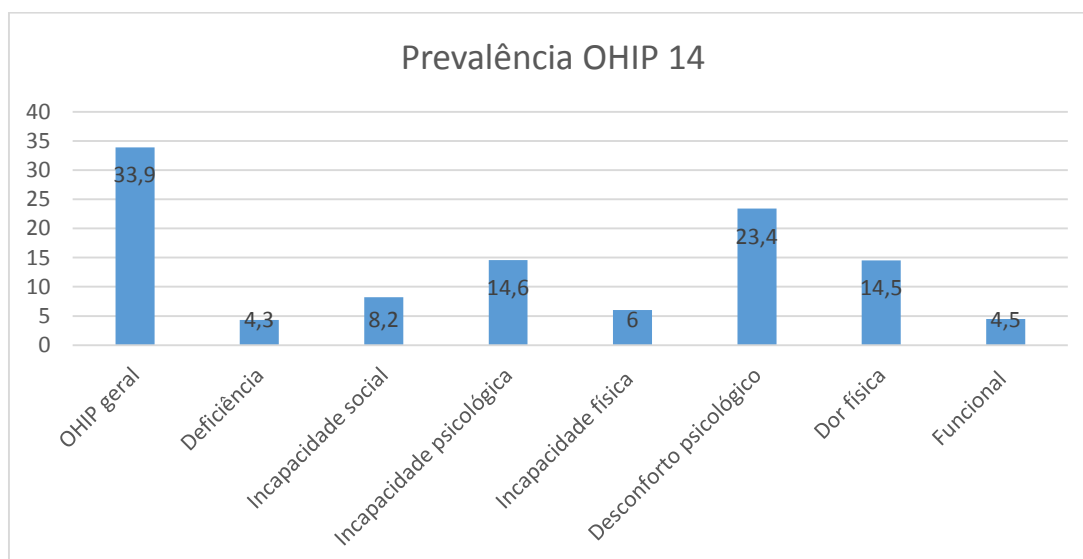


Figura 01 - Impacto na qualidade vida segundo OHIP (geral e por dimensão) dos adolescentes

A análise bivariada entre o impacto na QVRSB e as variáveis socioeconômicas revelou a associação entre o impacto na QVRSB e o sexo feminino ($p < 0,001$), assim como, com o tempo da última consulta ($p = 0,041$) os adolescentes que buscaram serviço odontológicos nos

últimos 6 meses estiverem associados a uma pior percepção da QVRSB (Tabela 1). Em relação as condições bucais, apenas a variável experiência de cárie apresentou diferenças com significância estatística ($p = 0,006$).

Tabela 01 - Frequência absoluta e relativa da qualidade de vida (OHIP-14) segundo as variáveis socioeconômicas dos adolescentes.

Variáveis	OHIP				Total		p-valor ¹
	Sem Impacto		Com Impacto				
	n	%	n	%	n	%	
Sexo							
Masculino	361	54,0	131	38,4	492	48,8	<0,001*
Feminino	307	46,0	210	61,6	517	51,2	
Total	668	100,0	341	100,0	1009	100,0	
Idade							
Até 16 anos	421	63,4	201	58,9	622	61,9	0,190
17 anos ou mais	243	36,6	140	41,1	383	38,1	
Total	664	100,0	341	100,0	1005	100,0	
Cor ou raça							
Branca	133	20,4	77	23,1	210	21,3	0,309
Preta	128	19,6	52	15,6	180	18,3	
Amarela	34	5,2	24	7,2	58	5,9	
Parda	325	49,8	161	48,2	486	49,3	
Indígena	32	4,9	20	6,0	52	5,3	
Total	652	100,0	334	100,0	986	100,0	
Renda Familiar							
Até 1 SM	46	9,2	34	12,5	80	10,3	0,148
Entre 1 e 2 SM	280	55,8	159	58,2	439	56,6	
Acima de 3 SM	176	35,1	80	29,3	256	33,0	
Total	502	100,0	273	100,0	775	100,0	
Escolaridade da Mãe em anos							
0-4	22	3,5	13	4,0	35	3,7	0,104
5-8	520	83,2	259	80,4	779	82,3	
9 ou mais	83	13,3	50	15,5	133	14,0	
Total	625	100,0	322	100,0	947	100,0	
Tempo da Última consulta							
Menos 6 de meses	261	39,9	158	46,7	419	42,2	0,041*
Entre 6 meses e 1 ano	114	17,4	67	19,8	181	18,2	
Mais de 1 ano	220	33,6	92	27,2	312	31,5	
Nunca foi ao dentista	59	9,0	21	6,2	80	8,1	
Total	654	100,0	338	100,0	992	100,0	

SM – salário mínimo; 1- Teste Qui-quadrado de Pearson; *Estatisticamente significante ($p < 0,05$)

Tabela 02 - Frequência absoluta e relativa da qualidade de vida (OHIP-14) segundo as condições bucais dos adolescentes.

Variáveis	OHIP				Total		p-valor ¹
	Sem Impacto		Com Impacto				
	n	%	n	%	n	%	
Cárie							
Ausência	511	76,5	234	68,4	745	73,8	0,006*
Presença	157	23,5	108	31,6	265	26,2	
Doença Periodontal							
Ausência	302	55,7	129	51,0	431	54,2	0,212
Presença	240	44,3	124	49,0	364	45,8	
Total	542	100,0	253	100,0	795	100,0	
Trauma dental							
Sem trauma	415	62,1	211	61,7	626	62,0	0,948
Trauma leve	253	37,9	131	38,3	384	38,0	
Má Oclusão							
Normal	467	69,9	243	71,1	710	70,3	0,762
Necessidade de tratamento	201	30,1	99	28,9	300	29,7	
Total	668	100,0	342	100,0	1010	100,0	

1- Teste Qui-quadrado de Pearson; *Estatisticamente significante (p<0,05)

Além das variáveis que apresentaram $p \leq 0,20$, experiência de cárie, sexo e tempo da última consulta, as variáveis idade, renda familiar, escolaridade da mãe, também foram testadas na regressão logística, e as variáveis que permaneceram significativas foram: sexo ($p < 0,001$) e cárie ($p = 0,012$), evidenciando que adolescentes do sexo feminino têm 1,87 vezes mais chances de ter impacto na qualidade de vida que indivíduos do sexo masculino, e os adolescentes com presença de cárie têm 1,46 vezes mais chances de ter impacto na qualidade de vida.

Tabela 03 - Regressão logística para o impacto na qualidade de vida nos adolescentes.

Variáveis	Coef.	E.P.	χ^2	Valor de p	OR ¹	IC 95%	
						Mínimo	Máximo
Sexo (Feminino)	0,62	0,14	20,93	<0,001	1,87	1,43	2,44
Cárie (presença)	0,38	0,15	6,27	0,012	1,46	1,10	2,00
Constante	-1,11	0,11	101,63	0<0,001	0,33		
Teste Hosmer Lemeshow		P valor	Teste de Omnibus		P valor	R² de Nagelkerke	
0,029		0,986	28,419		0,000	0,038	

Legenda: χ^2 - qui-quadrado; 1-OR – odds ratio; IC - intervalo de confiança; Coef- coeficiente da variável; E.P- erro padrão; R² – coeficiente de determinação.

O poder do teste foi calculado, a posteriori através do Software G*Power versão 3.1.9.2, foi alto para a variável sexo (Poder=0,90) e cárie (Poder=0,99) através de testes exatos de proporções.

4. Discussão

O presente estudo analisou a prevalência do impacto da QVRSB, bem como sua associação com fatores socioeconômicos e as principais condições bucais, em adolescentes regularmente matriculados no Ensino Médio das escolas públicas do município de Camaragibe - PE.

A prevalência de impacto da QVRSB encontrada neste estudo foi um valor expressivo (34%), no entanto, inferior aos encontrados em outros estudos com amostras semelhantes, tanto internacionais 54,6¹⁵, 66,8²⁹ como nacionais 39,4³⁰, incluindo os realizados no nordeste Brasileiro 66,1³¹. A QVRSB, como um construto multidimensional e subjetivo, procura entender como indivíduo percebe suas condições bucais considerando os diferentes domínios da sua vida e por isso singularidades de percepções são esperadas e aceitáveis, mesmo em grupos com similaridades.

Adolescentes com prejuízos na saúde bucal, estão mais propensos a se sentirem preocupados e descontentes com sua condição bucal³². Em virtude disso, assim como em outros estudos com amostras representativas de adolescentes, o desconforto psicológico foi a dimensão mais afetada pelas condições bucais^{29,33,34}. Esses resultados sugerem que as características psicológicas estão mais intimamente relacionadas a QVRSB que fatores clínicos.

Entre os adolescentes que relataram impacto na QVRSB, o sexo feminino apresentou quase duas vezes mais percepção do impacto na QVRSB que o sexo masculino, resultado que

ratifica os achados na literatura que relacionam o sexo feminino a uma maior sensibilidade aos agravos bucais e mais conforto em relatar suas preocupações em relação a saúde bucal ^{30,35,36}.

Diferente de outros estudos, piores condições socioeconômicas não estiveram associadas a pior QVRSB ^{30,37,38}. Uma das razões pode ser o fato de que o presente estudo pode ter sido realizado com adolescentes exclusivamente de escolas públicas, os quais possuem homogeneidade em relação aos fatores socioeconômicos.

Ainda que não tenha permanecido associada na análise multivariada, a relação entre o tempo da última consulta odontológica e o impacto na QVRSB chama atenção, pois como relatado nos estudos de Kozmhinsky ³¹ e Bulgareli ³⁹, espera-se que uma maior frequência de consultas odontológicas diminua o impacto das condições bucais na qualidade de vida. No entanto, alguns estudos relatam que a presença dos adolescentes nos serviços de saúde é bastante relacionada a dor, característica dos processos de exacerbação das doenças, por isso as experiências nem sempre são positivas ³⁹⁻⁴². Ademais, ainda persistem no Brasil diferenças pronunciadas entre os indicadores de 1ª consulta e o de tratamento concluído, quase metade dos usuários não conseguem ter seus tratamentos concluídos⁴³, por isso a presença recente no serviço pode não ser garantia de resolubilidade dos problemas. .

No presente estudo, indivíduos identificados com prevalências importantes doença periodontal (45,8), trauma dental (38%) e má oclusão (29,7%) não perceberam impactos na QVRSB. É consenso entre os autores que expectativas, experiências individuais e a situação geral de saúde podem ter um grande impacto na percepção a saúde bucal ^{3,44,45}, na medida em que algumas pessoas apresentam uma saúde bucal pobre e ainda assim podem estar satisfeitas com a mesma ².

No caso da doença periodontal, o estágio inicial da doença e a falta de sinais evidentes podem, momentaneamente, minimizar suas consequências na adolescência, e por isso não provocar danos perceptíveis aos adolescentes ⁴⁶. Pois em estudos com metodologias semelhantes porém, com amostras de indivíduos adultos, a doença periodontal se mostrou fortemente associada ao impacto na QVRSB^{19,24}.

A má oclusão e o trauma dental possuem um componente estético que poderia tornar esses agravos expressivos na percepção dos adolescentes. Contudo, como demonstrado em revisões sistemáticas ^{6,47}, fatores moderadores – como relacionamento sociais positivos, maior censo de coerência e a expectativa em relação aos projetos de vida – podem minimizar o efeito de fatores estressores, gerados por situações que contribuiriam para resultados desfavoráveis ³⁹.

Os resultados do presente estudo, reforçam a importância das avaliações subjetivas antes do planejamento do tratamento odontológico, pois muitas vezes somado ao planejamento

técnico, uma abordagem subjetiva será necessária para que ocorra a vinculação e cooperação do paciente, porque nem sempre é perceptível ao paciente as suas reais condições bucais ⁴⁸⁻⁵⁰.

Nos últimos anos, a população brasileira experimentou melhora nos indicadores de saúde bucal e especialmente na prevalência da cárie. No nordeste brasileiro, houve um aumento de 50% no número de adolescente com idades entre 15 e 19 anos livres de cárie, apesar disso, aproximadamente 80% dos adolescentes na referida faixa etária ainda são diagnosticados com experiência de cárie ⁴².

No presente estudo, os adolescentes diagnosticados com experiência de cárie apresentaram maior probabilidade de impacto na QVRSB, resultado que corrobora com os estudos previamente realizados com adolescentes de diferentes características socioculturais, incluindo estudos longitudinais ^{16,30,51-53}. A cárie dental pode ocasionar diversos prejuízos às atividades diárias básicas, como falar ou comer, ocasionar aumento do absenteísmo e diminuição do desempenho escolar, além de prejuízos psicológicos generalizados relacionados à dor, ansiedade e restrição do contato social e podendo levar a uma redução significativa na qualidade de vida do indivíduo ^{51,53}.

Ao interpretar os resultados deste estudo, é importante considerar suas limitações. Por se tratar de um estudo transversal em concepção não é possível estabelecer relações causais, tornando difícil determinar se os fatores precedem ou seguem os resultados associados. Por isso, estudos longitudinais futuros e avaliações qualitativas, podem ser úteis para trazer maiores esclarecimentos da relação QVRSB e as condições bucais e socioeconômicas.

5. Conclusão

Portanto, podemos concluir as condições bucais podem ter impacto na QVRSB. Embora tenham sido encontradas prevalências significativas de doença periodontal, trauma e má oclusão, apenas a experiência de cárie apresentou-se associada ao impacto na QVRSB, o desconforto psicológico foi a dimensão da qualidade de vida mais afetada. E que dentre os fatores sócio econômicos investigados, o sexo feminino, foi o fator de risco relacionado ao impacto das condições bucais na qualidade de vida.

6. Referências

1. Baiju R, Peter E, Varghese N, Sivaram R. Oral health and quality of life: Current concepts. *J Clin Diagnostic Res.* 2017;11(6):ZE21-6.
2. Afonso AC, Silva I, Pessoa UF. Qualidade De Vida Relacionada Com Saúde Oral E Variáveis Associadas: Revisão Integrativa. *Soc Port Psicol da Saúde - SPPS.* 2015;16(3):311-30.
3. Gerritsen AE, Allen PF, Witter DJ, Bronkhorst EM, Creugers NHJ. Tooth loss and oral

- health-related quality of life: A systematic review and meta-analysis. *Health Qual Life Outcomes*. 2010;8:1–11.
4. Vettore M V., Ahmad SFH, Machuca C, Fontanini H. Socio-economic status, social support, social network, dental status, and oral health reported outcomes in adolescents. *Eur J Oral Sci*. 2019;127(2):139–46.
 5. Yaghma Masood, Mohd Masood, Nurul Nadiah Binti Zainul, Nurhuda Binti Abdul Alim Araby, Saba Fouad Hussaina TN. The impact of malocclusion on oral health related quality of life in orthodontic patients. *Malocclusion Causes, Complicat Treat*. 2018;309–30.
 6. Gabardo MCL, Moysés ST, Moysés SJ. Self-rating of oral health according to the Oral Health Impact Profile and associated factors: a systematic review]. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2013;33(6):439–45. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23939370>
 7. Rebouças AG, Zanin L, Ambrosano GMB, Flório FM. Fatores individuais associados à má oclusão em adolescentes. *Cienc e Saude Coletiva*. 2017;22(11):3723–32.
 8. Silva A, Castilho T, Azeredo L, Antunes A, Antunes S. Perfil Epidemiológico dos Traumatismos Dentários em Crianças e Adolescentes no Brasil Epidemiological Profile of Dental Trauma in Children and Adolescents in Brazil. *Cient Ciênc Biol Saúde*. 2015;17(4):277–8.
 9. Silveira MF, Freire RS, Brito MFSF, Martins Ame De BL, Marcopito LF, Silveira MF, et al. Condição periodontal de adolescentes e fatores associados. *RGO - Rev Gaúcha Odontol* [Internet]. 2019;67:1–11. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-86372019000100300&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
 10. Rebelo MAB, Lopes MC, Vieira JMR, Parente RCP. Dental caries and gingivitis among 15 to 19 year-old students in Manaus, AM, Brazil. *Braz Oral Res*. 2009;23(3):248–54.
 11. Silveira MF, Freire RS, Nepomuceno MO, Martins AME de BL, Marcopito LF. Cárie dentária e fatores associados entre adolescentes no norte do estado de Minas Gerais, Brasil: Uma análise hierarquizada. *Cienc e Saude Coletiva*. 2015;20(11):3351–64.
 12. Yamane-Takeuchi M, Ekuni D, Mizutani S, Kataoka K, Taniguchi-Tabata A, Azuma T, et al. Associations among oral health-related quality of life, subjective symptoms, clinical status, and self-rated oral health in Japanese university students: A cross-sectional study. *BMC Oral Health* [Internet]. 2016;16(1):1–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12903-016-0322-9>

13. BRASIL M da S. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal Resultados Principais [Internet]. Vol. 13, BMC Oral Health. 2012. 1–5 p. Available from: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0142922>
<http://www.ama.ba/index.php/ama/article/view/188>
<http://www.trialsjournal.com/content/16/1/426>
<http://www.biomedcentral.com/1472-6831/12/52>
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_naci
14. Kavaliauskienė A, Šidlauskas A, Zaborskis A. Association between global life satisfaction and self-rated oral health conditions among adolescents in Lithuania. *Int J Environ Res Public Health*. 2017;14(11).
15. Nurelhuda NM, Ahmed MF, Trovik TA, Åstrøm AN. Evaluation of oral health-related quality of life among Sudanese schoolchildren using 1. Nurelhuda NM, Ahmed MF, Trovik TA, Åstrøm AN. Evaluation of oral health-related quality of life among Sudanese schoolchildren using Child-OIDP inventory. *Health Qual. Health Qual Life Outcomes*. 2010;8:152.
16. Sun L, Wong HM, McGrath CPJ. The factors that influence oral health-related quality of life in young adults. *Health Qual Life Outcomes*. 2018;16(1):1–14.
17. Moura-Leite FR, Ramos-Jorge J, Ramos-Jorge ML, Paiva SM, Vale MP, Pordeus IA. Impact of dental pain on daily living of five-year-old Brazilian preschool children: Prevalence and associated factors. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2011;12(6):293–7.
18. Seehra J, Newton JT, Dibiasse AT. Bullying in schoolchildren - Its relationship to dental appearance and psychosocial implications: An update for GPs. *Br Dent J [Internet]*. 2011;210(9):411–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/sj.bdj.2011.339>
19. Moura C, Gusmão ES, Santillo PMH, Soares RDSC, Cimões R. Autoavaliação da saúde bucal e fatores associados entre adultos em áreas de assentamento rural, Estado de Pernambuco, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2014;30(3):611–22.
20. Slade GD. Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol [Internet]*. 1997;25(4):284–90. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9332805>
21. Oliveira DC, Pereira PN, Ferreira FM, Paiva SM, Fraiz FC. Impacto relatado das alterações bucais na qualidade de vida de adolescentes: Revisão sistemática. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr*. 2013;13(1):123–9.
22. Silva AF da, Velo MM de AC, Pereira AC. Importância da reprodutibilidade dos métodos para diagnóstico em odontologia. *Rev da Fac Odontol - UPF*. 2016;21(1):115–20.

23. De Oliveira BH, Nadanovsky P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile - Short form. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2005;33(4):307–14.
24. Sousa RV de, Pinho RCM, Vajgel B de CF, Paiva SM de, Cimões R. Evaluation of oral health-related quality of life in individuals with type 2 diabetes mellitus. *Brazilian J Oral Sci.* 2019;18:e191431.
25. Bauman JM, Souza JGS, Bauman CD, Flório FM. Aspectos sociodemográficos relacionados à gravidade da maloclusão em crianças brasileiras de 12 anos. *Cienc e Saude Coletiva.* 2018;23(3):723–32.
26. Sanabe ME, Cavalcante LB, Coldebella CR, Abreu-e-Lima FCB de. Urgências em traumatismos dentários: classificação, características e procedimentos. *Rev Paul Pediatr.* 2009;27(4):447–51.
27. Zaror C, Martínez-Zapata MJ, Abarca J, Díaz J, Pardo Y, Pont À, et al. Impact of traumatic dental injuries on quality of life in preschoolers and schoolchildren: A systematic review and meta-analysis. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2018;46(1):88–101.
28. Steffens JP, Marcantonio RAC. Classificação das Doenças e Condições Periodontais e Peri-implantares 2018: guia Prático e Pontos-Chave. *Rev Odontol da UNESP.* 2018;47(4):189–97.
29. Bianco A, Fortunato L, Nobile CGA, Pavia M. Prevalence and determinants of oral impacts on daily performance: Results from a survey among school children in Italy. *Eur J Public Health.* 2010;20(5):595–606.
30. Peres KG, Cascaes AM, Leão ATT, De Souza Côrtes MI, Vettore MV. Sociodemographic and clinical aspects of quality of life related to oral health in adolescents. *Rev Saude Publica.* 2014;47(SUPPL.3):19–28.
31. Kozmhinsky VM da R, Heimer M, de Goes PSA. Sociodemographic factors and oral health conditions related to the impact on the quality of life of adolescents. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr.* 2016;16(1):35–42.
32. Barbosa TB, Junqueira SR, Frias AC, Araujo ME de. Interferência da saúde bucal em funções biológicas e sociais segundo a percepção de adolescentes Brasileiros. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr.* 2013;13(2):171–6.
33. Dallé H, Wiliam ; Silvia A S Vedovello ; Viviane V Degan ; Ana Paula T De Godoi;, Custódio, Menezes ; Carolina C de. Malocclusion, facial and psychological predictors of quality of life in adolescents. *Community Dent Health.* 2019;36(1):298–302.

34. Sousa Eskenazi EM, Guedes de Sousa K, Tamasso Pavan Agostini L, Souza Barbosa T, Midori Castelo P. Avaliação da experiência de cárie e qualidade de vida relacionada à saúde bucal de escolares. *Rev Bras em promoção da Saúde*. 2015;28(2):198–205.
35. Cunha IP, Pereira AC, Frias AC, Vieira V, de Castro Meneghim M, Batista MJ, et al. Social vulnerability and factors associated with oral impact on daily performance among adolescents. *Health Qual Life Outcomes*. 2017;15(1):1–10.
36. Cohen-Carneiro F, Rebelo MAB, Souza-Santos R, Ambrosano GMB, Salino AV, Pontes DG. Avaliação das propriedades psicométricas do OHIP-14 e da prevalência dos impactos da saúde bucal, em população rural ribeirinha no Amazonas, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2010;26(6):1122–30.
37. Moura C, Gusmão ES, Santillo PMH, Soares R de SC, Cimões R. Autoavaliação da saúde bucal e fatores associados entre adultos em áreas de assentamento rural, Estado de Pernambuco, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2014;30(3):611–22.
38. Colussi PRG, Hugo FN, Gomes Muniz FWM, Rösing CK. Oral Health-Related Quality of Life and Associated Factors in Brazilian Adolescents. *Braz Dent J* [Internet]. 2017;28(1):113–20. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-6440201701098>
39. Bulgareli JV, Faria ET de, Cortellazzi KL, Guerra LM, Meneghim MDC, Ambrosano GMB, et al. Fatores que influenciam o impacto da saúde bucal nas atividades diárias de adolescentes, adultos e idosos. *Rev Saude Publica*. 2018;52:44.
40. Nunes BP, Flores TR, Duro SMS, Saes M de O, Tomasi E, Santiago AD, et al. Utilização dos serviços de saúde por adolescentes: estudo transversal de base populacional, Pelotas-RS, 2012. *Epidemiol e Serviços Saúde*. 2015;24(3):420–411.
41. Curi DSC, Figueiredo ACL, Jamelli SR. Factors associated with the utilization of dental health services by the pediatric population: An integrative review. *Cienc e Saude Coletiva*. 2018;23(5):1561–76.
42. Vasconcelos FGG, Gondim BLC, Rodrigues LV, Lima-Neto EA, Valença AMG. Evolução Dos Índices Ceo-D/Cpo-D E De Cuidados Odontológicos Em Crianças E Adolescentes Com Base No Sb Brasil 2003 E Sb Brasil 2010. *Rev Bras Ciências da Saúde*. 2018;22(4):333–40.
43. Thurow LL, Castilhos ED de, Costa JSD da. Comparação das práticas odontológicas segundo modelos de atendimento: tradicional e da Saúde da Família, Pelotas-RS, 2012-2013. *Epidemiol e Serviços Saúde*. 2015;24(3):545–50.
44. Delgado-Angulo EK, Mangal M, Bernabé E. Socioeconomic inequalities in adult oral

- health across different ethnic groups in England. *Health Qual Life Outcomes*. 2019;17(1):3–9.
45. Choi ES, Ryu JI, Patton LL, Kim HY. Item-level analysis of the relationship between orthodontic treatment need and oral health-related quality of life in Korean schoolchildren. *Am J Orthod Dentofac Orthop* [Internet]. 2019;155(3):355–61. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ajodo.2018.04.028>
 46. Barbosa TDS, Gavião MBD, Mialhe FL. Gingivitis and oral health-related quality of life: a literature review. *Brazilian Dent Sci*. 2015;18(1):7.
 47. Martins MMF, Aquino R, Pamponet ML, Pinto Junior EP, Amorim LDAF. Acesso aos serviços de atenção primária à saúde por adolescentes e jovens em um município do Estado da Bahia, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2019;35(1):e00044718.
 48. Vazquez F de L, Cortellazzi KL, Gonçalo C da S, Bulgareli JV, Guerra LM, Tagliaferro ESP, et al. Estudo qualitativo sobre as justificativas de adolescentes para a não adesão ao tratamento odontológico. *Cienc e Saude Coletiva*. 2015;20(7):2147–56.
 49. Garbin CAS, Garbin AJI, Moimaz SAS, Gonçalves PE. A saúde na percepção do adolescente. *Physis*. 2009;19(1):227–38.
 50. Sociales D, Salud EN, La EN, Adolescentes ÓDE, Voz F. Determinantes sociais em saúde na ótica de adolescentes: foto voz social determinants in health from the adolescent's perspective: photo voice. *Revi Enferm UFPE*. 2019;
 51. Paula JS, Cruz JN da, Ramires TG, Ortega EMM, Mialhe FL. Longitudinal impact of clinical and socioenvironmental variables on oral health-related quality of life in adolescents. *Braz Oral Res*. 2017;31:e70.
 52. Seirawan H, Faust S, Mulligan R. The impact of oral health on the academic performance of disadvantaged children. *Am J Public Health*. 2012;102(9):1729–34.
 53. Sarit S, G R, BH M, Shenoy R. Impact of Dental Caries on Oral Health Related Quality of Life Among Indian Adolescents – an Exploratory Study. *Int J Adv Res*. 2018;6(5):1057–62.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentre as condições bucais mais prevalente entre os adolescentes, a experiência de cárie é o agravo que provocou impacto negativo significativo na qualidade de vida dos adolescentes. Um achado alarmante uma vez que a cárie é uma doença ainda de prevalência relevante e bastante associada a condições precárias de vida, situação comum na população brasileira.

Outro importante apontamento do presente estudo, foi a não identificação do impacto negativo na qualidade de vida entre os adolescentes com diagnosticados com doença periodontal, trauma dental e a má oclusão, reforçando a necessidade da busca ativa por parte da equipe de saúde bucal, assim como a reforço na educação em saúde para proporcionar maior autonomia na detecção e prevenção das doenças bucais.

Por fim reitera a necessidade do planejamento de ações de saúde, específicas para os adolescentes, considerando o momento complexo que vivenciam e que pode ser determinante para condições de saúde do futuro adulto.

REFERÊNCIAS

- Ababneh KT, Abu Hwaj ZMF, Khader YS. Prevalence and risk indicators of gingivitis and periodontitis in a Multi-Centre study in North Jordan: A cross sectional study. *BMC Oral Health*. 2012;12(1):1–8.
- Afonso AC, Silva I, Pessoa UF. Qualidade De Vida Relacionada Com Saúde Oral E Variáveis Associadas: Revisão Integrativa. *Soc Port Psicol da Saúde - SPPS*. 2015;16(3):311–30.
- Agathão BT, Reichenheim ME, de Moraes CL. Qualidade de vida relacionada à saúde de adolescentes escolares. *Cienc e Saude Coletiva*. 2018;23(2):659–68.
- Antunes, Livia Azeredo Alves ; Leão, Anna Thereza ; Maia LC. Impacto do traumatismo dentário na qualidade de vida de crianças e adolescentes : revisão crítica e instrumentos de medida The impact of dental trauma on quality of life of children and adolescents : a critical review and measurement instruments. *Ciênc saúde coletiva*. 2011;17:3417–24.
- Baiju R, Peter E, Varghese N, Sivaram R. Oral health and quality of life: Current concepts. *J Clin Diagnostic Res*. 2017;11(6):ZE21–6.
- Barbosa FNM, Casotti CA, Nery AA. Comportamento de risco à saúde de adolescentes escolares. *Texto e Context Enferm*. 2016;25(4):1–9.
- Barbosa TB, Junqueira SR, Frias AC, Araujo ME de. Interferência da saúde bucal em funções biológicas e sociais segundo a percepção de adolescentes Brasileiros. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr*. 2013;13(2):171–6.
- Barbosa TDS, Gavião MBD, Mialhe FL. Gingivitis and oral health-related quality of life: a literature review. *Brazilian Dent Sci*. 2015;18(1):7.
- Bauman JM, Souza JGS, Bauman CD, Flório FM. Aspectos sociodemográficos relacionados à gravidade da maloclusão em crianças brasileiras de 12 anos. *Cienc e Saude Coletiva*. 2018;23(3):723–32.
- Bergmann GG, Bertoldi AD, Mielke GI, Camargo AL, Matijasevich A, Hallal PC. Atividade física, tempo de tela e utilização de medicamentos em adolescentes: coorte de nascimentos de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 1993. *Cad Saude Publica*. 2016;32(4):1–12.
- Bianco A, Fortunato L, Nobile CGA, Pavia M. Prevalence and determinants of oral impacts on daily performance: Results from a survey among school children in Italy. *Eur J Public Health*. 2010;20(5):595–606.
- Borges TS, Schwanke NL, Reuter CP, Neto LK, Burgos MS. Fatores associados à cárie: pesquisa de estudantes do sul do Brasil. *Rev Paul Pediatr [Internet]*. 2016;34(4):489–94. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpped.2016.02.004>

BRASIL M da S. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal Resultados Principais [Internet]. Vol. 13, BMC Oral Health. 2012. 1–5 p. Available from: http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0142922%5Cnhttp://www.ama.ba/index.php/ama/article/view/188%5Cnhttp://www.trialsjournal.com/content/16/1/426%5Cnhttp://www.biomedcentral.com/14726831/12/52%5Cnhttp://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_naci

Brasil. Resolução-RDC. Ministério da Saúde Agência Nac Vigolânica. 2012;53:1689–99. Bulgareli JV, Faria ET de, Cortellazzi KL, Guerra LM, Meneghim MDC, Ambrosano GMB, et al. Fatores que influenciam o impacto da saúde bucal nas atividades diárias de adolescentes, adultos e idosos. *Rev Saude Publica*. 2018;52:44.

Choi ES, Ryu JI, Patton LL, Kim HY. Item-level analysis of the relationship between orthodontic treatment need and oral health–related quality of life in Korean schoolchildren. *Am J Orthod Dentofac Orthop* [Internet]. 2019;155(3):355–61. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ajodo.2018.04.028>

Cohen-Carneiro F, Rebelo MAB, Souza-Santos R, Ambrosano GMB, Salino AV, Pontes DG. Avaliação das propriedades psicométricas do OHIP-14 e da prevalência dos impactos da saúde bucal, em população rural ribeirinha no Amazonas, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2010;26(6):1122–30.

Colussi PRG, Hugo FN, Gomes Muniz FWM, Rösing CK. Oral Health-Related Quality of Life and Associated Factors in Brazilian Adolescents. *Braz Dent J* [Internet]. 2017;28(1):113–20. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-6440201701098>

Corraini P, Emílio F. Indicadores de risco para periodontite agressiva em uma população jovem isolada não tratada do Brasil Material e métodos. 2009;23(2):209–15.

Cunha IP, Pereira AC, Frias AC, Vieira V, de Castro Meneghim M, Batista MJ, et al. Social vulnerability and factors associated with oral impact on daily performance among adolescents. *Health Qual Life Outcomes*. 2017;15(1):1–10.

Curi DSC, Figueiredo ACL, Jamelli SR. Factors associated with the utilization of dental health services by the pediatric population: An integrative review. *Cienc e Saude Coletiva*. 2018;23(5):1561–76. Vasconcelos FGG, Gondim BLC, Rodrigues LV, Lima-Neto EA, Valença AMG. Evolução Dos Índices Ceo-D/Cpo-D E De Cuidados Odontológicos Em Crianças E Adolescentes Com Base No Sb Brasil 2003 E Sb Brasil 2010. *Rev Bras Ciências da Saúde*. 2018;22(4):333–40.

Silva EF, Gomes Pereira M. Avaliação das estruturas de concordância e discordância nos estudos de confiabilidade. *Rev Saude Publica*. 1998;32(4):383–93.

Dallé H, Wiliam ; Silvia A S Vedovello ; Viviane V Degan ; Ana Paula T De Godoi;, Custódio, Menezes ; Carolina C de. Malocclusion, facial and psychological predictors of quality of life in adolescents. *Community Dent Health*. 2019;36(1):298–302.

De Oliveira BH, Nadanovsky P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile - Short form. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2005;33(4):307–14.

Oliveira BH, Nadanovsky P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile - Short form. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2005;33(4):307–14.

Delgado-Angulo EK, Mangal M, Bernabé E. Socioeconomic inequalities in adult oral health across different ethnic groups in England. *Health Qual Life Outcomes*. 2019;17(1):3–9.

Santos CC, Beatriz Ressel L. Os adolescentes nos serviços de saúde. *Adolesc e Saude* [Internet]. 2013;10(1):53–5. Available from: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=355

Eisenstein E. Adolescencia, Definições E Conceitos. *Adolescência & Saúde*. 2005;2. Engeland A, Bjørge T, Tverdal A, Sjøgaard AJ. Obesity in adolescence and adulthood and the risk of adult mortality. *Epidemiology*. 2004;15(1):79–85.

Fernandes L, Costa F, Brandt L, Xavier A, Aguiar Y, Santos F, et al. Hábitos de Higiene Bucal e Condição Periodontal de Escolares Adolescentes. *Rev Bras Ciências da Saúde*. 2016;20(1):37–42.

Fernandes ML da MF, Moura FMP, Gamaliel KS, Corrêa-Faria P. Cárie dentária e necessidade de tratamento ortodôntico: Impacto na qualidade de vida de escolares. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr*. 2013;13(1):37–43.

Ferreira MC, Dias-Pereira AC, Branco-de-Almeida LS, Martins CC, Paiva SM. Impact of periodontal disease on quality of life: a systematic review. *J Periodontal Res*. 2017;52(4):651–65.

Fleck MP de A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Cien Saude Colet*. 2000;5(1):33–8.

Fonseca EP, Ferreira EF e., Abreu MHNG, Palmier AC, Vargas AMD. Relação entre condição gengival e fatores sociodemográficos de adolescentes residentes em uma região Brasileira. *Cienc e Saude Coletiva*. 2015;20(11):3375–84.

Gabardo MCL, Moysés ST, Moysés SJ. [Self-rating of oral health according to the Oral Health Impact Profile and associated factors: a systematic review]. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2013;33(6):439–45. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23939370>

Garbin CAS, Garbin AJI, Moimaz SAS, Gonçalves PE. A saúde na percepção do adolescente. *Physis*. 2009;19(1):227–38.

Gerritsen AE, Allen PF, Witter DJ, Bronkhorst EM, Creugers NHJ. Tooth loss and oral health-related quality of life: A systematic review and meta-analysis. *Health Qual Life Outcomes*. 2010;8:1–11.

Hettiarachchi RM, Kularatna S, Byrnes J, Scuffham PA. Pediatric Quality of Life Instruments in Oral Health Research: A Systematic Review. *Value Heal*. 2019;22(1):129–35.

Jordão LMR, Malta DC, Freire M do CM. Simultaneous oral health risk behaviors among adolescents: Evidence from the National School-based Student Health Survey. *Rev Bras Epidemiol*. 2018;21(Suppl 1).

Kavaliauskienė A, Šidlauskas A, Zaborskis A. Association between global life satisfaction and self-rated oral health conditions among adolescents in Lithuania. *Int J Environ Res Public Health*. 2017;14(11).

Kim HN, Kong WS, Lee JH, Kim JB. Reduction of dental caries among children and adolescents from a 15-year community water fluoridation program in a township area, Korea. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(7).

Kozmhinsky VM da R, Heimer M, de Goes PSA. Sociodemographic factors and oral health conditions related to the impact on the quality of life of adolescents. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr*. 2016;16(1):35–42.

Martins MMF, Aquino R, Pamponet ML, Pinto Junior EP, Amorim LDAF. Acesso aos serviços de atenção primária à saúde por adolescentes e jovens em um município do Estado da Bahia, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2019;35(1):e00044718.

Moor I, Rathmann K, Lenzi M, Pförtner TK, Nagelhout GE, De Looze M, et al. Socioeconomic inequalities in adolescent smoking across 35 countries: A multilevel analysis of the role of family, school and peers. *Eur J Public Health*. 2015;25(3):457–63.

Moreira NF, Muraro AP, Brito F dos SB, Gonçalves-Silva RMV, Sichieri R, Ferreira MG. Obesidade: principal fator de risco para hipertensão arterial sistêmica em adolescentes brasileiros participantes de um estudo de coorte Obesity: main risk factor for systemic arterial hypertension in Brazilian adolescents from a cohort study. *Arq Bras Endocrinol Metab* [Internet]. 2013;57(7). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302013000700004&lng=pt&nrm=iso&tlng=en

Moura C, Gusmão ES, Santillo PMH, Soares RDSC, Cimões R. Autoavaliação da saúde bucal e fatores associados entre adultos em áreas de assentamento rural, Estado de Pernambuco, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2014;30(3):611–22.

Moura-Leite FR, Ramos-Jorge J, Ramos-Jorge ML, Paiva SM, Vale MP, Pordeus IA. Impact of dental pain on daily living of five-year-old Brazilian preschool children: Prevalence and associated factors. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2011;12(6):293–7.

Neto T de AN, Thomaz EBAF, Ferreira MC, dos Santos AM, Queiroz RC de S. Problemas de espaço dentário em adolescentes Brasileiros e fatores associados. *Cienc e Saude Coletiva*. 2014;19(11):4555–68.

Nilsen SM, Krokstad S, Holmen TL, Westin S. Adolescents' health-related dietary patterns by parental socio-economic position, the Nord-Trøndelag health study (HUNT). *Eur J Public Health*. 2010;20(3):299–305.

Noronha DD, Martins AME de BL, Dias D dos S, Silveira MF, de Paula AMB, Haikal DSA. Qualidade de vida relacionada à saúde entre adultos e fatores associados: Um estudo de base populacional. *Cienc e Saude Coletiva*. 2016;21(2):463–74.

Nunes BP, Flores TR, Duro SMS, Saes M de O, Tomasi E, Santiago AD, et al. Utilização dos serviços de saúde por adolescentes: estudo transversal de base populacional, Pelotas-RS, 2012. *Epidemiol e Serviços Saúde*. 2015;24(3):420–411.

Nurelhuda NM, Ahmed MF, Trovik TA, Åstrøm AN. Evaluation of oral health-related quality of life among Sudanese schoolchildren using 1. Nurelhuda NM, Ahmed MF, Trovik TA, Åstrøm AN. Evaluation of oral health-related quality of life among Sudanese schoolchildren using Child-OIDP inventory. *Health Qual. Health Qual Life Outcomes*. 2010;8:152.

Oliveira DC, Pereira PN, Ferreira FM, Paiva SM, Fraiz FC. Impacto relatado das alterações bucais na qualidade de vida de adolescentes: Revisão sistemática. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr*. 2013;13(1):123–9.

OMS. Saúde materna, neonatal, infantil e adolescente Alcançar cobertura universal de saúde para 1,2 bilhão de adolescentes no mundo. OMS. 2019;1–7.

Paula JS, Cruz JN da, Ramires TG, Ortega EMM, Mialhe FL. Longitudinal impact of clinical and socioenvironmental variables on oral health-related quality of life in adolescents. *Braz Oral Res*. 2017;31:e70.

Peres KG, Cascaes AM, Leão ATT, De Souza Côrtes MI, Vettore MV. Sociodemographic and clinical aspects of quality of life related to oral health in adolescents. *Rev Saude Publica*. 2014;47(SUPPL.3):19–28.

Peres KG, Frazão P, Roncalli AG. Epidemiological pattern of severe malocclusions in Brazilian adolescents. *Rev Saude Publica*. 2014;47(SUPPL.3):109–17.

Rebello MAB, Lopes MC, Vieira JMR, Parente RCP. Dental caries and gingivitis among 15 to 19 year-old students in Manaus, AM, Brazil. *Braz Oral Res*. 2009;23(3):248–54.

Rebouças AG, Zanin L, Ambrosano GMB, Flório FM. Fatores individuais associados à má oclusão em adolescentes. *Cienc e Saude Coletiva*. 2017;22(11):3723–32.

Sanabe ME, Cavalcante LB, Coldebella CR, Abreu-e-Lima FCB de. Urgências em traumatismos dentários: classificação, características e procedimentos. *Rev Paul Pediatr*. 2009;27(4):447–51.

Sarit S, G R, BH M, Shenoy R. Impact of Dental Caries on Oral Health Related Quality of Life Among Indian Adolescents – an Exploratory Study. *Int J Adv Res*. 2018;6(5):1057–62.

Seehra J, Newton JT, Dibiasse AT. Bullying in schoolchildren - Its relationship to dental appearance and psychosocial implications: An update for GDPs. *Br Dent J [Internet]*. 2011;210(9):411–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/sj.bdj.2011.339>

Seirawan H, Faust S, Mulligan R. The impact of oral health on the academic performance of disadvantaged children. *Am J Public Health*. 2012;102(9):1729–34.

Silva A, Castilho T, Azeredo L, Antunes A, Antunes S. Perfil Epidemiológico dos Traumatismos Dentários em Crianças e Adolescentes no Brasil Epidemiological Profile of Dental Trauma in Children and Adolescents in Brazil. *Cient Ciênc Biol Saúde*. 2015;17(4):277–8.

Silva AF da, Velo MM de AC, Pereira AC. Importância da reprodutibilidade dos métodos para diagnóstico em odontologia. *Rev da Fac Odontol - UPF*. 2016;21(1):115–20.

Silveira MF, Freire RS, Brito MFSF, Martins Ame De BL, Marcopito LF, Silveira MF, et al. Condição periodontal de adolescentes e fatores associados. *RGO - Rev Gaúcha Odontol [Internet]*. 2019;67:1–11. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-86372019000100300&lng=pt&nrm=iso&tlng=en

Slade GD. Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol [Internet]*. 1997;25(4):284–90. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9332805>

Soares AHR, Martins AJ, Lopes MDCB, Britto JAA, Oliveira CQ, Moreira MCN. Qualidade de vida de crianças e adolescentes: uma revisão bibliográfica. *Cien Saude Colet*. 2011;16:3197–206.

Sociales D, Salud EN, La EN, Adolescentes ÓDE, Voz F. Determinantes sociais em saúde na ótica de adolescentes: foto voz social determinants in health from the adolescent's perspective: photo voice. *Revi Enferm UFPE*. 2019;

Soriano EP, Caldas ADF, De Carvalho MVD, Caldas KU. Relationship between traumatic dental injuries and obesity in Brazilian schoolchildren. *Dent Traumatol*. 2009;25(5):506–9.
Sousa Eskenazi EM, Guedes de Sousa K, Tamasso Pavan Agostini L, Souza Barbosa T, Midori Castelo P. Avaliação da experiência de cárie e qualidade de vida relacionada à saúde bucal de escolares. *Rev Bras em promoção da Saúde*. 2015;28(2):198–205.

Sousa RV de, Pinho RCM, Vajgel B de CF, Paiva SM de, Cimões R. Evaluation of oral health-related quality of life in individuals with type 2 diabetes mellitus. *Brazilian J Oral Sci*. 2019;18:e191431.

Steffens JP, Marcantonio RAC. Classificação das Doenças e Condições Periodontais e Peri-implantares 2018: guia Prático e Pontos-Chave. *Rev Odontol da UNESP*. 2018;47(4):189–97.
Sun L, Wong HM, McGrath CPJ. The factors that influence oral health-related quality of life in young adults. *Health Qual Life Outcomes*. 2018;16(1):1–14.

Teixeira AKM, Roncalli AG, Noro LRA. Iniquidades na assistência odontológica ao longo do curso de vida de jovens: Um estudo de coorte. *Cienc e Saude Coletiva*. 2018;23(1):249–58.
Thurrow LL, Castilhos ED de, Costa JSD da. Comparação das práticas odontológicas segundo modelos de atendimento: tradicional e da Saúde da Família, Pelotas-RS, 2012-2013. *Epidemiol e Serviços Saúde*. 2015;24(3):545–50.

Vasconcelos FGG, Gondim BLC, Rodrigues LV, Lima-Neto EA, Valença AMG. Evolução Dos Índices Ceo-D/Cpo-D E De Cuidados Odontológicos Em Crianças E Adolescentes Com Base No Sb Brasil 2003 E Sb Brasil 2010. *Rev Bras Ciências da Saúde*. 2018;22(4):333–40.

Vazquez F de L, Cortellazzi KL, Gonçalo C da S, Bulgareli JV, Guerra LM, Tagliaferro ESP, et al. Estudo qualitativo sobre as justificativas de adolescentes para a não adesão ao tratamento odontológico. *Cienc e Saude Coletiva*. 2015;20(7):2147–56.

Vettore M V., Ahmad SFH, Machuca C, Fontanini H. Socio-economic status, social support, social network, dental status, and oral health reported outcomes in adolescents. *Eur J Oral Sci*. 2019;127(2):139–

Yaghma Masood, Mohd Masood, Nurul Nadiah Binti Zainul, Nurhuda Binti Abdul Alim Araby, Saba Fouad Hussaina TN. The impact of malocclusion on oral health related quality of life in orthodontic patients. *Malocclusion Causes, Complicat Treat*. 2018;309–30.

Yamane-Takeuchi M, Ekuni D, Mizutani S, Kataoka K, Taniguchi-Tabata A, Azuma T, et al. Associations among oral health-related quality of life, subjective symptoms, clinical status, and

self-rated oral health in Japanese university students: A cross-sectional study. *BMC Oral Health* [Internet]. 2016;16(1):1–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12903-016-0322-9>

Zaror C, Martínez-Zapata MJ, Abarca J, Díaz J, Pardo Y, Pont À, et al. Impact of traumatic dental injuries on quality of life in preschoolers and schoolchildren: A systematic review and meta-analysis. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2018;46(1):88–101.

Zaror C, Martínez-Zapata MJ, Abarca J, Díaz J, Pardo Y, Pont À, et al. Impact of traumatic dental injuries on quality of life in preschoolers and schoolchildren: A systematic review and meta-analysis. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2018;46(1):88–101.

Zucoloto ML, Maroco J, Campos JADB. Psychometric properties of the oral health impact profile and new methodological approach. *J Dent Res*. 2014;93(7):645–50.

APÊNDICE A – TERMO DE LIVRE CONSENTIMENTO E ESCLARECIDO

Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (PARA MENORES DE 13 a 18 ANOS - Resolução 466/12)

Convidamos você _____ para participar, como voluntário (a), da pesquisa “SAÚDE BUCAL E FATORES BIOPSCICOSSOCIAIS (Qualidade de vida e fatores familiares) EM ADOLESCENTES ESCOLARES”. Esta pesquisa é da responsabilidade do (a) pesquisador (a), Thais Carine da Silva (Telefone: (81) 987533770 - e-mail: thais_carine1@hotmail.com. Rua Virginia Rocha, 145. Vila da Fábrica. Camaragibe-PE). E Adelaine Sousa sobre a orientação das Prof. Dra. Renata Cimões e Bruna Farias Vajgel. Este documento se chama Termo de Assentimento pode conter alguns tópicos que o/a senhor/a não entenda. Caso haja alguma dúvida, pergunte à pessoa a quem está lhe solicitando, para que o/a senhor/a esteja bem esclarecido (a) sobre tudo que será feito. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar que o (a) menor faça parte do estudo, rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa o (a) Sr.(a) não será penalizados (as) de forma alguma. O (a) Senhor (a) tem o direito de retirar o assentimento da participação do (a) menor a qualquer tempo, sem qualquer penalidade. Esta pesquisa tem por objetivo avaliar a associação entre os fatores psicossociais (qualidade de vida e aspectos familiares) e a saúde bucal de adolescentes rede publica de Camaragibe - PE. Para a realização deste trabalho serão utilizados os seguintes métodos:

1 – Você responderá um questionário com perguntas sobre sua identificação; seus hábitos de higiene bucal e de alimentação; reação familiar; sobre os serviços de dentista que usa; sobre problemas que os dentes causam na sua vida.

2 - Sua boca será examinada por um dentista, que verificará a saúde dos seus dentes e gengivas. Quanto aos riscos e desconfortos, estes se referem a algum constrangimento mínimo que pode ser gerado ao responder o questionário, ou a algum desconforto durante o exame da sua gengiva. Caso você venha a sentir algo dentro desses padrões, comunicar imediatamente ao pesquisador para que sejam tomadas as devidas providências.

O benefício direto será o exame clínico e os benefícios indiretos esperados com o resultado desta pesquisa serão o conhecimento das condições de saúde bucal e dos fatores psicossociais a elas associados, nos adolescentes escolares da cidade, o que poderá ajudar no planejamento das políticas de saúde e sociais do município. Você também saberá, ao final do exame, como

está a sua saúde bucal, e será encaminhado para tratamento nas Unidades de Saúde de Camaragibe, se houver necessidade.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a participação do/a voluntário (a). Os dados coletados nesta pesquisa (entrevistas) ficarão armazenados em (pastas de arquivo e computador pessoal), sob a responsabilidade do pesquisador, no contato acima informado, pelo período de (mínimo 5 anos).

Você não pagará nada para ele/ela participar desta pesquisa. Se houver necessidade, as despesas para a participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento com transporte e alimentação). Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação do voluntário/a na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – Prédio do CCS - 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600 Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).

Assinatura do pesquisador (a)

ASSENTIMENTO DO (A) MENOR DE IDADE EM PARTICIPAR COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, concordo em participar no estudo “SAÚDE BUCAL E FATORES BIOPSCICOSSOCIAIS (Qualidade de vida e fatores familiares) EM ADOLESCENTES ESCOLARES” como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da participação dele (a). Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade para mim ou para o (a) menor em questão. Fui informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, o que vai ser feito, assim como os possíveis riscos e benefícios que podem acontecer com a minha participação.

Foi-me garantido que posso desistir de participar a qualquer momento, sem que eu ou meus pais precise pagar nada.

Local _____ Data: ____/____/____

Assinatura do (da) menor _____

Presenciamos a solicitação de assentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do/a voluntário/a em participar. 02 testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:

Assinatura:

Nome:

Assinatura:

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (para maiores de 18 anos- Resolução 466/12)

Convidamos você para participar, como voluntário (a), da pesquisa “SAÚDE BUCAL E FATORES BIOPSCICOSSOCIAIS ((Qualidade de vida e fatores familiares) EM ADOLESCENTES ESCOLARES”. Esta pesquisa é da responsabilidade do (a) pesquisador (a), Thais Carine da Silva (Telefone: (81) 987533770 - e-mail: thais_carine1@hotmail.com. Rua Virginia Rocha, 145. Vila da Fábrica. Camaragibe-PE). E Adelaine Sousa sobre a orientação das Prof. Dra. Renata Cimões e Bruna Farias Vajgel.

Este Termo de Consentimento pode conter alguns tópicos que o/a senhor/a não entenda. Caso haja alguma dúvida, pergunte à pessoa a quem está lhe entrevistando, para que o/a senhor/a esteja bem esclarecido (a) sobre tudo que está respondendo. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, caso aceite em fazer parte do estudo, rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa o (a) Sr. (a) não será penalizado (a) de forma alguma. Também garantimos que o (a) Senhor (a) tem o direito de retirar o consentimento da sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalidade.

1 - Você responderá um questionário com perguntas sobre sua identificação; seus hábitos de higiene bucal e de alimentação; reação familiar; sobre os serviços de dentista que usa; sobre problemas que os dentes causam na sua vida.

2 - A boca do adolescente será examinada por um dentista, que verificará a saúde dos seus dentes e gengivas.

Ao final da pesquisa, a folha com a identificação do adolescente será destacada do restante do questionário e da ficha de exame, não ficando seus dados associados às suas respostas nem ao seu exame, não restando nada que venha a comprometer-lo agora ou futuramente.

Quanto aos riscos e desconfortos, estes se referem a algum constrangimento mínimo que pode ser gerado ao responder o questionário, ou a algum desconforto durante o exame da sua gengiva. Caso o adolescente venha a sentir algo dentro desses padrões, comunicar imediatamente ao pesquisador para que sejam tomadas as devidas providências.

O benefício direto será o exame clínico e os benefícios indiretos esperados com o resultado desta pesquisa serão o conhecimento das condições de saúde bucal e dos fatores psicossociais a elas associados, nos adolescentes escolares da cidade, o que poderá ajudar no planejamento das políticas de saúde e sociais do município. O adolescente também saberá, ao final do exame,

como está a sua saúde bucal, e será encaminhado para tratamento nas Unidades de Saúde de Camaragibe, se houver necessidade.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a participação do/a voluntário (a). Os dados coletados nesta pesquisa (entrevistas) ficarão armazenados em (pastas de arquivo e computador pessoal), sob a responsabilidade do pesquisador, no endereço acima informado, pelo período de (mínimo 5 anos).

O (a) senhor (a) não pagará nada para ele/ela participar desta pesquisa. Se houver necessidade, as despesas para a participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento com transporte e alimentação). Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação do voluntário/a na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – Prédio do CCS - 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600 Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).

Assinatura do pesquisador (a)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DO/A VOLUNTÁRIO

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo “SAÚDE BUCAL E FATORES BIOPSCICOSSOCIAIS (Qualidade de vida e fatores familiares) EM ADOLESCENTES ESCOLARES” como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da participação dele (a). Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade para mim ou para o (a) menor em questão.

Local

Data: ____/____/____

Assinatura do participante

Presenciamos a solicitação de assentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do/a voluntário/a em participar. 02 testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:

Assinatura:

Nome:

Assinatura:

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Para responsável legal pelo menor de 18 anos - Resolução 466/12)

Solicitamos a sua autorização para convidar o (a) seu/sua filho (a) (ou menor que está sob sua responsabilidade) para participar, como voluntário (a), da pesquisa “SAÚDE BUCAL E FATORES BIOPSCICOSSOCIAIS (Qualidade de vida e fatores familiares) EM ADOLESCENTES ESCOLARES”. Esta pesquisa é da responsabilidade do (a) pesquisador (a), Thais Carine da Silva (Telefone: (81) 987533770 - e-mail: thais_carine1@hotmail.com. Rua Virginia Rocha, 145. Vila da Fábrica. Camaragibe-PE). E Adelaine Sousa sobre a orientação das Prof. Dra. Renata Cimões e Bruna Farias Vajgel.

Este documento se chama Termo de Consentimento pode conter alguns tópicos que o/a senhor/a não entenda. Caso haja alguma dúvida, pergunte à pessoa a quem está lhe solicitando, para que o/a senhor/a esteja bem esclarecido (a) sobre tudo que será feito. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar que o (a) menor faça parte do estudo, rubricue as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa nem o (a) Sr.(a) nem o/a voluntário/a que está sob sua responsabilidade serão penalizados (as) de forma alguma. O (a) Senhor (a) tem o direito de retirar o consentimento da participação do (a) menor a qualquer tempo, sem qualquer penalidade. Esta pesquisa tem por objetivo avaliar a associação entre os fatores psicossociais e a adesão ao tratamento ortodôntico em adolescentes escolares da rede publica de Camaragibe - PE. Para a realização deste trabalho serão utilizados os seguintes métodos:

- 1 - O adolescente responderá um questionário com perguntas sobre sua identificação; seus hábitos de higiene bucal e de alimentação; reação familiar; sobre os serviços de dentista que usa; sobre problemas que os dentes causam na sua vida.
- 2 - A boca do adolescente será examinada por um dentista, que verificará a saúde dos seus dentes e gengivas.

Quanto aos riscos e desconfortos, estes se referem a algum constrangimento mínimo que pode ser gerado ao responder o questionário, ou a algum desconforto durante o exame da sua gengiva. Caso o adolescente venha a sentir algo dentro desses padrões, comunicar imediatamente ao pesquisador para que sejam tomadas as devidas providências.

O benefício direto será o exame clínico e os benefícios indiretos esperados com o resultado desta pesquisa serão o conhecimento das condições de saúde bucal e dos fatores psicossociais a elas associados, nos adolescentes escolares da cidade, o que poderá ajudar no planejamento

das políticas de saúde e sociais do município. O adolescente também saberá, ao final do exame, como está a sua saúde bucal, e será encaminhado para tratamento nas Unidades de Saúde de São Lourenço da Mata, se houver necessidade.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a participação do/a voluntário (a). Os dados coletados nesta pesquisa (entrevistas) ficarão armazenados em (pastas de arquivo e computador pessoal), sob a responsabilidade do pesquisador, no endereço acima informado, pelo período de (mínimo 5 anos).

O (a) senhor (a) não pagará nada para ele/ela participar desta pesquisa. Se houver necessidade, as despesas para a participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento com transporte e alimentação). Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação do voluntário/a na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – Prédio do CCS - 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600 Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).

Assinatura do pesquisador (a)

CONSENTIMENTO DO RESPONSÁVEL PARA A PARTICIPAÇÃO DO/A VOLUNTÁRIO

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, responsável por _____, autorizo a sua participação no estudo “SAÚDE BUCAL E FATORES BIOPSCICOSSOCIAIS (Qualidade de vida e fatores familiares) EM ADOLESCENTES ESCOLARES” como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da participação dele (a). Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade para mim ou para o (a) menor em questão.

Local

Data: ____/____/____

Responsável

Presenciamos a solicitação de assentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do/a voluntário/a em participar. 02 testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:

Assinatura:

Nome:

Assinatura:

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

Gostaríamos de pedir licença e um pouco do seu tempo para que possa responder algumas questões abaixo. Cada questão consta de alternativas claras, objetivas e bastante simples que devem ser marcadas com (x). Algumas delas poderão ser marcadas mais de uma alternativa. Qualquer dúvida, favor perguntar a um dos nossos pesquisadores. Desde já,

IDENTIFICAÇÃO

Número do questionário: _____ Data da entrevista: ____/____/____

Nome do entrevistado: _____

Escola: _____

Telefones: (____) _____ - _____ (____) _____ - _____

Responsável: _____

Dados socioeconômicos

1. SEXO ☐ Masculino ☐ Feminino	2. QUAL É A DATA DO SEU NASCIMENTO? ___/___/___	4. IDADE:
5. QUAL É A SUA COR OU RAÇA? ☐ Branca ☐ Preta ☐ Amarela ☐ Parda ☐ Indígena		
6. QUAL ESCOLARIDADE DA SUA MÃE? ☐ Analfabeto ☐ Fundamental – ciclo incompleto (até o 4º ano) ☐ Fundamental – ciclo incompleto (do 6º ao 8ºano) ou fundamental – ciclo completo (até o 5º ano) ☐ Médio incompleto ou fundamental – ciclo ii completo (até o 9º ano) ☐ Superior incompleto ou médio completo ☐ Superior		
7. Qual A Renda Mensal De Sua Família (Considerando todas as pessoas) ☐ Até 1 salário mínimo ☐ Entre 1 e 2 salários mínimos ☐ Acima de 3 salários mínimos ☐ Não sei responder 1 salário mínimo= R\$ 954,00		

8. A sua casa é: ☐ Própria quitada ☐ Financiada (ainda paga ao banco) ☐ Alugada ☐ Cedida ☐ Não sei responder	
9. QUANDO VOCÊ FOI AO DENTISTA PELA ÚLTIMA VEZ? ☐ Menos 6 de meses ☐ Entre 6 meses e 1 ano ☐ Mais de 1 ano ☐ Nunca foi ao dentista	10. QUE TIPO DE SERVIÇO ODONTOLÓGICO VOCÊ COSTUMA FREQUENTAR? ☐ Público ☐ Privado

APÊNDICE C - FICHA PARA EXAME CLÍNICO

QUESTIONÁRIO Nº

FICHA CLÍNICA

--

[illegible]

37												
36												
35												
34												
33												
32												

SANGRAMENTO: Faces _____ % _____

CONDIÇÃO DA OCLUSÃO DENTÁRIA								1	21	22	23	24	25	26	27	
V																
P																
	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37		
V																
L																

DENTIÇÃO

Número de Incisivos, Caninos e Pré-Molares perdidos

ESPAÇO

TRAUMATISMO DENTÁRIO

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

OCCLUSÃO

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

(0) sem fratura 12 anos

(1) Trinca de esmalte 12 11 21 22

(2) Fratura de esmalte

(3) Fratura esmalte dentina 42 41 31 32

(4) Fratura esmalte dentina expondo a polpa

(5) Fratura corono-radiculares com e sem exposição pulpar.

ANEXO A- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

		UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-	
---	---	---	--

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SAÚDE BUCAL E FATORES BIOPSISSOCIAIS EM ADOLESCENTES
Pesquisador: THAIS CARINE DA SILVA
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 63031016.0.0000.5208
Instituição Proponente: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.903.921

Apresentação do Projeto:

A adolescência é um período que culmina todo o processo da maturação biopsicossocial que levam a mudanças de comportamento relacionado à saúde. Essas mudanças que podem colocar esses indivíduos em situação de risco a saúde bucal, por isso torna-se importante o entendimento dos fatores psicossociais que podem comprometer a saúde bucal nessa fase de vida. A população alvo a ser estudada é composta por adolescentes escolares, de ambos os sexos, matriculados no ensino médio das escolas da rede pública estadual do município de Camaragibe - PE. Trata-se de um estudo observacional de corte transversal, analítico e de base escolar. O objetivo é verificar se há associação entre os fatores psicossociais como coesão familiar e auto percepção da qualidade de vida e as condições de saúde bucal.

Objetivo da Pesquisa:

A saúde bucal interfere diretamente sobre a qualidade de vida dos adolescentes e por sua vez a coesão familiar pode favorecer a boas condições de saúde bucal.

Objetivo Primário:

Verificar se existe associação entre as condições de saúde bucal dos adolescentes com os fatores

Endereço: Av. de Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-500
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (81) 32126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br

ANEXO B- OHIP ORAL HELAT IMPACCT PROFILE

Abaixo estão apresentadas algumas situações que podem ter acontecido com você. Marque aquelas situações que já lhe ocorreram e assinale, para estes, um valor entre 0 a 4, de forma que quanto maior for o número, pior foi a experiência para você.

0 = nunca; 1 = raramente; 2 = às vezes; 3 = repetidamente; 4 = sempre

Oral Health Impact Profile (OHIP-14)

Perguntas	Respostas				
	0	1	2	3	4
1. Você teve problemas para falar alguma palavra por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
2. Você sentiu que o sabor dos alimentos ficou pior por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
3. Você sentiu dores em sua boca ou nos seus dentes?					
4. Você se sentiu incomodado ao comer algum alimento por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
5. Você ficou preocupado por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
6. Você se sentiu estressado por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
7. Sua alimentação ficou prejudicada por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
8. Você teve que parar suas refeições por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
9. Você encontrou dificuldade para relaxar por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
10. Você sentiu-se envergonhado por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
11. Você ficou irritado com outras pessoas por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
12. Você teve dificuldades em realizar suas atividades diárias por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
13. Você sentiu que a vida, em geral, ficou pior por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
14. Você ficou totalmente incapaz de fazer suas atividades diárias por causa de problemas com sua boca ou dentes?					

ANEXO C- NORMAS DA REVISTA CADERNOS DA SAÚDE

05/12/2019

Cad. Saúde Pública- Instruções aos autores

CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA
REPORTS IN PUBLIC HEALTH

ISSN 1678-4464 versão on-line

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Escopo e política](#)
- [Forma e preparação de manuscritos](#)

Escopo e política

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico que contribuem com o estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins. Desde janeiro de 2016, a revista adota apenas a versão on-line, em sistema de publicação continuada de artigos em periódicos indexados na base SciELO. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP.

Como o resumo do artigo alcança maior visibilidade e distribuição do que o artigo em si, indicamos a leitura atenta da recomendação específica para sua elaboração. (leia mais – [link resumo](#)).

Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.

A Revista adota o sistema Ephorus para identificação de plágio.

Os artigos serão avaliados preferencialmente por três consultores da área de conhecimento da pesquisa, de instituições de ensino e/ou pesquisa nacionais e estrangeiras, de comprovada produção científica. Após as devidas correções e possíveis sugestões, o artigo será aceito pelo Corpo Editorial de CSP se atender aos critérios de qualidade, originalidade e rigor metodológico adotados pela revista.

Os autores mantêm o direito autoral da obra, concedendo a publicação Cadernos de Saúde Pública, o direito de primeira publicação.

Forma e preparação de manuscritos

Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos a Cadernos de Saúde Pública.

1. CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:

- 1.1 – Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 1.600 palavras);
- 1.2 – Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva, que é acompanhado por comentários críticos assinados por autores a convite das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);
- 1.3 – Espaço Temático: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras;
- 1.4 – Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva, máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações. Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas como por exemplo o PROSPERO (<http://www.crd.york.ac.uk/prosperto/>); as revisões sistemáticas deverão ser submetidas em inglês (leia mais – [LINK 3](#));
- 1.5 – Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada, podendo ter até 8.000 palavras (leia mais – [LINK 4](#));

<http://www.scielo.br/revistas/csp/pinstruc.htm>

1/7

1.6 – Questões Metodológicas ([LINK 5](#)): artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos sobre instrumentos de aferição epidemiológicos devem ser submetidos para esta Seção, obedecendo preferencialmente as regras de Comunicação Breve (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.7 – Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de pesquisa etiológica ([LINK 1](#)) na epidemiologia e artigo utilizando metodologia qualitativa ([LINK 2](#));

1.8 – Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.9 – Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras);

1.10 – Resenhas: resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras).

2. Normas para envio de artigos

2.1 - CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 - Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.3 - Notas de rodapé, de fim de página e anexos não serão aceitos.

2.4 - A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

2.5 - Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliar artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

3. Publicação de ensaios clínicos

3.1 Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

3.3 As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- [Australian New Zealand Clinical Trials Registry \(ANZCTR\)](#)
- [ClinicalTrials.gov](#)
- [International Standard Randomised Controlled Trial Number \(ISRCTN\)](#)
- [Netherlands Trial Register \(NTR\)](#)
- [UMIN Clinical Trials Registry \(UMIN-CTR\)](#)
- [WHO International Clinical Trials Registry Platform \(ICTRP\)](#)

4. Fontes de financiamento

- 4.1** Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.
- 4.2** Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).
- 4.3** No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. Conflito de interesses

- 5.1** Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. Colaboradores

- 6.1** Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.
- 6.2** Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do [ICMJE](#), que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

7. Agradecimentos

- 7.1** Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

8. Referências

- 8.1** As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva ¹). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos [Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos](#).

Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página

- 8.2** Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).
- 8.3** No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. Nomenclatura

- 9.1** Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. Ética em pesquisas envolvendo seres humanos

- 10.1** A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos

princípios éticos contidos na *Declaração de Helsinki* (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

10.2 Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

10.4 Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

11. Processo de submissão online

11.1 Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do site do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>.

11.2 Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

11.3 Inicialmente o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em "Cadastre-se" na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em "Esqueceu sua senha? Clique aqui".

11.4 Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em "Cadastre-se" você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

12. Envio do artigo

12.1 A submissão online é feita na área restrita de gerenciamento de artigos: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>. O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o link "Submeta um novo artigo".

12.2 A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP.

O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

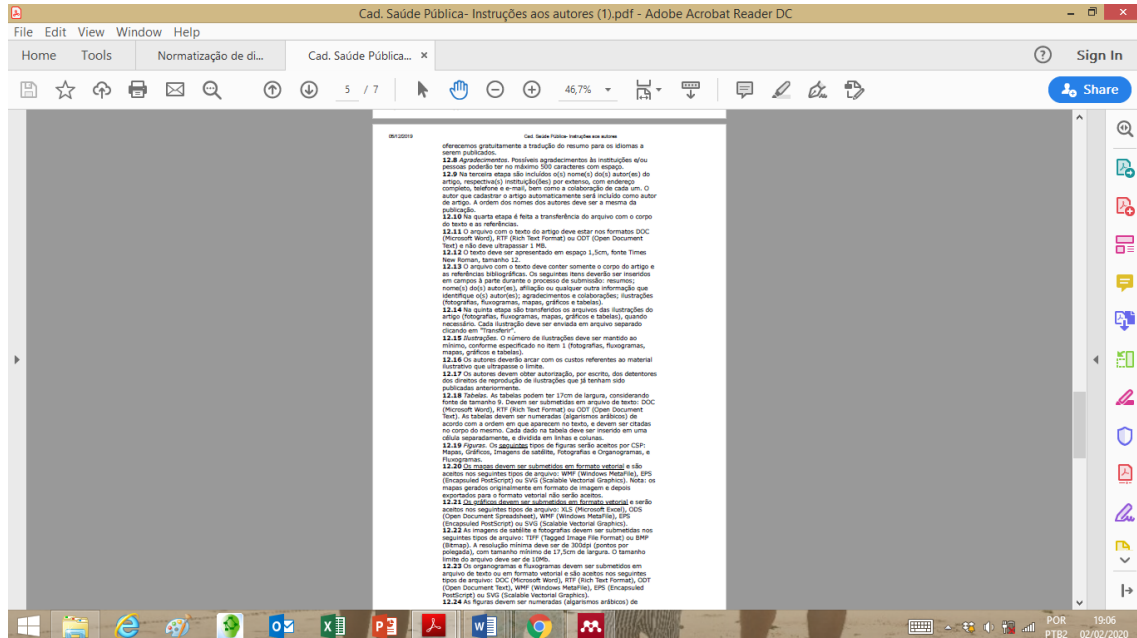
12.3 Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 O título completo (nos idiomas Português, Inglês e Espanhol) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

12.5 O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

12.6 As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

12.7 *Resumo.* Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo no idioma original do artigo, podendo ter no máximo 1.700 caracteres com espaço. Visando ampliar o alcance dos artigos publicados, CSP publica os resumos nos idiomas português, inglês e espanhol. No intuito de garantir um padrão de qualidade do trabalho,



acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo.

12.25 Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 *Formato vetorial*. O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 *Finalização da submissão*. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

12.28 *Confirmação da submissão*. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a Secretaria Editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

13. Acompanhamento do processo de avaliação do artigo

13.1 O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

13.2 O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

14. Envio de novas versões do artigo

14.1 Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos do sistema [SAGAS](#), acessando o artigo e utilizando o link "Submeter nova versão".

15. Prova de prelo

15.1 – A prova de prelo será acessada pelo(a) autor(a) de correspondência via sistema (<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>). Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site (<http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>).

15.2 – Para acessar a prova de prelo e as declarações, o(a) autor(a) de correspondência deverá acessar o link do sistema:

<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>, utilizando login e senha já cadastrados em nosso site. Os arquivos estarão disponíveis na aba "Documentos". Seguindo o passo a passo:

15.2.1 – Na aba "Documentos", baixar o arquivo PDF com o texto e as declarações (*Aprovação da Prova de Prelo, Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica) e Termos e Condições*);

15.2.2 – Encaminhar para cada um dos autores a prova de prelo e a declaração de *Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica)*;

15.2.3 – Cada autor(a) deverá verificar a prova de prelo e assinar a declaração *Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica)*;

15.2.4 – As declarações assinadas pelos autores deverão ser escaneadas e encaminhadas via sistema, na aba "Autores", pelo autor de correspondência. O upload de cada documento deverá ser feito no espaço referente a cada autor(a);

15.2.5 – Informações importantes para o envio de correções na prova:

15.2.5.1 – A prova de prelo apresenta numeração de linhas para facilitar a indicação de eventuais correções;

15.2.5.2 – Não serão aceitas correções feitas diretamente no arquivo PDF;

15.2.5.3 – As correções deverão ser listadas na aba "Conversas", indicando o número da linha e a correção a ser feita.

15.3 – As Declarações assinadas pelos autores e as correções a serem feitas deverão ser encaminhadas via sistema

(<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>) no prazo de 72 horas.