



FMUC FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Mestrado integrado em Medicina Dentária

Avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde oral em crianças e adolescentes

Beatriz Filipa Oliveira Caetano

Orientadora: Mestre Sara Rosa

Coorientadora: Mestre Bárbara Cunha

Coimbra, 2018

Avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde oral em crianças e adolescentes

Caetano B.*, Cunha B.**, Rosa S.***

*Aluna do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

**Assistente Convidada da Unidade Curricular de Odontopediatria II e III do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

*** Assistente Convidada da Unidade Curricular de Odontopediatria I, II e III do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Área de Medicina Dentária da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Av. Bissaya Barreto, Bloco de Celas

3000-075 Coimbra

Portugal

Tel: +351 239 484 183

Fax: +351 239 402 910

E-mail: bfilipa_1995@hotmail.com

Sumário

- Resumo/Abstract
- Introdução
- Materiais e métodos
- Resultados
- Discussão
- Conclusão
- Agradecimentos
- Referências
- Anexos
- Índice
- Índice de tabelas e gráficos
- Lista de Abreviaturas

RESUMO

Introdução: A qualidade de vida relacionada com a saúde oral é descrita como uma avaliação do impacto psicossocial e físico da saúde oral no indivíduo, tendo sido amplamente estudada em adultos. No sentido de implementar programas preventivos e de promoção de hábitos de saúde oral, torna-se relevante estudar esta relação em faixas etárias mais jovens.

Objetivos: Avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde oral de uma amostra de crianças e adolescentes frequentadores da consulta de Odontopediatria, do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, complementada por uma revisão narrativa da literatura mais recente sobre o tema.

Metodologia: Foi realizada uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados PubMed/MEDLINE e EBSCOhost, utilizando os termos: “*Oral health-related quality of life*”, “*oral health impact profile*”, “*children*”, “*adolescents*”, e “*pediatric dentistry*”, conjugadas através dos conetores booleanos AND/OR, limitando a pesquisa a artigos publicados em inglês e português, nos últimos 10 anos e com resumo disponível. Concomitantemente, foram aplicados 107 inquéritos (baseados no modelo “Oral Health Impact Profile”) a uma amostra de crianças e adolescentes dos 10 aos 16 anos de idade seguidas na consulta de Odontopediatria da Área de Medicina Dentária, Estomatologia e Cirurgia Maxilo-facial do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, complementados pela realização de exame intraoral.

Resultados: Na revisão bibliográfica, identificaram-se 315 referências atendendo aos critérios de inclusão. Foram selecionadas 31 publicações, tratando-se de 3 revisões sistemáticas e 28 estudos clínicos. Adicionaram-se, por referência cruzada, 17 publicações perfazendo um total de 48 referências. Na amostra deste estudo (n=107) verificou-se um índice CPOD de 3.8 ± 3.0 e uma taxa de prevalência de cárie dentária de 85%. Relativamente ao Índice de Placa Simplificado, verificou-se um valor médio de 1.6 ± 0.6 . Quanto ao questionário aplicado, a opção de resposta mais escolhida foi “Nunca”, no que diz respeito a todas as questões realizadas, sendo a dimensão mais afetada pela saúde oral a “Dor física”. Não se observou uma relação estatisticamente significativa entre a qualidade de vida e o estado de saúde oral.

Conclusão: Reconhece-se a necessidade de desenvolver estudos adicionais nesta temática, sublinhando o papel ativo do médico dentista na prevenção da patologia oral

e na implementação de programas de promoção da saúde oral que visem a alteração de comportamentos e sustentem a inclusão e manutenção de hábitos saudáveis.

Palavras-chave: *“qualidade de vida relacionada com a saúde oral”, “Perfil de Impacto da Saúde Oral”, “crianças”, “adolescentes” e “odontopediatria”.*

ABSTRACT

Introduction: Oral health-related quality of life is described as an assessment of the psychosocial and physical impact of oral health on the individual and has been extensively studied in adults. Aiming the implementation of preventive programs and promotion of oral health habits, it is relevant to study this relationship in younger age groups.

Objectives: Evaluation of oral health-related quality of life of a sample of children and adolescents attending the Pediatric Dentistry consultation of the Integrated Master of Dentistry of the Faculty of Medicine of the University of Coimbra, complemented by a narrative review of the most recent literature on the subject.

Methods: A bibliographic search was conducted in the PubMed/MEDLINE and EBSCOhost databases, using the terms "*oral health-related quality of life*", "*oral health impact profile*", "*children*", "*adolescents*", and "*pediatric dentistry*", conjugated through the boolean connectors AND/OR, limited to articles published in English and Portuguese, in the last 10 years, with abstract available. Simultaneously, a total of 107 surveys (based on the "Oral Health Impact Profile" model) were applied to a sample of children and adolescents from 10 to 16 years followed in the Pediatric Dentistry consultation of the Dentistry, Stomatology and Maxillofacial Surgery Area of the Coimbra Hospital and University Center, complemented by an intraoral examination.

Results: In the bibliographic review, 315 references were identified according to the inclusion criteria. 31 publications were selected, being 3 systematic reviews and 28 clinical studies. 17 publications were added cross-referenced making a total of 48 references. In this study sample (n = 107) a DMFT index of 3.8 ± 3.0 was verified and the prevalence rate of dental caries was 85%. For the simplified plaque index was found an average of 1.6 ± 0.6 . Regarding the questionnaire applied in the sample, the most chosen response option was "Never", with respect to all the questions asked, and the dimension most affected by oral health was "Physical pain". Finally, there was no statistically significant relationship between quality of life and oral health status.

Conclusion: It is recognized the need to develop additional studies in this area, emphasizing the active role of the dentist in the prevention of oral pathology and in the implementation of oral health promotion programs aiming to change behaviors and support the inclusion and maintenance of healthy habits.

Key-Words: "*oral health-related quality of life*", "*oral health impact profile*", "*children*", "*adolescents*" and "*pediatric dentistry*"

1. INTRODUÇÃO

A saúde oral é, segundo a OMS, um estado livre de dor oral e/ou facial e de outras patologias e/ou distúrbios, tais como cancro oral, doença periodontal, cárie ou perda dentária, que conduzam a alterações mastigatórias, fonéticas e sociais. A literatura científica disponível faz referência a vários estudos que avaliam a relação entre a saúde oral e a qualidade de vida do indivíduo, nomeadamente no que concerne ao impacto de distúrbios específicos da cavidade oral, como cárie dentária, traumatologia oral, má oclusão, fluorose e doença periodontal ⁽¹⁻⁹⁾.

A cárie dentária afeta 60-90% das crianças e jovens em todo o mundo, embora esteja estabelecido que possa ser devidamente prevenida ⁽¹⁰⁾. Encontra-se intimamente relacionada com desconforto, dor, dificuldades mastigatórias, perturbação do sono e, conseqüentemente, do desenvolvimento da criança, acarretando conseqüências económicas, sociais e emocionais, com forte impacto na qualidade de vida do indivíduo afetado e na dos que o rodeiam ^(1-4,8,11-20).

De forma a compreender melhor a relação entre a saúde oral e a qualidade de vida, tornou-se necessário criar métodos que não avaliassem somente o seu aspeto normativo, o que refletiria inadequadamente o estado da saúde oral pois não capturaria o funcionamento oral e o bem-estar psicossocial do indivíduo ^(8,20,21). Estas medidas têm em linha de conta itens como o desconforto causado, a dificuldade na alimentação, distúrbios no sono, autoestima e interação social ^(15,17).

A qualidade de vida relacionada com a saúde oral (QdVRSO) é descrita como um conceito subjetivo e multidimensional que consiste na avaliação da perceção do indivíduo de como a sua saúde oral influencia o seu bem-estar geral e a sua autoestima ^(17,22). A importância do estabelecimento desta relação é amplamente reconhecida na condução de diversos estudos no âmbito da patologia oral, o que conduziu a um acréscimo no desenvolvimento e utilização de instrumentos específicos ^(23,24). Entre os mais reconhecidos estão questionários como o Perfil de Impacto da Saúde Oral (Oral Health Impact Profile - OHIP- 49), a sua forma reduzida (OHIP-14) e o Impacto Oral sobre o Desempenho Diário (Oral Impact on Daily Performance - OIDP) ⁽²⁵⁾. O OHIP-49 é constituído por 49 questões e, tal como a sua versão mais breve, o OHIP-14, define 7 dimensões de impacto ⁽²⁶⁾. O OHIP-14 e OIDP são medidas compostas por poucas questões, o que favorece a sua fácil utilização em estudos populacionais, sendo que este último tem somente 8 itens ⁽²⁷⁾. O OIDP centra-se mais na medição dos impactos mais graves, nomeadamente a deficiência e a incapacidade ⁽²⁷⁾.

O perfil de Impacto da Saúde Oral – versão curta (OHIP-14) é um dos instrumentos de avaliação da QdVRSO que tem sido amplamente utilizado em vários estudos transversais e longitudinais. É dividido em 7 subescalas, permitindo avaliar a limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, psicológica e social e desvantagens (Quadro 1) ⁽²⁸⁾.

Dimensão	Item (aspeto a avaliar)
Limitação funcional	1. Dificuldade em pronunciar palavras/frases 2. Diminuição da sensibilidade do paladar
Dor física	3. Sensação de dor 4. Sensação de desconforto no ato de comer
Desconforto psicológico	5. Pouco à vontade 6. Tensão provocada pela condição oral
Incapacidade física	7. Possível prejuízo na alimentação (deixar de comer) 8. Necessidade de interromper as refeições
Incapacidade psicológica	9. Dificuldade em relaxar 10. Vergonha pela condição oral
Incapacidade social	11. Impacto na interação com os outros (menos tolerante) 12. Dificuldade em realizar atividades habituais
Desvantagem	13. Menor satisfação com a vida em geral 14. Perceção de incapacidade em desenvolver as suas atividades

Quadro 1- Descrição dos aspetos avaliados em cada dimensão pelo OHIP-14.

A aplicação destes inquéritos em crianças apresenta algumas limitações, nomeadamente a noção de autoconceito e do seu conhecimento de saúde que se encontram dependentes da idade e que resultam do seu contínuo desenvolvimento cognitivo, emocional, social e linguístico ^(29,30). Por essa razão, e até há relativamente pouco tempo, a qualidade de vida relacionada à saúde oral das crianças era avaliada recorrendo exclusivamente aos pais/responsáveis legais como informantes, no entanto, existia a dificuldade em distinguir a perceção da criança da dos pais ⁽³⁰⁾.

Com o intuito de questionar e obter resposta das próprias crianças, foram desenvolvidas medidas de avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde oral adaptadas a esta faixa etária, nas quais se incluem o Instrumento de Avaliação da QdVRSO na Criança (COHQoL), a versão infantil do OIDP (CHILD-OIDP), a Escala de Impacto da Saúde Oral na Infância (Early Childhood Oral Health Impact Scale – ECOHIS) e o Perfil de Impacto da Saúde Oral Infantil (COHIP) ⁽²⁵⁾. O COHQoL, utilizado em crianças dos 6 aos 14 anos, é constituído por três componentes: o Questionário de Perceção dos Cuidadores (PPQ), a Escala de Impacto Familiar (FIS), para avaliar os impactos dos problemas orais das crianças nos pais e na família, e o Questionário de Perceção Infantil para diferentes faixas etárias (Child Perception Questionnaire – CPQ₆₋₇, CPQ₈₋₁₀, CPQ₁₁₋₁₄) ⁽³¹⁾. O CPQ, administrado à criança ao invés dos pais, consiste em questões que abrangem quatro domínios da saúde (sintomas orais, limitações funcionais, bem-estar emocional e social), permitindo avaliar não só as experiências relacionadas com a doença, mas de que modo essas experiências comprometem a qualidade de vida da criança ⁽⁶⁾. Neste questionário, existem 5 opções de resposta (“Nunca”, “Uma ou duas vezes”, “Às vezes”, “Frequentemente” e “Todos os dias ou quase todos os dias”), e o número total de questões varia consoante a faixa etária, indo desde 25 itens no CPQ₈₋₁₀ a 41 itens no CPQ₁₁₋₁₄, sendo que ambos avaliam os impactos nos últimos 3 meses ^(22,32). O objetivo do Child-OIDP é medir o impacto dos distúrbios na saúde oral nas atividades diárias comumente realizadas pelas crianças relativamente ao desempenho físico, psicológico e social ^(17,32). Esta medida possui uma lista com todos os problemas orais que as crianças são capazes de perceber e utiliza imagens para ilustrar as perguntas ⁽³²⁾. O ECOHIS é um instrumento com 13 questões, que inclui uma subescala com 9 itens, utilizado para avaliar a QdVRSO em crianças mais pequenas, entre os 2 e 5 anos de idade, sendo a sua administração feita aos seus pais ou cuidadores ^(9,32,33). Por fim, o COHIP é uma medida com 34 questões, que pretende questionar a criança de que modo experienciou impactos orais específicos nos últimos 3 meses, sendo dividida em 5 dimensões (saúde oral, bem-estar funcional, bem-estar social e emocional, ambiente escolar e autoimagem) ⁽³⁴⁾. As opções de resposta deste questionário são 5, “Nunca”, “Quase nunca”, “Às vezes”, “Bastante frequente” e “Quase o tempo todo” ⁽³⁵⁾. O COHIP é utilizado em crianças com idades compreendidas entre os 8 e 15 anos e, ao contrário dos outros questionários, tem em conta não só os aspetos negativos mas também os aspetos positivos da saúde oral ⁽¹⁹⁾.

A avaliação da QdVRSO deve ser complementada com um exame intraoral de modo a estabelecer uma comparação entre o estado clínico do indivíduo e a sua perceção do mesmo. O estado de saúde oral, nomeadamente o diagnóstico de presença de lesão de

cárie dentária, pode ser avaliado a partir de várias medidas, nomeadamente o registo do número de dentes cariados, perdidos e restaurados (índice CPOD) da dentição decídua e da dentição permanente, e o Sistema Internacional de Detecção e Avaliação de Cárie dentária (ICDAS – International Caries Detection and Assessment System). O primeiro consiste num modelo de diagnóstico mais simplista, e é obtido pelo somatório do número de dentes com lesão de cárie, perdidos e restaurados, enquanto que o ICDAS diagnostica a lesão de cárie em diferentes estádios e contextos, isto é, tem em conta o processo da patologia, se afeta somente o esmalte ou se se trata de uma lesão em dentina, por exemplo ⁽¹¹⁾. A avaliação do estado de saúde oral pode ser, ainda, complementada pelo registo do Índice de Placa Simplificado (IPS) que define a eficácia da higiene oral ⁽³⁶⁾.

Tendo em conta todas estas premissas, e visando a implementação de medidas preventivas e de promoção de hábitos de vida saudáveis, o presente estudo objetiva estabelecer a relação da saúde oral com a qualidade de vida em crianças e adolescentes e avaliar a sua perceção quanto a esta condição.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

2.1. Pesquisa bibliográfica

O enquadramento teórico foi realizado com base na leitura integral de artigos selecionados pela pesquisa realizada em duas bases de dados, PubMed/MEDLINE e EBSCOhost, utilizando a conjugação dos termos “*oral health-related quality of life*”, “*oral health impact profile*”, “*children*”, “*adolescents*” e “*pediatric dentistry*”, através dos conectores booleanos AND/OR, limitando a pesquisa a artigos publicados nos últimos 10 anos, em língua portuguesa e inglesa, com resumo disponível e realizados em humanos. A pesquisa bibliográfica foi conduzida entre os dias 31 de Outubro de 2017 e 31 de Dezembro de 2017.

2.2. Estudo empírico

O estudo empírico consistiu na aplicação do questionário OHIP-14 (anexo I), numa amostra de conveniência de crianças com idades compreendidas entre os 10 e os 16 anos, que frequentam as consultas de Odontopediatria do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra a decorrer na Área de Medicina Dentária do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), no período decorrido entre 1 de novembro de 2017 e 27 de fevereiro de 2018.

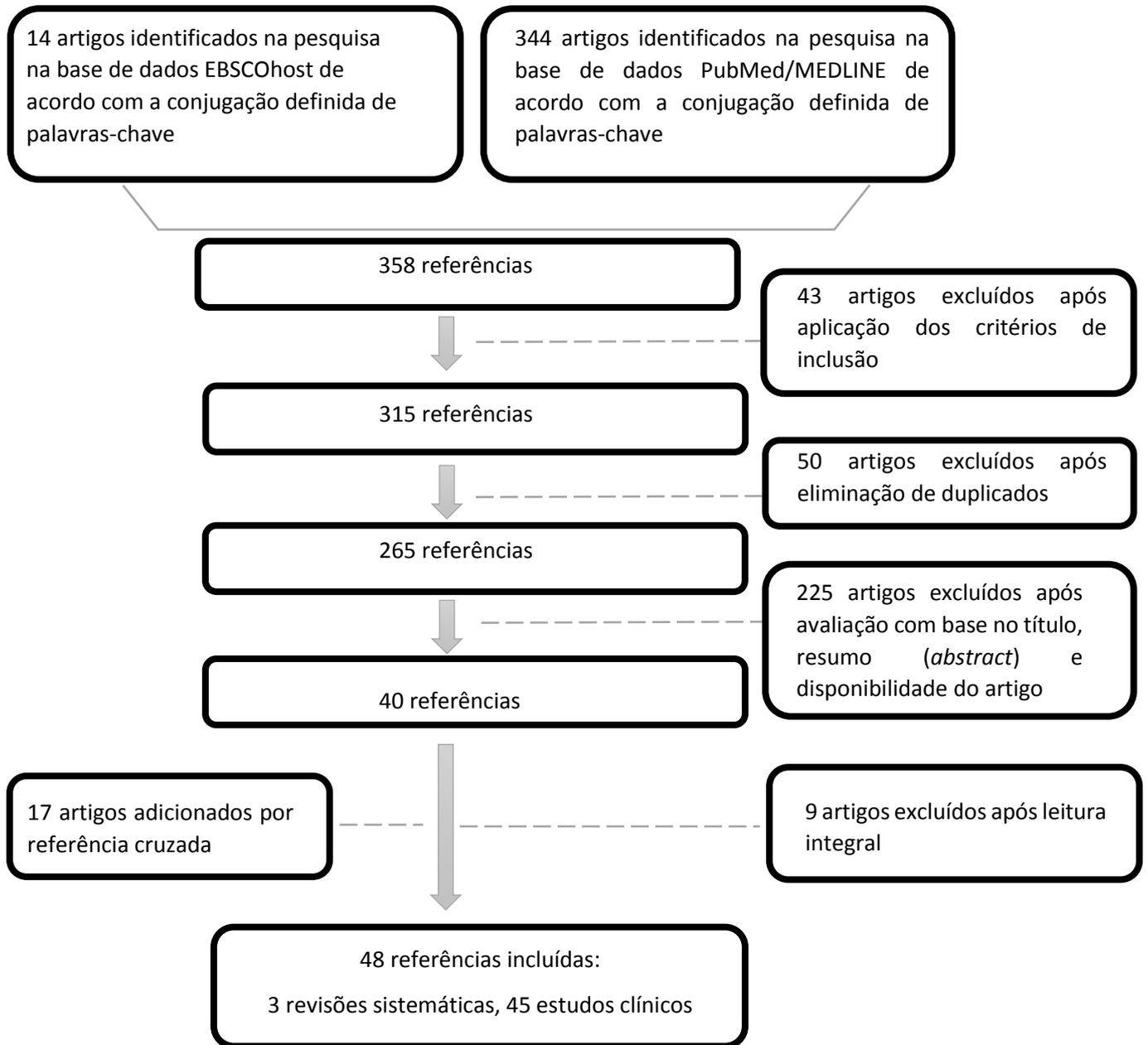
Foram definidos como critérios de inclusão à participação no estudo crianças na faixa etária dos 10 aos 16 anos, cujos pais/tutores autorizaram a sua participação, confirmada pela assinatura do consentimento informado (anexo II). Excluíram-se todas as crianças portadoras de aparelho ortodôntico fixo, com alterações na estrutura dentária e/ou que demonstrassem incapacidade de responder ao inquérito.

Concomitantemente, foi realizado um exame intraoral e registo dos dados obtidos (anexo III) por uma única examinadora, previamente calibrada, de acordo com as medidas de controlo de contaminação e infeção cruzada preconizadas. Com recurso a um espelho intraoral e uma sonda, foi registado o índice CPOD, com o seguinte código: 0 – dente são; 1 – dente cariado; 2 – dente perdido; 3 – dente restaurado; 4 – não erupcionado. Com o auxílio de um revelador de placa (Plaque Test[®], Ivoclar vivadent; Dento-Plaque Inava[®], Pierre Fabre Oral Care) foi medido o IPS. Quanto ao IPS, este foi preconizado para 6 dentes, registando um valor que variava entre 0 e 3, sendo o 0 quando a superfície não se encontrava corada, 1 para o 1/3 da superfície corada, 2 para 2/3 da superfície e 3 para quando se encontrava totalmente corada.

Os dados do questionário e da observação oral foram inseridos numa folha de Excel da versão 15.0.4989.1000 de 2013 para posterior análise estatística, no IBM SPSS, v24.

3. RESULTADOS

3.1. Revisão da literatura



Esquema 1 – *Prisma Flow* ilustrando a metodologia de seriação da pesquisa bibliográfica realizada.

De seguida, são apresentadas algumas conclusões de maior relevância da bibliografia em estudo.

Tabela I – Resultados mais relevantes dos estudos analisados: estudos clínicos e de revisão.

	AUTOR	ANO	OBJETIVO	CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO	CONCLUSÕES
REVISÃO SISTEMÁTICA	Barbosa <i>et al.</i> ⁽³⁾	2008	Estabelecer a relação entre o estado de saúde oral e a qualidade de vida na infância.	Child-OIDP COHIP CPQ ₈₋₁₀ CPQ ₁₁₋₁₄	- Verificou-se uma relação significativa entre o estado de saúde oral e a qualidade de vida na infância, isto é, uma melhor saúde oral estava relacionada com uma melhor qualidade de vida.
	Barbosa <i>et al.</i> ⁽¹²⁾	2008	Avaliar a percepção das crianças sobre a qualidade de vida relacionada com a saúde oral e a sua validação.	CPQ ₁₁₋₁₄ CPQ ₈₋₁₀ Child-OIDP	- Verificou-se que com o questionário apropriado à idade, validado e com informações confiáveis, a percepção da criança quanto à relação entre a sua qualidade de vida e a saúde oral é válida.
	Barbosa <i>et al.</i> ⁽³⁰⁾	2008	Verificar concordância entre os relatos dos pais e da criança sobre a QdVRSO e avaliar a associação entre eles.	PPQ CPQ FIS	- Os pais e a criança reportam diferentes relatos. No entanto, eles devem ser vistos como complementares.

	AUTOR	ANO	OBJETIVO	CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO	CONCLUSÕES
ESTUDOS CLÍNICOS	Paula <i>et al.</i> ⁽³⁷⁾	2017	Investigar o impacto das patologias da cavidade oral na mudança de percepção da QdVRSO.	CPQ ₁₁₋₁₄ 12 anos (após 3 anos, aos 15 anos) n= 286	- Verificou-se uma associação significativa entre a experiência de cárie dentária e uma diminuição da QdVRSO. No entanto, tal não se verificou na existência de má-oclusão.
	Barbosa <i>et al.</i> ⁽⁶⁾	2016		CPQ ₈₋₁₀ CPQ ₁₁₋₁₄ 8-14 anos n=264	- Verificou-se impacto na QdVRSO na presença de cárie dentária, má-oclusão e disfunção temporo-mandibular.
	Bakthiar <i>et al.</i> ⁽³⁶⁾	2014		Child-OIDP 11-13 anos n=400	-Verificou-se impacto na QdVRSO na presença de cárie dentária, gengivite e má-oclusão.
	Basavara j <i>et al.</i> ⁽¹⁷⁾	2013		Child-OIDP 12 e 15 anos n=900	- Verificou-se impacto na QdVRSO na presença de cárie dentária, má-oclusão e traumatismo dentário.

	AUTOR	ANO	OBJETIVO	CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO	CONCLUSÕES
ESTUDOS CLÍNICOS	Foster Page <i>et al.</i> ⁽³⁸⁾	2013	Investigar o impacto das patologias da cavidade oral na mudança de percepção da QdVRSO.	CPQ ₁₁₋₁₄ 12 e 13 anos n=353	- A relação entre QdVRSO e as doenças orais não foi direta. A presença de má-oclusão foi associada diretamente com a QdVRSO enquanto que a experiência de cárie dentária foi mais indireta.
	Krisdapo ng <i>et al.</i> ⁽⁸⁾	2012		Child-OIDP 12 e 15 anos n=1874	- Verificou-se uma diminuição significativa na QdVRSO na presença de cárie dentária. Nas crianças de 12 anos com gengivite e cálculos verificou-se esse impacto negativo na QdVRSO, no entanto, tal não foi observado em adolescentes de 15 anos.
	Krisdapo ng <i>et al.</i> ⁽¹⁸⁾	2009		Child-OIDP OIDP 12 e 15 anos n= 1881	- Verificou-se que a cárie dentária e as úlceras orais causam um impacto negativo significativo na qualidade de vida das crianças e adolescentes. No entanto, o mesmo não se observou perante a presença de gengivite.

	AUTOR	ANO	OBJETIVO	CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO	CONCLUSÕES
ESTUDOS CLÍNICOS	Mota-Veloso <i>et al.</i> ⁽³⁹⁾	2016	Avaliar o impacto da cárie dentária não tratada na qualidade de vida	CPQ ₈₋₁₀ 8-10 anos n=587	- A cárie dentária não tratada e as suas consequências clínicas exerceram um impacto negativo na qualidade de vida das crianças
	Feldens <i>et al.</i> ⁽¹⁶⁾	2016		CPQ ₁₁₋₁₄ 11-14 anos n=509	
	Pulache <i>et al.</i> ⁽⁴⁾	2016	Estabelecer o impacto da cárie dentária, do traumatismo dentário e da descoloração coronária na QdVRSO	CPQ ₁₁₋₁₄ 11-14 anos n=473	- Verificou-se que a cárie dentária provocava um impacto negativo na qualidade de vida das crianças. Por outro lado, não se observou uma associação significativa entre a presença de traumatismo dentário ou descoloração coronária e uma diminuição da QdVRSO.

	AUTOR	ANO	OBJETIVO	CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO	CONCLUSÕES
ESTUDOS CLÍNICOS	Aimee <i>et al.</i> ⁽⁵⁾	2016	Determinar o impacto da cárie dentária e da fluorose na QdVRSO	CPQ ₁₁₋₁₄ 10-15 anos n=618	- Verificou-se um impacto negativo na qualidade de vida perante a presença de cárie dentária, todavia, não se estabeleceu uma associação significativa entre a existência de fluorose e uma diminuição da QdVRSO.
	Onoriobe <i>et al.</i> ⁽⁹⁾	2014		ECOHis; FIS; CPQ ₈₋₁₀ ; CPQ ₁₁₋₁₄ . 7-14 anos n= 4584	

	AUTOR	ANO	OBJETIVO	CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO	CONCLUSÕES
ESTUDOS CLÍNICOS	Oziegbe <i>et al.</i> (40)	2011	Avaliar o impacto da extração dentária sem substituição, dentes anteriores fraturados não tratados, má oclusão, restaurações dentárias e aparelho ortodôntico na qualidade de vida em crianças e adolescentes da Nigéria.	OHIP-49 9-17 anos n=197	- Verificou-se que a presença de patologia dentária não tratada influencia negativamente a qualidade de vida. - A má oclusão apresentou um menor impacto na QdVRSO comparando com as crianças que usam aparelho ortodôntico.
	Anosike <i>et al.</i> (41)	2010	Avaliar objetivamente as necessidades de tratamento ortodôntico em crianças e adolescentes nigerianos e o impacto da má oclusão na sua qualidade de vida.	OHIP-14 12-16 anos n=805	- Verificou-se que a maioria das crianças e adolescentes nigerianos necessitava de tratamento ortodôntico. No entanto, não se observou impacto da má oclusão na sua qualidade de vida.
	Ravaghi <i>et al.</i> (25)	2009	Comparar a validade e confiabilidade entre o OHIP-14 e o COHIP na investigação da QdVRSO em adolescentes.	OHIP-14 COHIP 15-17 anos n= 234	- Os dois questionários são válidos e confiáveis na avaliação da QdVRSO.

3.2. Estudo empírico

Os resultados dos inquéritos respondidos pelas 107 crianças/adolescentes que constituem a nossa amostra foram, após análise de frequências, expressos em formato de gráficos e tabelas, sendo cada uma das questões sujeita a análise estatística descritiva, desenvolvida mais detalhadamente sempre que justificável.

3.2.1. Caracterização da amostra

A amostra é compreendida por 107 sujeitos, 58 (54.2%) do sexo masculino e 49 (45.8%) do sexo feminino (Gráfico 1). A idade média da amostra é 12.2 (± 1.8) anos, apresentando o indivíduo mais novo 10 anos e o mais velho 16 anos (Gráfico 2).

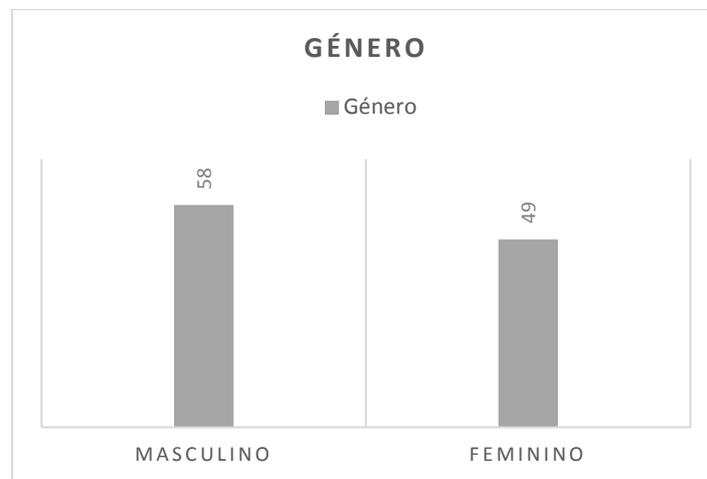


Gráfico 1 – Distribuição da amostra quanto ao género.

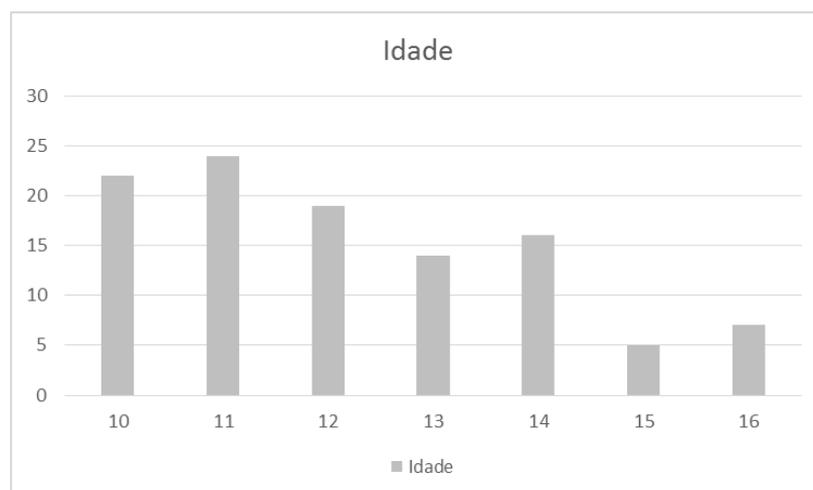


Gráfico 2 – Distribuição da amostra quanto à idade.

3.2.2. Resultados do questionário

Os gráficos seguintes mostram a distribuição de respostas obtidas para cada uma das questões do questionário.

3.2.2.1. À questão “Tiveste dificuldade em pronunciar alguma palavra por causa de problemas com os teus dentes ou boca?”, a maioria dos inquiridos (71%) respondeu “Nunca”, sendo que só 1% referiu “Quase sempre” (Gráfico 3).

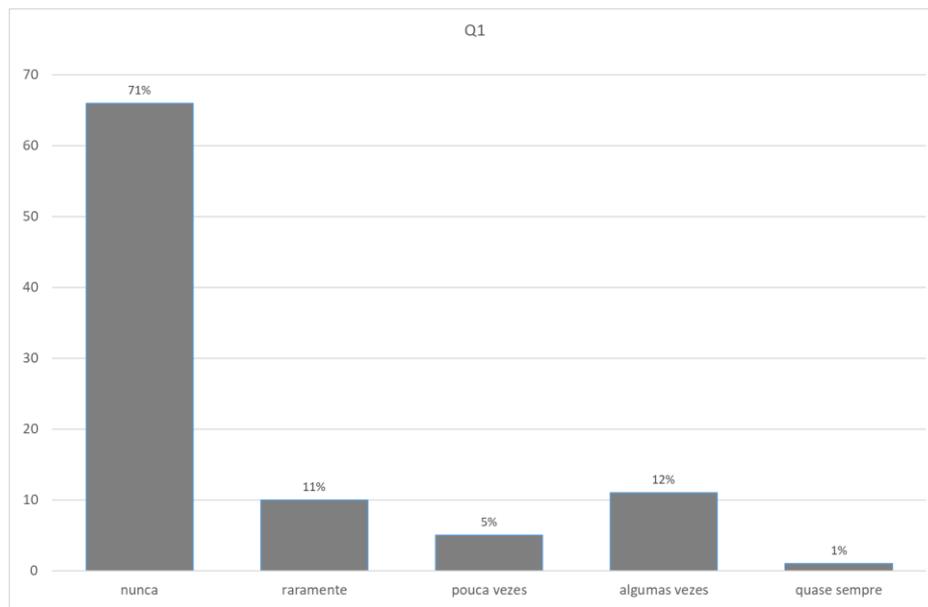


Gráfico 3 - Distribuição das respostas à pergunta "Tiveste dificuldade em pronunciar alguma palavra por causa de problemas com os teus dentes ou boca?".

3.2.2.2. Relativamente à pergunta “Sentiste que o teu paladar piorou por causa de problemas com os teus dentes ou boca?”, 77% dos indivíduos questionados referem que nunca sentiram alterações dessa ordem e apenas 8% responderam que o sentiram “Algumas vezes” ou “Poucas vezes” (Gráfico 4).

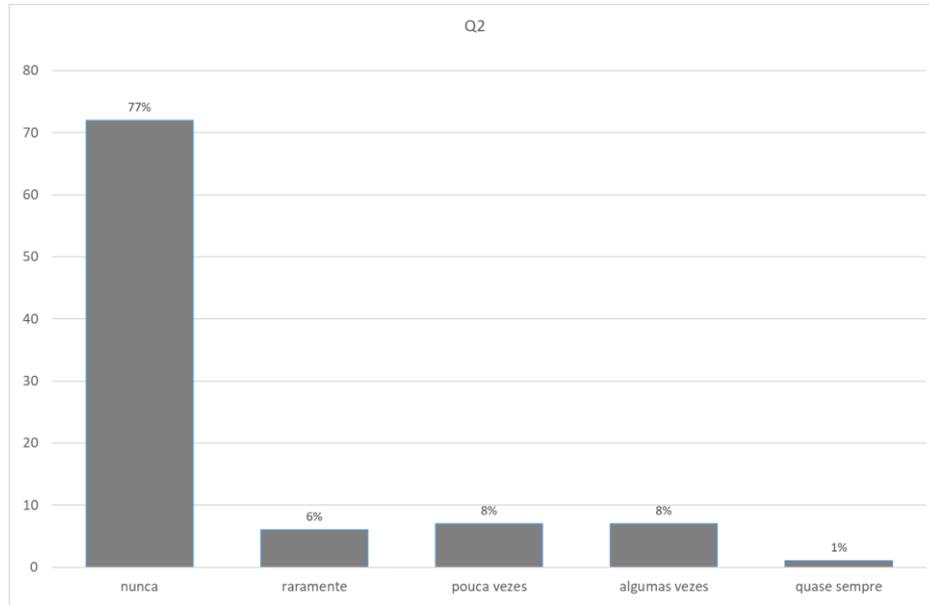


Gráfico 4- Distribuição das respostas à pergunta “Sentiste que o teu paladar piorou por causa de problemas com os teus dentes ou boca?”.

3.2.2.3. Quando colocada a questão “Tiveste dores na tua boca?”, as respostas encontram-se distribuídas, sendo que as mais assinaladas foram “Nunca” (32%), “Algumas vezes” (25%) e “Raramente” (23%) (Gráfico 5).

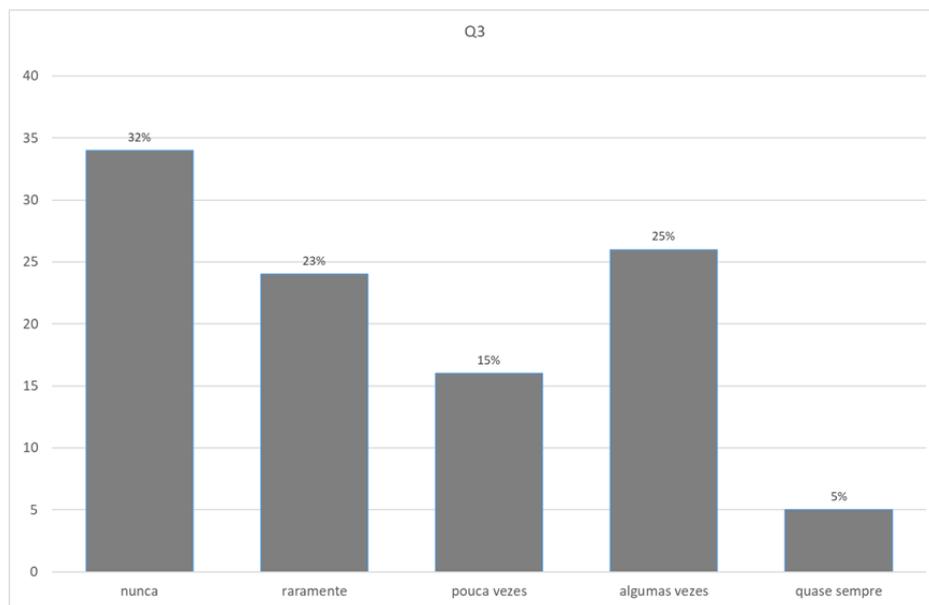


Gráfico 5 - Distribuição das respostas à pergunta “Tiveste dores na tua boca?”.

3.2.2.4. Questionados sobre “Sentiste desconforto a comer algum alimento por causa de problemas com os teus dentes ou boca?”, as respostas foram divergentes embora a opção “Nunca” tenha sido aquela que obteve uma maior percentagem (46%) (Gráfico 6).

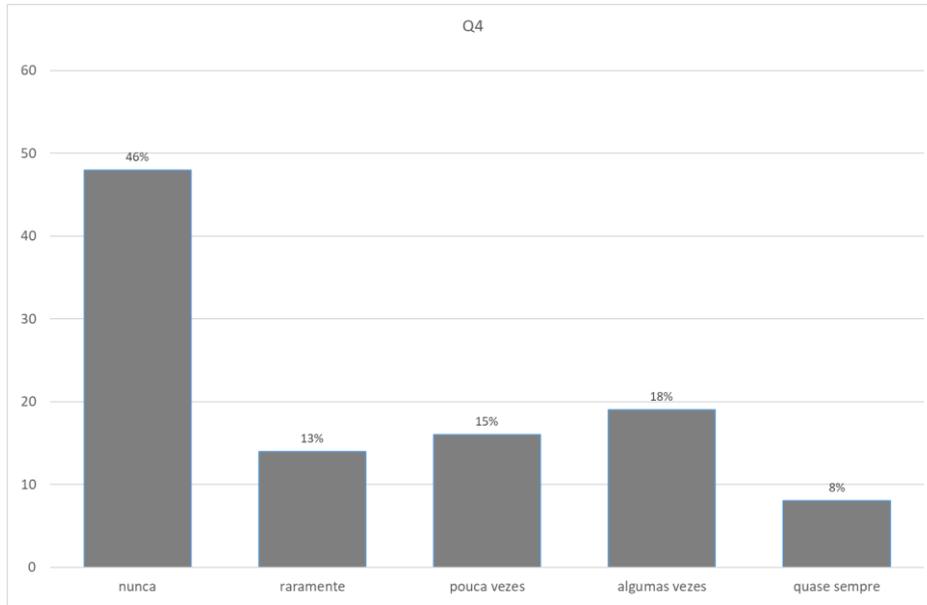


Gráfico 6 - Distribuição das respostas à pergunta “Sentiste desconforto a comer algum alimento por causa de problemas com os teus dentes ou boca?”

3.2.2.5. Quanto à questão “Tens-te sentido pouco à vontade por causa dos teus dentes ou boca?”, a opção mais assinalada foi “Nunca” (54%), seguida de “Raramente” (20%) e “Algumas vezes” (13%) (Gráfico 7).

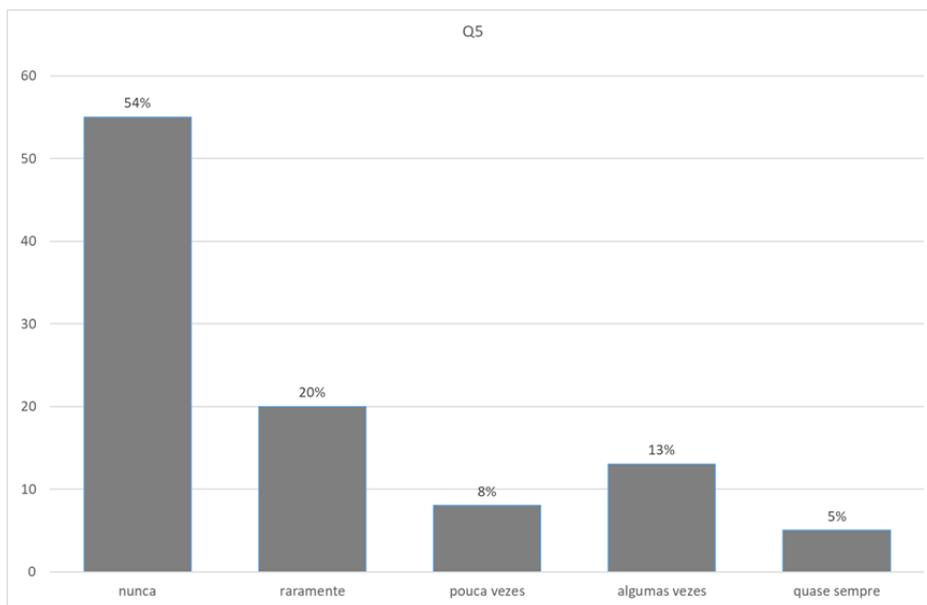


Gráfico 7 - Distribuição das respostas à pergunta “Tens-te sentido pouco à vontade por causa dos teus dentes ou boca?”.

3.2.2.6. Relativamente à questão “Sentiste-te tenso por causa de problemas com os teus dentes ou boca?”, 65% dos inquiridos selecionou a opção “Nunca” como resposta (Gráfico 8).

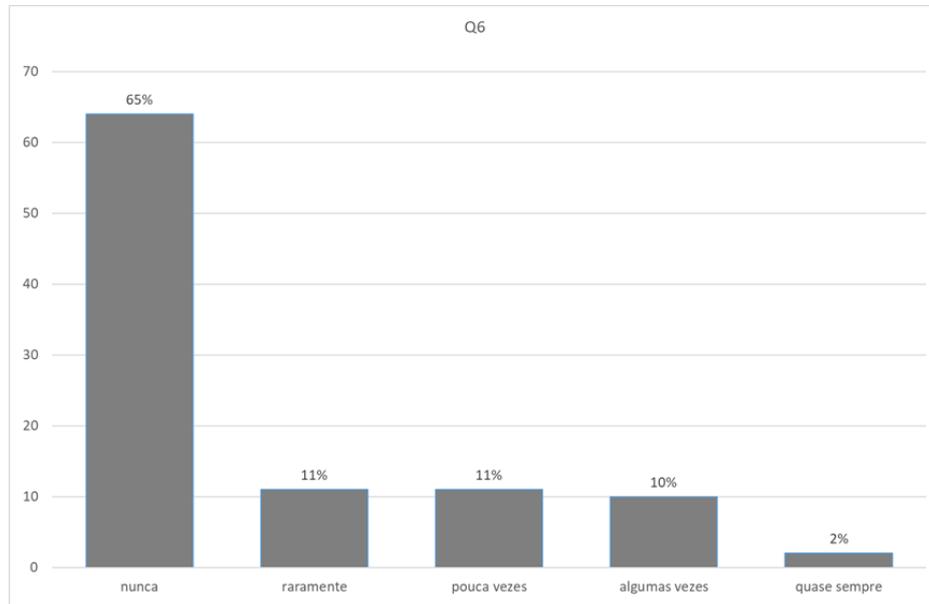


Gráfico 8 - Distribuição das respostas à pergunta “Sentiste-te tenso por causa de problemas com os teus dentes ou boca?”.

3.2.2.7. A pergunta “Já deixaste de comer algum alimento por causa de problemas com os teus dentes ou boca?” obteve maioritariamente como resposta “Nunca” (71%) (Gráfico 9).

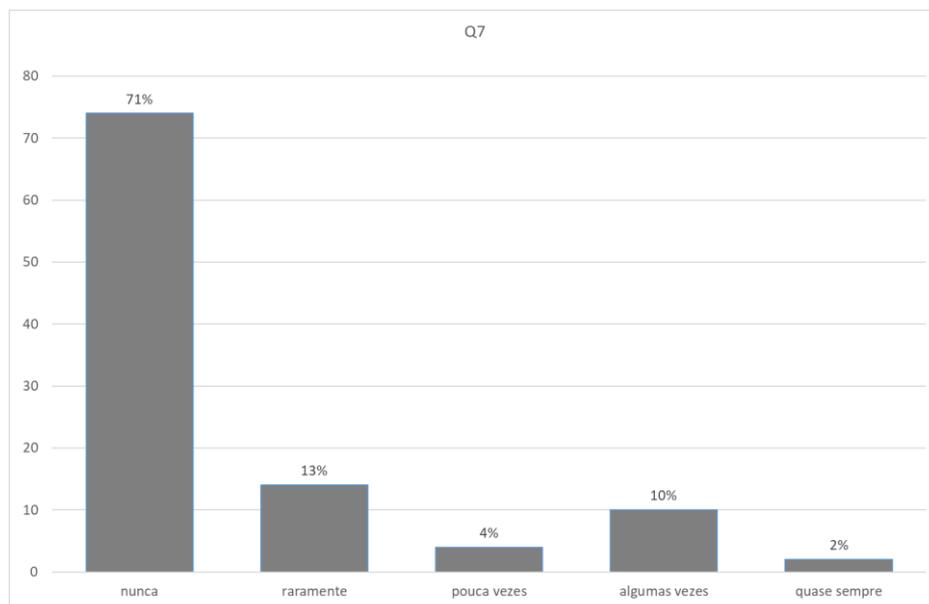


Gráfico 9 - Distribuição das respostas à pergunta “Já deixaste de comer algum alimento por causa de problemas com os teus dentes ou boca?”.

3.2.2.8. À questão “Tiveste de interromper refeições por causa de problemas com os teus dentes ou boca?” 73% dos inquiridos respondeu “Nunca”, não havendo nenhuma criança a referir a opção “Quase sempre” (Gráfico 10).

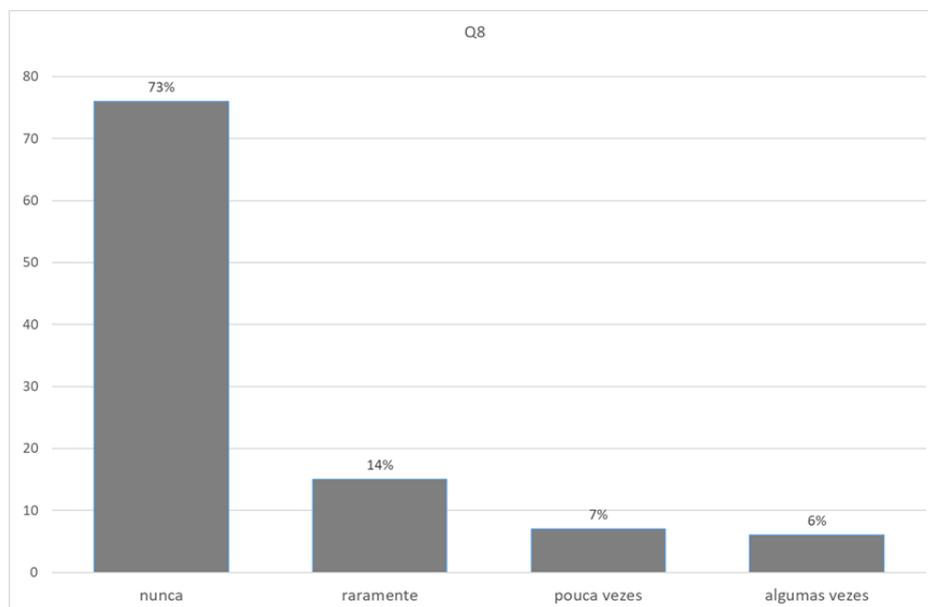


Gráfico 10 - Distribuição das respostas à pergunta “Tiveste de interromper refeições por causa de problemas com os teus dentes ou boca?”.

3.2.2.9. Em resposta à pergunta “Sentiste dificuldade em relaxar por causa de problemas com os teus dentes ou boca?”, a opção mais selecionada foi “Nunca” (66%), sem que nenhum dos inquiridos tenha optado por responder “Quase sempre” (Gráfico 11).

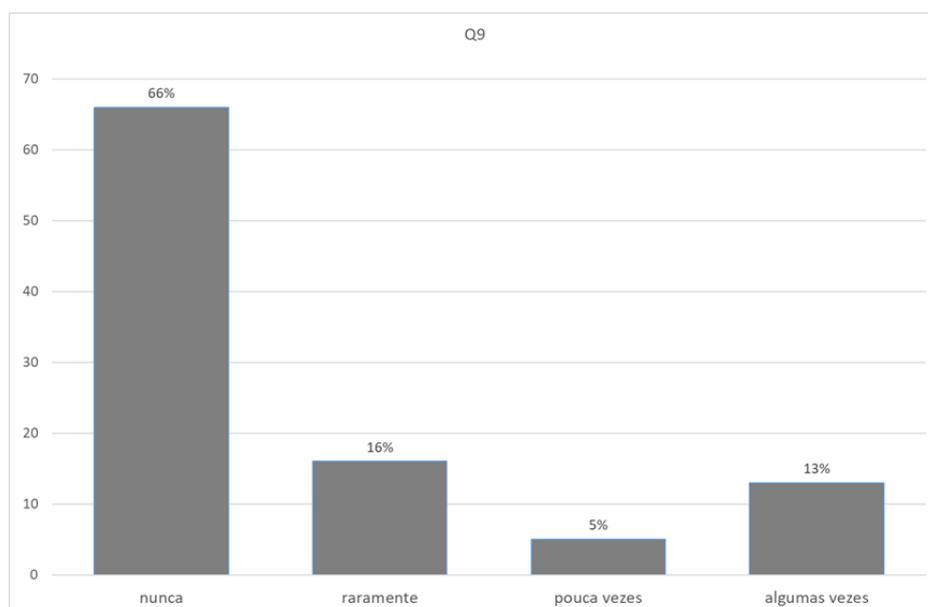


Gráfico 11 - Distribuição das respostas à pergunta “Sentiste dificuldade em relaxar por causa de problemas com os teus dentes ou boca?”.

3.2.2.10. Relativamente à pergunta “Tens-te sentido um pouco envergonhado por causa de problemas com os teus dentes ou boca?”, a maioria dos inquiridos escolheu a opção “Nunca” (59%) (Gráfico 12).

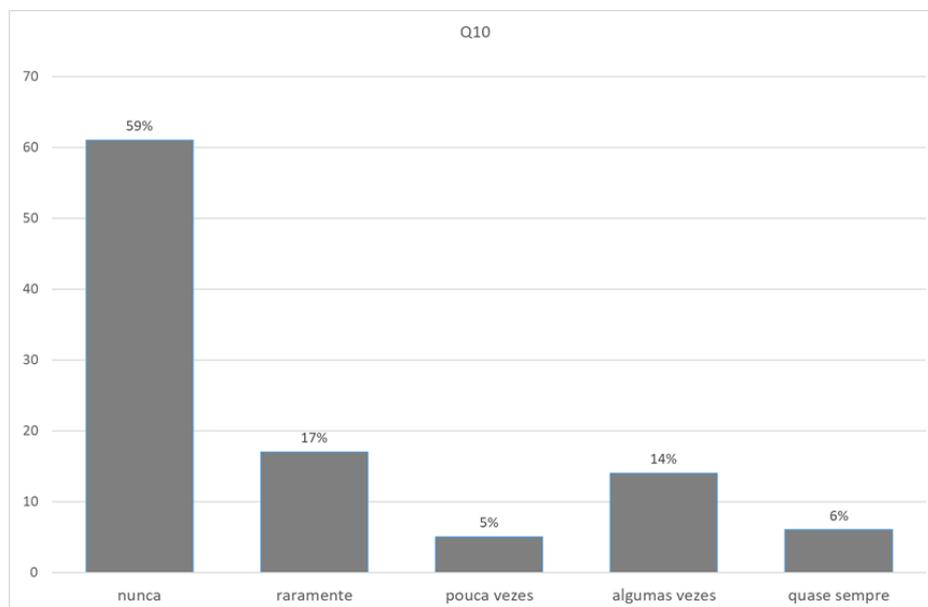


Gráfico 12 - Distribuição das respostas à pergunta “Tens-te sentido um pouco envergonhado por causa de problemas com os teus dentes ou boca?”.

3.2.2.11. Na questão “Tens sido menos tolerante ou paciente com a tua família por causa de problemas com os teus dentes ou boca?”, a maioria dos inquiridos (81%) selecionou a opção “Nunca” (Gráfico 13).

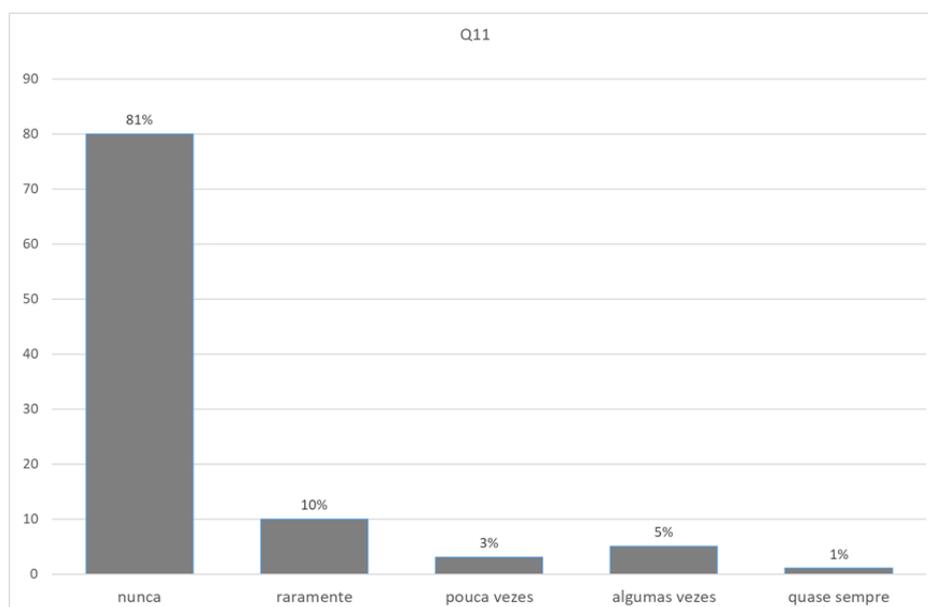


Gráfico 13 - Distribuição das respostas à pergunta “Tens sido menos tolerante ou paciente com a tua família por causa de problemas com os teus dentes ou boca?”.

3.2.2.12. Quando perguntado “Tiveste dificuldade em realizar as tuas atividades habituais por causa de problemas com os teus dentes ou boca?” a maioria dos inquiridos (78%) respondeu que “Nunca” sentiu dificuldade no último mês e nenhum refere a opção “Quase sempre” (Gráfico 14).

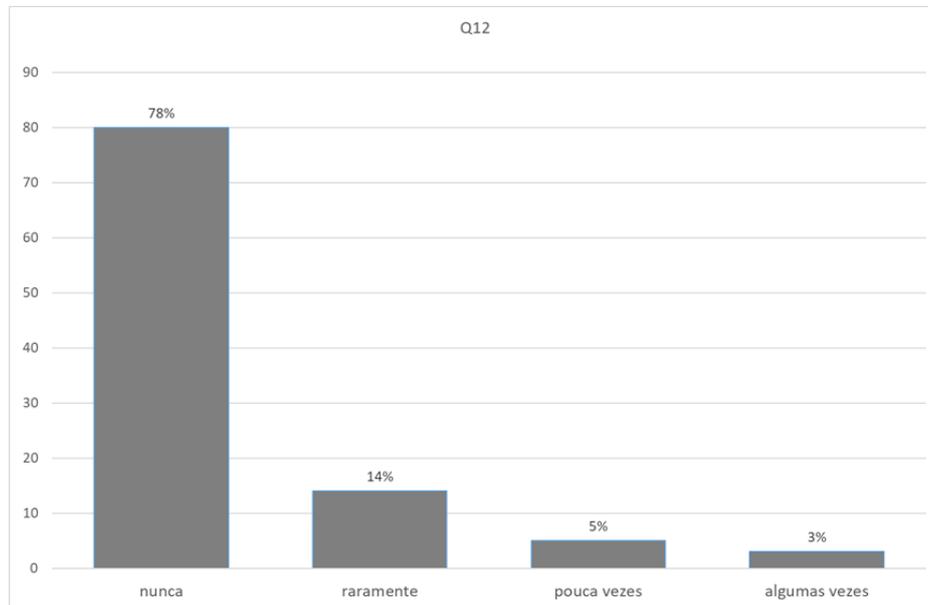


Gráfico 14 – Distribuição das respostas à pergunta “Tiveste dificuldade em realizar as tuas atividades habituais por causa de problemas com os teus dentes ou boca?”.

3.2.2.13. A maioria dos inquiridos (70%) respondeu “Nunca” à pergunta “Sentiste-te menos satisfeito com a vida em geral por causa de problemas com os teus dentes ou boca?” (Gráfico 15).

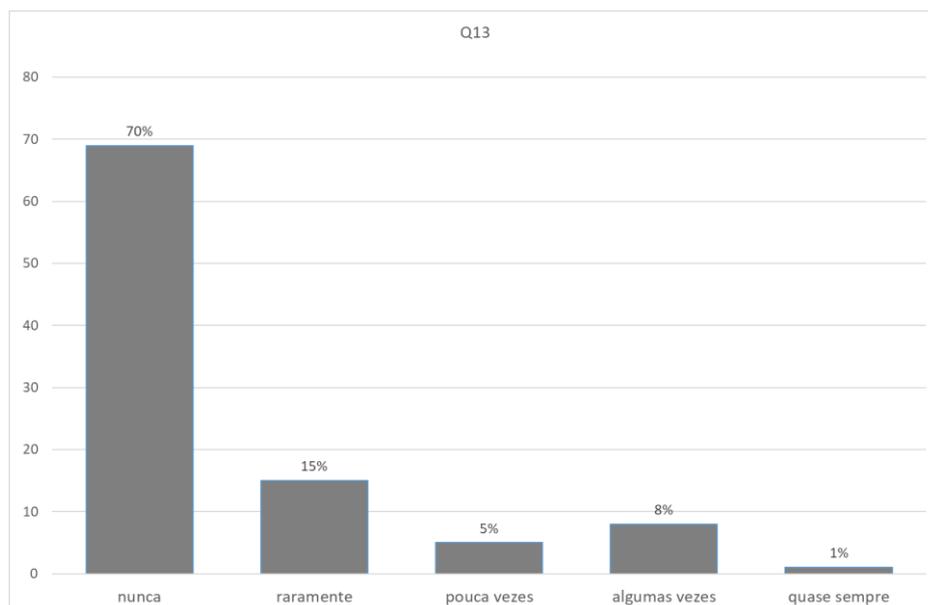


Gráfico 15 - Distribuição das respostas à pergunta “Sentiste-te menos satisfeito com a vida em geral por causa de problemas com os teus dentes ou boca?”.

3.2.2.14. Relativamente à questão “Tens sido totalmente incapaz de funcionar por causa de problemas com os teus dentes ou boca?”, a opção mais referida foi “Nunca” (89%), tendo as opções “raramente”, “poucas vezes” e “algumas vezes” sido residualmente escolhidas, sendo que ninguém escolheu “Quase sempre” (Gráfico 16).

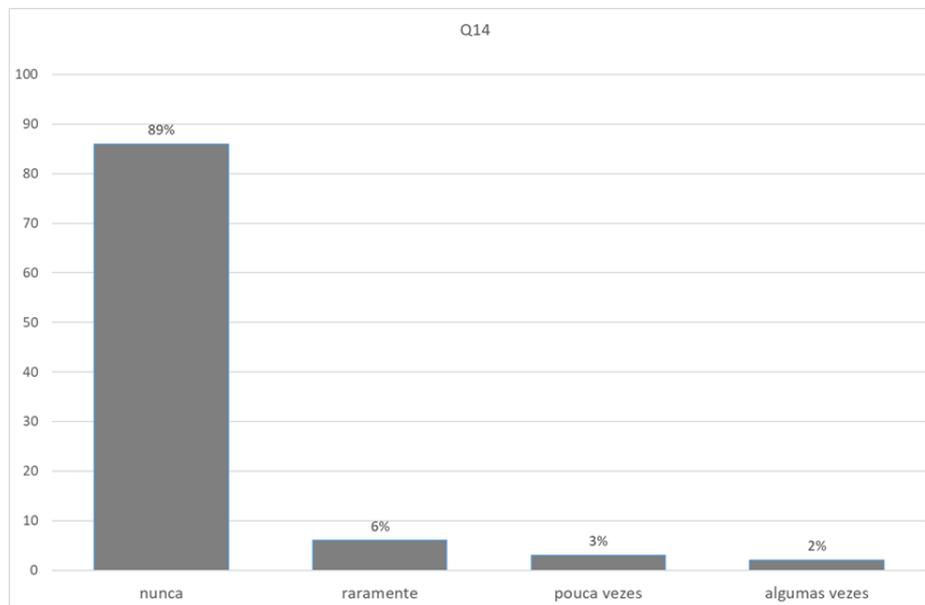


Gráfico 16 - Distribuição das respostas à pergunta “Tens sido totalmente incapaz de funcionar por causa de problemas com os teus dentes ou boca?”.

3.2.3. Análise descritiva de cada dimensão

De forma a analisar cada uma das dimensões optou-se pelo método aditivo das respostas dadas aos itens que a definem.

Constatou-se que a “dor física” foi a dimensão mais afetada e, pelo contrário, a “incapacidade social” a menos afetada (Tabela II).

Tabela II - Distribuição de pontuações relativas a cada uma das dimensões.

	média	Dp	mínimo	máximo
Limitação funcional	1,12	1,67	0,00	8,00
Dor física	2,74	2,35	0,00	8,00
Desconforto psicológico	1,69	2,10	0,00	8,00
Incapacidade física	1,04	1,71	0,00	6,00
Incapacidade psicológica	1,57	1,93	0,00	7,00
Incapacidade social	0,68	1,32	0,00	6,00
Desvantagem	0,72	1,35	0,00	6,00

3.2.3.1. Quanto à **limitação funcional**, obtida pela média das respostas aos itens Q1 “Dificuldade em pronunciar palavras/frases” e Q2 “Diminuição da sensibilidade do paladar”, obteve-se um valor de $1,12 \pm 1,67$ (Tabela II).

3.2.3.2. Relativamente à **dor física**, correspondente às respostas às questões Q3 “Sensação de dor” e Q4 “Sensação de desconforto no ato de comer”, a média foi de $2,74 \pm 2,35$ (Tabela II).

3.2.3.3. Em relação ao **desconforto psicológico**, calculada pela média das respostas às perguntas Q5 “Pouco à vontade” e Q6 “Tensão provocada pela condição oral”, foi obtido o valor médio de $1,69 \pm 2,10$ (Tabela II).

3.2.3.4. No que diz respeito à **incapacidade física**, a sua análise foi feita com base na média das opções escolhidas para os itens Q7 “Possível prejuízo na alimentação (deixar de comer)” e Q8 “Necessidade de interromper as refeições”, sendo o valor determinado de $1,04 \pm 1,71$ (Tabela II).

3.2.3.5. Na dimensão **incapacidade psicológica**, dada pelas respostas aos itens Q9 “Dificuldade em relaxar” e Q10 “Vergonha pela condição oral”, a média obtida foi de $1,57 \pm 1,93$ (Tabela II).

3.2.3.6. No que concerne à **incapacidade social**, respeitante à média das respostas aos itens Q11 “Impacto na interação com os outros (menos tolerante)” e Q12 “Dificuldade em realizar atividades habituais”, o valor foi de $0,68 \pm 1,32$ (Tabela II).

3.2.3.7. Quanto à **desvantagem**, a sua análise foi feita com base na média das opções das respostas a Q13 “Menor satisfação com a vida em geral” e Q14 “Perceção de incapacidade em desenvolver as suas atividades”, obtendo-se o valor de $0,72 \pm 1,35$ (Tabela II).

3.2.4. Classificação final do OHIP-14

A tabela seguinte mostra as estatísticas relativas à classificação final do OHIP-14, obtida pelo método aditivo, com um valor médio de $9,22 \pm 9,21$. O valor mínimo obtido foi de 0.0 e o valor máximo de 40.0 (Tabela III).

Tabela III - Classificação final do OHIP-14.

OHIP - 14	Média	9.22
	Mediana	6.0
	Desvio padrão	9.21
	Mínimo	0.0
	Máximo	40.0

O histograma apresentado, de seguida, representa a distribuição de valores relativamente à classificação final do OHIP-14 (Gráfico 17).

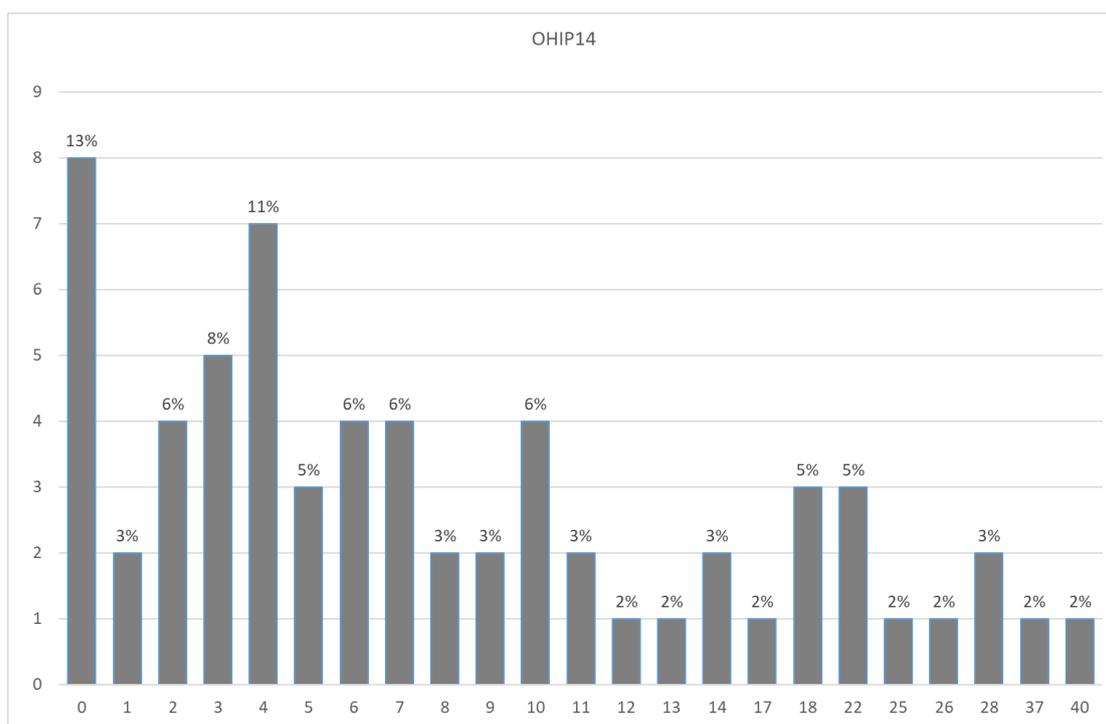


Gráfico 17 - Distribuição de valores obtidos na classificação final do OHIP-14.

3.2.5. Exame intraoral

3.2.5.1. Índice CPOD

Na amostra deste estudo verificou-se um índice médio de CPOD de 3.8 ± 3.0 (Tabela IV). Constatou-se que a prevalência de cárie na globalidade da amostra foi de 85% (Gráfico 18).

Tabela IV - Índice CPOD

CPOD	Média	3.8
	Mediana	3.0
	Desvio padrão	3.0
	Mínimo	0.0
	Máximo	15.0

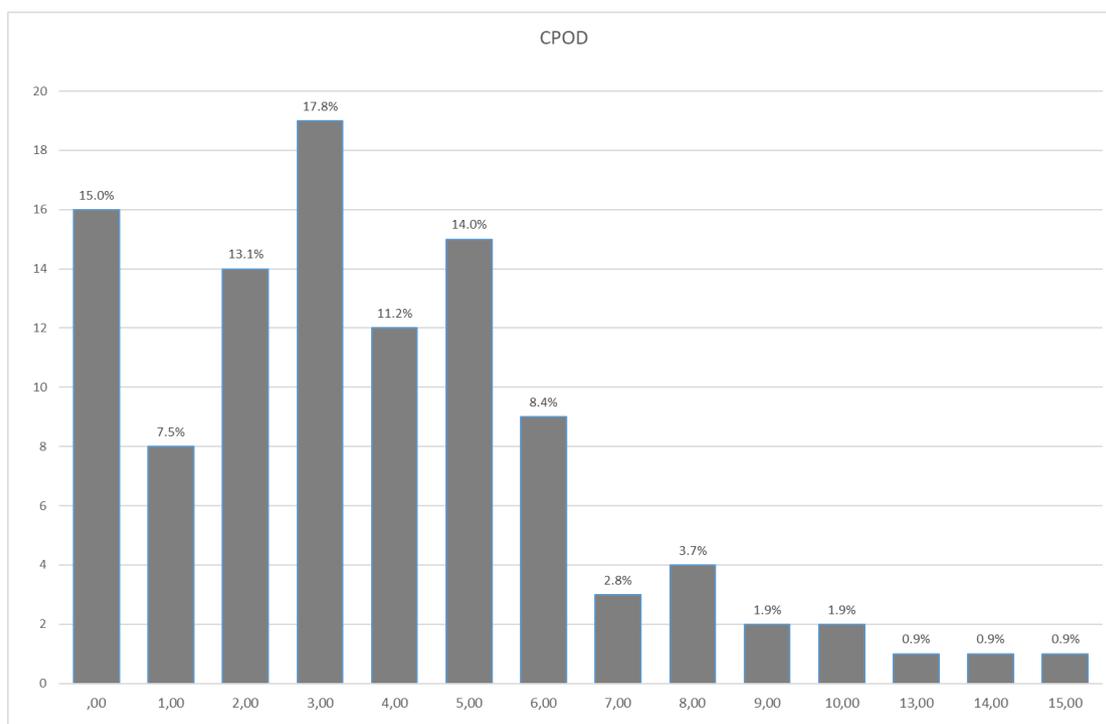


Gráfico 18 - Prevalência de cárie dentária na amostra estudada.

3.2.5.2. Índice de placa simplificado

O índice de IPS obtido na presente amostra apresentou um valor médio de 1.6 ± 0.6 , com um valor mínimo de 0,0 e um máximo de 3,0 (Tabela V).

Tabela V - Eficácia da higiene oral na amostra estudada – Índice de Placa Simplificado (IPS).

IP	Média	1.6
	Mediana	1.5
	Desvio padrão	0.6
	Mínimo	0.0
	Máximo	3.0

Observou-se que a maioria dos inquiridos apresentavam uma higiene oral moderada (IPS entre 0.7 e 1.8), no entanto, um número relevante de crianças tinha uma higiene oral insuficiente ($IPS \geq 1.9$). Poucas crianças/adolescentes exibiam uma boa higiene oral, isto é $IPS < 0.7$ (Gráfico 19).

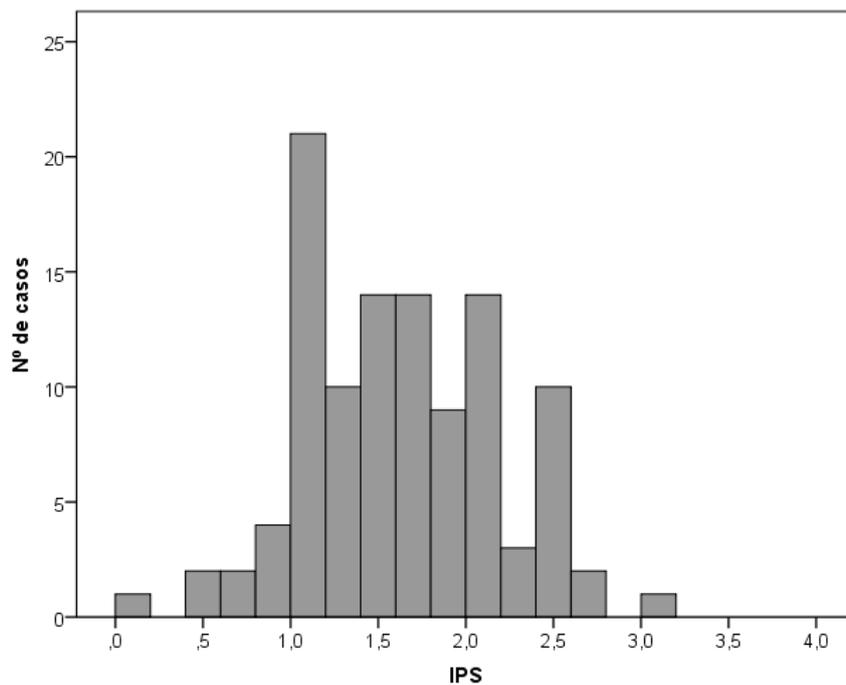


Gráfico 19 - Prevalência dos valores do IPS na amostra estudada.

3.2.6. Relação entre a pontuação final OHIP-14 vs índice CPOD

Tendo em conta que nem a pontuação final do OHIP-14 nem o índice CPOD seguem uma distribuição normal, avaliou-se a correlação entre as variáveis através do coeficiente de correlação de Spearman. A correlação entre as duas variáveis não é estatisticamente significativa ($R = 0.191$, $p = 0.130$).

3.2.7. Relação entre a pontuação final OHIP-14 vs IPS

Para testar a relação entre a pontuação final do OHIP-14 e o Índice de Placa Simplificado, optou-se pelo coeficiente de correlação de Spearman uma vez que, como anteriormente foi verificado, a classificação do OHIP não segue uma distribuição normal. A correlação entre as duas variáveis não é estatisticamente significativa ($R = 0.207$, $p = 0.101$).

3.2.8. Relação entre o estado de saúde oral e a percepção de qualidade de vida

Para avaliar a eventual relação entre o estado de saúde oral e o relato da qualidade de vida foi ajustada uma regressão linear múltipla, com o OHIP-4 como variável dependente e o IPS e o índice CPOD como variáveis independentes. Apesar do modelo obtido ser estatisticamente significativo ($p=0.037$) o ajuste do modelo é extremamente baixo ($R_{adj}^e=0.053$) e os pressupostos relativos aos resíduos não são verificados, pelo que o mesmo não pode ser considerado.

4. DISCUSSÃO

A cárie dentária é a patologia oral mais frequente na faixa pediátrica, afetando 60-90% das crianças e jovens em todo o mundo, apesar de estar estabelecido que possa ser devidamente prevenida ⁽⁴²⁾. Estudos anteriores ressaltam o impacto que esta pode ter no indivíduo afetado assim como nos que o rodeiam, pela presença de dor, desconforto e alterações no bem-estar emocional e social, reforçando a importância de medidas que evitem o seu aparecimento, nomeadamente, programas de promoção de saúde oral ^(1-4,8,11-20). Torna-se, deste modo, pertinente o estudo da relação entre a qualidade de vida e a saúde oral em idades mais jovens, não só pela elevada prevalência de cárie dentária nesta faixa etária, como também pelo facto de que crianças e adolescentes podem ser mais suscetíveis à ausência de saúde oral, fruto de características próprias da idade ^(10,32). A adolescência, como um período de transição da infância para a vida adulta, é uma fase de descoberta e autoconceito ⁽³²⁾. Além disso, é caracterizada por um ganho de autonomia, o que por vezes leva a uma menor vigilância, tendo os adolescentes, habitualmente, um maior descuido na sua higiene oral e uma maior ingestão de alimentos cariogénicos ⁽³²⁾. Por esta razão, idades compreendidas neste período de crescimento foram alvo do nosso interesse para estudo. Adicionalmente, o facto de serem capazes de compreender e responder às questões colocadas foi um fator tido em conta na escolha do intervalo de idades para a amostra a estudar. Deste modo, a faixa etária selecionada foi entre os 10 e 16 anos de idade.

Decorrente do constante interesse pelo desenvolvimento de estratégias preventivas e de promoção de saúde oral, tornou-se relevante que a avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde oral fosse devidamente conduzida em idades precoces ⁽³⁰⁾. Dada a dificuldade de obter respostas fidedignas através das crianças, os inquéritos que permitem esta avaliação são comumente aplicados aos seus pais/tutores legais, o que comporta limitações na medida em que a perceção do impacto da saúde oral na qualidade de vida pode diferir entre a criança e os adultos que a acompanham ⁽³⁰⁾. Na revisão sistemática levada a cabo por Barbosa e colaboradores, em 2008, os estudos referiam que, com medidas adequadas, podiam ser obtidas informações válidas e confiáveis tanto dos pais como das crianças, no entanto, o autor observou que o conhecimento quanto ao bem-estar emocional e social da criança pode ser limitado por parte do cuidador ^(30,31). Existem, porém, vários estudos que reportaram diferenças no que diz respeito à idade da criança que devem ser tidas em conta aquando a avaliação da QdVRSO, que se devem não só às próprias características biológicas inerentes à

idade, como o estágio de erupção dentária ou mesmo à própria percepção que muda ao longo da vida com o amadurecimento da criança ^(18,22,43).

De entre as diversas medidas de avaliação da QdVRSO disponíveis, o OHIP-14 foi o questionário escolhido para o desenvolvimento deste estudo, sobretudo devido à sua forma reduzida e consequente facilidade de aplicação, bem como pelo facto de se encontrar validado para a população portuguesa ⁽⁴⁴⁾. Num estudo realizado por Ravaghi *et al.*, em 2011, foi feita a comparação entre duas medidas de avaliação da QdVRSO, o COHIP e o OHIP-14 ⁽²⁵⁾. Segundo estes autores, se o objetivo do estudo for detetar um maior número de impactos, o COHIP deve ser escolhido. No entanto, o menor número de itens existente no OHIP-14 pode ser uma vantagem, visto que diminui a duração e dificuldade do questionário para os participantes e, deste modo, aumenta a sua colaboração ⁽²⁵⁾. Por outro lado, este questionário é uma medida válida para o estudo da QdVRSO, sendo a sua versão original de 49 itens, o OHIP-49, validada por Bica e colaboradores, em 2013, para a população portuguesa na faixa etária seleccionada para amostra deste estudo ^(32,44). Assim, foi possível aplicar estes inquéritos a crianças e adolescentes com idades compreendidas entre 10 e 16 anos, mediante autorização por escrito dos pais/tutores.

O OHIP-14 consiste num questionário com 14 questões que apresenta 5 opções de escolha como resposta, sendo elas “Nunca”, “Raramente”, “Poucas Vezes”, “Algumas vezes” e “Quase sempre” ⁽⁴⁴⁾. A obtenção do seu resultado pode ser conseguida através de 3 métodos: o método de contagem simples, o método ponderado/peso padronizado e o método aditivo ⁽³²⁾. O primeiro consiste na contagem de todos os itens sendo estes dicotomizados em “sem impacto” ou “com impacto” na qualidade de vida, isto é, tem de existir pelo menos uma resposta “Poucas vezes”, “Algumas vezes”, ou “Quase sempre” para se considerar o fator “com impacto” ⁽³²⁾. No segundo método propõe-se o cálculo de uma pontuação global individual a partir das pontuações padronizadas de cada questão, ou seja, o peso médio é a multiplicação da severidade do item com a prevalência do impacto sendo que a severidade é obtida pela média do somatório do item e a prevalência do impacto pela percentagem das respostas dadas em cada item nas opções “Poucas vezes”, “Algumas vezes”, ou “Quase sempre” ⁽³²⁾. Por último, o método aditivo consiste no somatório das questões valorizadas de acordo com a opção de resposta (“Nunca”=0, “Quase nunca”=1, “Poucas vezes”=2, “Algumas vezes”=3 e “Quase sempre”=4) ⁽³²⁾. O somatório total varia de um mínimo de 0 a um máximo de 56 ⁽³²⁾.

Neste estudo, as pontuações do OHIP-14 foram calculadas pelo método aditivo, sendo que maiores pontuações indicam uma QdVRSO mais pobre. Este método é o mais

frequentemente utilizado, visto que permite aferir a gravidade do impacto e tem melhor desempenho que o método de contagem simples ^(26,44). Neste último, os impactos raros poderão ser relatados incorretamente no ponto de corte, isto é, o ponto a partir do qual se considera que há impacto, neste caso, na opção “Poucas vezes”, o que contribui para a ocorrência de falsos positivos ⁽⁴⁴⁾.

No que diz respeito à avaliação da qualidade de vida da criança/adolescente, aferida através da aplicação do questionário OHIP-14, a opção mais escolhida pelos inquiridos às perguntas colocadas foi “Nunca”, excetuando na pergunta “Tiveste dores na tua boca” (Q3) em que apesar da opção “Nunca” ser também a mais selecionada (32%), não foi a escolhida pela maioria dos inquiridos. Obteve-se nesta pergunta uma maior variação na escolha da resposta relativamente às outras questões, tendo 25% das crianças/adolescentes referido presença de dor “Algumas vezes”, no último mês, e 23% responderam “Raramente”. Do mesmo modo, foi observado que a dimensão em análise mais afetada foi a “Dor física” a qual engloba as questões “Tiveste dores na tua boca” e “Sentiste desconforto a comer algum alimento por causa de problemas com os teus dentes ou boca”, com um valor médio de 2.74 ± 2.35 .

A observação oral, realizada no decurso deste estudo, visou a avaliação do estado de saúde oral de uma amostra aleatória composta por 107 crianças, com média de idades de 12.2 ± 1.8 anos. A escolha do índice de CPOD para a avaliação do estado da saúde oral, mais concretamente, da presença de cárie dentária, justificou-se pelo facto de ser um índice mais facilmente aplicado pela sua simplicidade e objetividade. Além disso, é um índice amplamente utilizado nas investigações que avaliam a QdVRSO selecionadas na revisão bibliográfica efetuada ^(8,13,16,17,19,36-38,43,45,46).

Verificou-se uma prevalência de cárie neste grupo de cerca de 85% e um índice de CPOD de 3.8 ± 3.0 , o que, segundo a OMS, revela um grau de severidade moderado (índice CPOD entre 2.7 a 4.4). Segundo esta classificação, padronizada para a idade de 12 anos, considera-se um grau de severidade muito baixo se o índice de CPOD estiver entre os valores 0.1 e 1.1; baixo se 1.2 a 2.6; elevado se 4.5 a 6.5 e muito elevado se superior a 6.5 ⁽³²⁾. Comparativamente à população nacional, cujo índice foi obtido no último estudo da DGS em 2013 numa amostra de crianças de 12 anos, com um valor de 1,18, o índice de CPOD da amostra estudada revela-se elevado ⁽⁴⁷⁾. No que concerne ao índice de placa simplificado, na amostra deste estudo, foi em média de 1.6 ± 0.6 , tendo como máximo e mínimo, os valores 0 e 3, respetivamente. Segundo a classificação proposta por Green and Vermillion (1964), a higiene oral pode ser boa se os valores forem compreendidos entre 0.0 e 0.6; moderada se entre 0.7 a 1.8; insuficiente entre 1.9 a 3.0, portanto em geral, a higiene oral da amostra estudada foi moderada. É de

realçar que o número de crianças, na amostra estudada, com boa higiene oral é muito pequeno.

Embora se encontre estabelecido que advêm diversas consequências a nível físico, emocional e social da cárie dentária, não se verificou uma relação estatisticamente significativa entre a sua presença de e a qualidade de vida, isto é, não se observou uma correlação significativa entre o índice de CPOD e a pontuação final do OHIP-14 no presente estudo. Em 2016, Pulache *et al.*, numa amostra de crianças entre os 11 e 14 anos de idade, obtiveram resultados semelhantes com o CPQ₁₁₋₁₄, em que não foi observada uma associação significativa entre a pontuação final do inquérito e a presença de cárie dentária ⁽⁴⁾. No entanto, observou-se um impacto negativo no domínio dos sintomas orais ⁽⁴⁾. Gilchrist *et al.*, em 2015, num estudo realizado em 20 crianças entre os 5 e 15 anos de idade, em que um dos critérios de inclusão era a presença ou experiência de cárie, também não se verificou relação significativa entre o índice de CPOD e os impactos na qualidade de vida relatados pelas crianças por meio de entrevistas ⁽¹⁴⁾. Todavia, a maioria dos artigos selecionados na presente revisão demonstraram a existência de uma relação de impacto da cárie dentária na vida do indivíduo ^(1-4,8,9,13,15-20,24,33,36,37,39,48). Nomeadamente, numa investigação realizada por Barbosa e colaboradores em 2013, aplicando os inquéritos CPQ₈₋₁₀ e CPQ₁₁₋₁₄ e utilizando o índice de CPOD para averiguação do estado de saúde oral, em crianças entre os 8 e 12 anos, verificou-se um impacto negativo da presença de cárie dentária na qualidade de vida dos indivíduos ⁽²⁾. Outro estudo onde se observou essa relação significativa de impacto negativo na qualidade de vida na presença de cárie dentária, foi a investigação conduzida por Mota-Veloso, em 2016, numa amostra de 587 crianças com idades compreendidas entre 8 e 10 anos, cujo questionário aplicado foi o CPQ₈₋₁₀, tendo sido utilizado o índice de CPOD para descrever o estado de saúde oral ⁽³⁹⁾.

Adicionalmente também não se verificou uma correlação significativa entre o IPS e a pontuação final do OHIP-14 na amostra estudada. Bakhtiar *et al.*, em 2014, no seu estudo realizado em 400 crianças com idades compreendidas entre os 11 e 13 anos, aplicando o Child-OIDP para avaliação da qualidade de vida, verificou uma relação significativa tanto entre a presença de placa bacteriana, medida pelo índice de placa Loe e Silness e a pontuação final do Child-OIDP, como entre o índice de CPOD e a pontuação final do questionário aplicado ⁽³⁶⁾.

A ausência de relação estatisticamente significativa entre o estado de saúde oral e a qualidade de vida dos indivíduos avaliados no presente estudo pode ser justificada pelo facto de que os impactos são mediados não só pelas variáveis clínicas como por outros

fatores, como as normas culturais e expectativas da criança ⁽¹²⁾. Além disso, como refere Barbosa e colaboradores, na sua revisão sistemática de 2008, o ser humano pode-se adaptar ou habituar às suas condições de saúde ao longo do tempo, e deste modo, a sua perceção é alterada ⁽¹²⁾. Entre os estudos que verificaram a relação entre a qualidade de vida e a saúde oral, encontra-se o de Côrrea-Faria *et al*, em 2016, em que os autores constataram que a presença de cárie dentária produziu impacto na qualidade de vida não só da criança como da sua família ⁽¹⁾. Esta investigação foi realizada em 646 crianças dos 2 aos 6 anos, administrando como medida de avaliação da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral, o ECOHIS ⁽¹⁾. Esta ligação é também verificada em idades mais tardias, como demonstrado por Krisdapong *et al*, em 2013, em que se verificou uma associação fortemente significativa entre a presença da cárie dentária severa e o seu impacto na vida diária, numa amostra de 1063 crianças com 12 e 15 anos de idade ⁽¹⁵⁾. Os mesmos autores, num estudo realizado no ano 2012, em 1874 crianças da mesma faixa etária, observaram que a cárie dentária era a patologia oral que conduzia a um maior impacto negativo na vida dos adolescentes ⁽⁸⁾. Também no estudo realizado por Bica *et al*, em 2013, que tal como os estudos anteriormente descritos utilizou uma amostra superior à do presente estudo, de 661 adolescentes portugueses com idades entre os 11 e os 17 anos, foi verificada essa relação significativa entre o estado de saúde oral e a QdVRSO, cujo questionário aplicado foi o OHIP-49 ⁽³²⁾.

Quanto às limitações do presente trabalho, importa realçar que relativamente ao OHIP-14, apesar da versão breve ser mais vantajosa por aumentar a colaboração da criança, o facto de ter apenas 14 itens pode levar a uma subestimação dos resultados. Para além disso, torna-se relevante que sejam definidos os parâmetros que estabelecem uma baixa ou elevada QdVRSO, isto é, que seja definido um valor a partir do qual se considera que haja um impacto negativo na qualidade de vida. Adicionalmente esta versão curta do questionário OHIP-49 utilizado encontra-se validado para a população portuguesa apenas para idades superiores aos 18 anos, o que terá decerto limitado a validade externa dos resultados obtidos, visto que não foi submetido a qualquer processo de validação para as idades da amostra estudada, ainda que isso tenha sido feito para a versão extensa.

No que concerne à observação oral e preenchimento do questionário, estes procedimentos foram realizados durante o horário de consultas de Odontopediatria, o que limitava o tempo dedicado a este estudo por parte da criança. Seja pelo cansaço da criança no final da consulta, como pela sua ansiedade prévia, pode ter levado a algum desinteresse por parte do inquirido, com conseqüente enviesamento dos resultados.

Além disso, a amostra utilizada é de conveniência e as crianças inquiridas são provenientes todas do mesmo local, ou seja, não há grande variabilidade da amostra.

De dar ênfase também ao facto de que ao utilizar o índice de CPOD a avaliação clínica foi realizada sem recurso a exames complementares de diagnóstico que poderiam indicar um maior número de dentes com lesão de cárie.

5. CONCLUSÃO

Apesar de se reconhecer pela evidência científica disponível que a qualidade de vida possa ser afetada pela presença de diversas patologias orais, nomeadamente a cárie dentária, o presente estudo não obteve uma relação estatisticamente significativa entre o estado de saúde oral e a qualidade de vida da criança.

Por ser uma temática pertinente, em que o médico dentista tem um papel ativo na prevenção da patologia oral e consequentes impactos que possam ter na vida da criança, torna-se relevante o desenvolvimento de estudos adicionais com maior nível de evidência científica nesta temática.

Atendendo às limitações e condições específicas deste estudo piloto, foi possível concluir que:

- a amostra de crianças apresentava uma prevalência de cárie dentária elevada, de cerca de 85% e a maioria das crianças apresentava uma higiene oral moderada ($IPS=1.6\pm 0.6$).
- a maioria dos participantes refere que a sua saúde oral “nunca” diminuiu a sua qualidade de vida, nos diferentes domínios avaliados pela aplicação do OHIP-14. No entanto, a dimensão de “Dor física” apresentou uma maior divergência de resultados, sendo “nunca”, ainda assim, a opção mais assinalada, embora não tenha correspondido à resposta da maioria dos inquiridos
- embora não se verifique uma relação estatisticamente significativa entre a qualidade de vida dos indivíduos e o seu estado de saúde oral, a maioria dos participantes apresentava uma razoável ou fraca saúde oral, o que leva a concluir que uma grande parte das crianças e adolescentes da amostra estudada não têm uma real perceção da sua saúde oral e de que modo esta pode influenciar o seu dia-a-dia.

6. AGRADECIMENTOS

Às minhas Orientadora e Coorientadora, respetivamente, Dr.^a Sara Rosa e Dr.^a Bárbara Cunha, a quem dirijo uma palavra de apreço e profundo agradecimento pela constante disponibilidade, apoio prestado, conhecimento transmitido, pelas críticas e sugestões e interesse na colaboração deste estudo.

Às crianças e adolescentes, o meu agradecimento pelo preenchimento do inquérito e participação. Aos pais e acompanhantes, agradeço pela autorização do preenchimento do inquérito e autorização da participação das crianças neste estudo, bem como por possibilitarem a utilização dos dados recolhidos para análise.

À minha família, agradeço todo o apoio, carinho e compreensão. Aos meus pais, meu porto de abrigo, agradeço o apoio incondicional, a edificação da pessoa que sou hoje e a confiança que sempre depositaram em mim. À minha irmã, agradeço toda a disponibilidade, ajuda e conselhos úteis nos momentos de grande dúvida e indecisão. Aos meus avós, tios e primos, agradeço também a preocupação com o meu trabalho e a compreensão por alguma ausência.

Aos meus amigos do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, agradeço por toda a partilha de experiências, pelo crescimento conjunto diário, pelos conselhos e confiança transmitida nos momentos mais difíceis.

Aos meus amigos de sempre, um grande obrigada pela força transmitida, pela compreensão de alguma falta de tempo e por estarem presentes nos momentos bons e menos bons.

“Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós.

Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós”

Antoine de Saint-Exupéry

A todos, muito obrigada!

7. REFERÊNCIAS

- 1 Corrêa-Faria P, Paixão-Gonçalves S, Paiva SM, Martins-Júnior PA, Vieira-Andrade RG, Marques LS *et al.* Dental caries, but not malocclusion or developmental defects, negatively impacts preschoolers' quality of life. *Int J Paediatr Dent* 2016; 26: 211–9.
- 2 Barbosa T de S, Tureli MC de M, Nobre-dos-Santos M, Puppim-Rontani RM, Gavião MBD. The relationship between oral conditions, masticatory performance and oral health-related quality of life in children. *Arch Oral Biol* 2013; 58: 1070–7.
- 3 Barbosa TS, Gavião MBD. Oral health-related quality of life in children: part II. Effects of clinical oral health status. A systematic review. *Int J Dent Hyg* 2008; 6: 100–7.
- 4 Pulache J, Abanto J, Oliveira LB, Bönecker M, Porras JC. Exploring the association between oral health problems and oral health-related quality of life in Peruvian 11- to 14-year-old children. *Int J Paediatr Dent* 2016; 26: 81–90.
- 5 Aimée NR, van Wijk AJ, Maltz M, Varjão MM, Mestrinho HD, Carvalho JC. Dental caries, fluorosis, oral health determinants, and quality of life in adolescents. *Clin Oral Investig* 2017; 21: 1811–1820.
- 6 Barbosa T de S, Gavião MBD, Leme MS, Castelo PM. Oral Health-related Quality of Life in Children and Preadolescents with Caries, Malocclusions or Temporomandibular Disorders. *Oral Health Prev Dent*; 14: 389.
- 7 Gururatana O, Baker SR, Robinson PG. Determinants of children's oral-health-related quality of life over time. *Community Dent Oral Epidemiol* 2014; 42: 206–15.
- 8 Krisdapong S, Prasertsom P, Rattananangsim K, Sheiham A. Relationships between oral diseases and impacts on Thai schoolchildren's quality of life: evidence from a Thai national oral health survey of 12- and 15-year-olds. *Community Dent Oral Epidemiol* 2012; 40: 550–9.
- 9 Onoriobe U, Rozier RG, Cantrell J, King RS. Effects of enamel fluorosis and dental caries on quality of life. *J Dent Res* 2014; 93: 972–9.
- 10 WHO | Oral health. WHO 2017. http://www.who.int/oral_health/publications/factsheet/en/ (accessed 29 Nov 2017).

- 11 Ramos-Jorge J, Alencar BM, Pordeus IA, Soares ME da C, Marques LS, Ramos-Jorge ML *et al.* Impact of dental caries on quality of life among preschool children: emphasis on the type of tooth and stages of progression. *Eur J Oral Sci* 2015; 123: 88–95.
- 12 Barbosa TS, Gavião MBD. Oral health-related quality of life in children: part I. How well do children know themselves? A systematic review. *Int J Dent Hyg* 2008; 6: 93–9.
- 13 Pentapati KC, Acharya S, Bhat M, Krishna Rao SV, Singh S. Oral health impact, dental caries, and oral health behaviors among the National Cadets Corps in South India. *J Investig Clin Dent* 2013; 4: 39–43.
- 14 Gilchrist F, Marshman Z, Deery C, Rodd HD. The impact of dental caries on children and young people: what they have to say? *Int J Paediatr Dent* 2015; 25: 327–38.
- 15 Krisdapong S, Prasertsom P, Rattananangsim K, Sheiham A. Impacts on quality of life related to dental caries in a national representative sample of Thai 12- and 15-year-olds. *Caries Res* 2013; 47: 9–17.
- 16 Feldens CA, Ardenghi TM, Dos Santos Dullius AI, Vargas-Ferreira F, Hernandez PAG, Kramer PF. Clarifying the Impact of Untreated and Treated Dental Caries on Oral Health-Related Quality of Life among Adolescents. *Caries Res* 2016; 50: 414–21.
- 17 Basavaraj P, Sunil MK, Nagarajappa R, Ashish S, Ramesh G. Correlation between oral health and Child-OIDP index in 12- and 15-year-old children from Modinagar, India. *Asia-Pacific J public Heal* 2014; 26: 390–400.
- 18 Krisdapong S, Sheiham A, Tsakos G. Oral health-related quality of life of 12- and 15-year-old Thai children: findings from a national survey. 2009; 37.
- 19 Asgari I, Ahmady AE, Broder H, Eslamipour F, Wilson-Genderson M. Assessing the oral health-related quality of life in Iranian adolescents: validity of the Persian version of the Child Oral Health Impact Profile (COHIP). *Oral Health Prev Dent* 2013; 11: 147–54.
- 20 Naidoo S, Sheiham A, Tsakos G. The relation between oral impacts on daily performances and perceived clinical oral conditions in primary school children in the Ugu District, Kwazulu Natal, South Africa. *SADJ* 2013; 68: 214–8.
- 21 Brown A, Al-Khayal Z. Validity and reliability of the Arabic translation of the child

- oral-health-related quality of life questionnaire (CPQ11-14) in Saudi Arabia. *Int J Paediatr Dent* 2006; 16: 405–11.
- 22 Merdad L, El-Housseiny AA. Do children's previous dental experience and fear affect their perceived oral health-related quality of life (OHRQoL)? *BMC Oral Health* 2017; 17: 47.
- 23 Locker D, Allen PF. Developing short-form measures of oral health-related quality of life. *J Public Health Dent* 2002; 62: 13–20.
- 24 Foster Page LA, Boyd D, Thomson WM. Do we need more than one Child Perceptions Questionnaire for children and adolescents? 2013; 13: 26.
- 25 Ravaghi V, Ardakan MMM, Shahriari S, Mokhtari N, Underwood M. Comparison of the COHIP and OHIP- 14 as measures of the oral health-related quality of life of adolescents. *Community Dent Health* 2011; 28: 82–8.
- 26 Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol* 1997; 25: 284–90.
- 27 Hongxing L, List T, Nilsson I-M, Johansson A, Astrøm AN. Validity and reliability of OIDP and OHIP-14: a survey of Chinese high school students. *BMC Oral Health* 2014; 14: 158.
- 28 Sousa PCB de, Mendes FM, Imparato JCP, Ardenghi TM. Differences in responses to the Oral Health Impact Profile (OHIP14) used as a questionnaire or in an interview. *Braz Oral Res* 2009; 23: 358–64.
- 29 Theunissen NC, Vogels TG, Koopman HM, Verrips GH, Zwinderman KA, Verloove-Vanhorick SP *et al.* The proxy problem: child report versus parent report in health-related quality of life research. *Qual Life Res* 1998; 7: 387–97.
- 30 Barbosa TS, Gavião MBD. Oral health-related quality of life in children: part III. Is there agreement between parents in rating their children's oral health-related quality of life? A systematic review. *Int J Dent Hyg* 2008; 6: 108–13.
- 31 Jokovic A, Locker D, Stephens M, Kenny D, Tompson B, Guyatt G. Validity and reliability of a questionnaire for measuring child oral-health-related quality of life. *J Dent Res* 2002; 81: 459–63.
- 32 Bica I. FCNAUP - Qualidade de vida relacionada com a saúde oral em adolescentes.
https://sigarra.up.pt/fcnaup/pt/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=30679

(accessed 15Nov2017).

- 33 Perazzo MF, Gomes MC, Neves ÉT, Martins CC, Paiva SM, Costa EMM de B *et al.* Oral problems and quality of life of preschool children: self-reports of children and perception of parents/caregivers. *Eur J Oral Sci* 2017; 125: 272–279.
- 34 Cho Y Il, Lee S, Patton LL, Kim H-Y. Confirmatory factor analysis of the Child Oral Health Impact Profile (Korean version). *Eur J Oral Sci* 2016; 124: 172–8.
- 35 Ruff RR, Sischo L, Broder HL. Minimally important difference of the Child Oral Health Impact Profile for children with orofacial anomalies. *Health Qual Life Outcomes* 2016; 14: 140.
- 36 Bakhtiar M, Mohammadi TM, Hajizamani A, Vossoughi M. Association of Oral Health Indicators with Quality-of-Life Related to Oral Health among Iranian Adolescent. *J Int oral Heal JIOH* 2014; 6: 5–9.
- 37 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.
- 38 Foster Page LA, Thomson WM, Ukra A, Farella M. Factors influencing adolescents' oral health-related quality of life (OHRQoL). *Int J Paediatr Dent* 2013; 23: 415–23.
- 39 Mota-Veloso I, Soares MEC, Alencar BM, Marques LS, Ramos-Jorge ML, Ramos-Jorge J. Impact of untreated dental caries and its clinical consequences on the oral health-related quality of life of schoolchildren aged 8-10 years. *Qual Life Res* 2016; 25: 193–9.
- 40 Oziegbe EO, Esan TA, Adesina BA. Impact of oral conditions on the quality of life of secondary schoolchildren in Nigeria. *J Dent Child (Chic)* 2011; 79: 159–64.
- 41 Anosike AN, Sanu OO, da Costa OO. Malocclusion and its impact on quality of life of school children in Nigeria. *West Afr J Med* 2010; 29: 417–24.
- 42 WHO | Sugars and dental caries. WHO 2017.
<http://www.who.int/nutrition/publications/nutrientrequirements/sugars-dental-caries-keyfacts/en/> (accessed 15Nov2017).
- 43 Barbosa TS, Castelo PM, Leme MS, Gavião MBD. Associations between oral health-related quality of life and emotional statuses in children and preadolescents. *Oral Dis* 2012; 18: 639–47.

- 44 Afonso A, Silva I, Meneses R, Frias-Bulhosa J. ORAL HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE: PORTUGUESE LINGUISTIC AND CULTURAL ADAPTATION OF OHIP-14. *Psicol Saúde Doença* 2017; 18: 374–388.
- 45 Barbosa T de S, Gavião MBD, Leme MS, Castelo PM. Oral Health-related Quality of Life in Children and Preadolescents with Caries, Malocclusions or Temporomandibular Disorders. *Oral Health Prev Dent* 2016; 14: 389.
- 46 Foster Page LA, Thomson WM. Caries prevalence, severity, and 3-year increment, and their impact upon New Zealand adolescents' oral-health-related quality of life. *J Public Health Dent* 2012; 72: 287–94.
- 47 Direção-Geral da Saúde. III Estudo Epidemiológico Nacional das Doenças Orais. 2013. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/iii-estudo-nacional-de-prevalencia-das-doencas-orais.aspx> (accessed 15 Nov2017).
- 48 Krisdapong S, Sheiham A. Which aspects of an oral health-related quality of life measure are mainly associated with global ratings of oral health in children? *Community Dent Oral Epidemiol* 2014; 42: 129–38.

8. ANEXOS

Anexo I: Inquérito realizado às crianças/adolescentes.



Perfil de Impacto de Saúde Oral (ORAL HEALTH IMPACT PROFILE – OHIP-14)

Com as perguntas deste questionário pretende-se saber até que ponto as dificuldades com os teus dentes ou boca causaram problemas na tua vida diária. Agradecemos que preenchesses o questionário mesmo que tenhas uma boa saúde oral.

Gostaríamos de saber com que frequência, no último mês, fiveste cada um dos problemas que a seguir te apresentamos.

Cada pergunta refere-se a um problema dentário específico.

Pensa numa pergunta de cada vez e faz uma cruz na opção de resposta que indica com que frequência fiveste esse problema no último mês.

	Quase sempre	Algumas vezes	Poucas vezes	Raramente	Nunca	Não sei	Não se aplica
1. Tiveste dificuldade em pronunciar alguma palavra por causa de problemas com os teus dentes ou boca?							
2. Sentiste que o teu paladar piorou por causa de problemas com os teus dentes ou boca?							
3. Tiveste dores na tua boca?							
4. Sentiste desconforto a comer algum alimento por causa de problemas com os teus dentes ou boca?							
5. Tens-te sentido pouco à vontade por causa dos teus dentes ou boca?							
6. Sentiste-te tenso por causa de problemas com os teus dentes ou boca?							

	Quase sempre	Algumas vezes	Poucas vezes	Raramente	Nunca	Não sei	Não se aplica
7. Já deixaste de comer algum alimento por causa de problemas com os teus dentes ou boca?							
8. Tiveste de interromper refeições por causa de problemas com os teus dentes ou boca?							
9. Sentiste dificuldade em relaxar por causa de problemas com os teus dentes ou boca?							
10. Tens-te sentido um pouco envergonhado por causa de problemas com os teus dentes ou boca?							
11. Tens sido menos tolerante ou paciente com a tua família por causa de problemas com os teus dentes ou boca?							
12. Tiveste dificuldade em realizar as tuas atividades habituais por causa de problemas com os teus dentes ou boca?							
13. Sentiste-te menos satisfeito com a vida em geral por causa de problemas com os teus dentes ou boca?							
14. Tens sido totalmente incapaz de funcionar por causa de problemas com os teus dentes ou boca?							

Obrigada pela colaboração!

Anexo II: Formulário do consentimento informado.



FORMULÁRIO DE INFORMAÇÃO E CONSENTIMENTO INFORMADO

TÍTULO DO PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO:

Qualidade de vida relacionada com a saúde oral em adolescentes na consulta de Odontopediatria

PROTOCOLO Nº

INVESTIGADOR COORDENADOR

Sara Maria da Fonseca Rosa
Bárbara Soares da Cunha

CENTRO DE ESTUDO

INVESTIGADOR PRINCIPAL

Beatriz Filipa Oliveira Caetano

MORADA

Av. Bissaya Barreto, Blocos de Celas
3000-075 Coimbra

CONTACTO TELEFÓNICO

+351 239 484 183

NOME DO DOENTE

(LETRA DE IMPRENSA)

NOME DO TUTOR LEGAL

(LETRA DE IMPRENSA)

É convidado(a) a autorizar o seu educando(a) a participar voluntariamente neste estudo que objectiva avaliar a qualidade de vida relacionada com a saúde oral numa amostra da população pediátrica seguida na consulta de Odontopediatria na Área de Medicina Dentária da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Este procedimento é designado consentimento informado e descreve a finalidade do estudo, os procedimentos, os possíveis benefícios e riscos. A participação do seu educando(a) poderá contribuir para melhorar o conhecimento sobre a saúde oral infanto-juvenil, particularmente no que diz respeito à relação entre a qualidade de vida e saúde oral.

Receberá uma cópia deste Consentimento Informado para rever e solicitar aconselhamento de familiares e amigos. O investigador ou outro membro da sua equipa irá esclarecer qualquer dúvida que tenha sobre o termo de consentimento e também alguma palavra ou informação que possa não entender.

Depois de compreender o estudo e de não ter qualquer dúvida acerca do mesmo, deverá tomar a decisão de autorizar a participação ou não. Caso autorize que o seu educando(a) participe, ser-lhe-á solicitado que assine e date este formulário. Após a sua assinatura e a do investigador, ser-lhe-á entregue uma cópia.



1. INFORMAÇÃO GERAL E OBJECTIVOS DO ESTUDO

Este estudo irá decorrer na Área de Medicina Dentária da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC). Pretende-se caracterizar o estado de saúde oral e relacionar com a qualidade de vida numa amostra da população pediátrica seguida na consulta de Odontopediatria, contribuindo para melhorar o conhecimento sobre a saúde oral infanto-juvenil, sobretudo no que se refere à cárie dentária, de modo a conhecer o impacto desta na qualidade de vida das crianças e adolescentes.

Trata-se de um estudo observacional, pelo que não será feita nenhuma alteração no estado da cavidade oral ou a nível da saúde geral da criança. Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da FMUC de modo a garantir a proteção dos direitos, segurança e bem-estar de todos os doentes ou outros participantes incluídos e garantir prova pública dessa proteção.

2. PROCEDIMENTOS E CONDUÇÃO DO ESTUDO

2.1. Procedimentos

Exame Intraoral – tarefa 1

Uma única examinadora realizará o exame intraoral da criança/adolescente e registo dos dados obtidos. Este procedimento será efectuado com recurso a um espelho intraoral e a uma sonda. Serão, em todos os procedimentos descritos, tomadas as medidas de controlo de contaminação e infeção cruzada preconizadas.

2.2. Calendário das visitas/ Duração

Este estudo envolverá a realização de apenas uma avaliação, nas qual se efectuarão os procedimentos descritos na alínea 2.1. Estima-se que a duração total dos procedimentos não exceda os 10 minutos por participante.

2.3. Tratamento de dados

Os dados obtidos serão sujeitos a análise estatística.

3. RISCOS E POTENCIAIS INCONVENIENTES PARA O DOENTE

Não existem quaisquer riscos para o paciente na participação do estudo.

4. POTENCIAIS BENEFÍCIOS

O presente estudo permitirá aprofundar os conhecimentos atuais sobre a saúde oral infanto-juvenil, particularmente no que concerne à relação entre cárie dentária e o seu impacto na qualidade de vida das crianças e adolescentes. A compreensão desta relação é crucial na medida em que permitirá a implementação de programas de promoção de saúde oral que visem a alteração de comportamentos e sustentem a inclusão e manutenção de hábitos saudáveis.



5. NOVAS INFORMAÇÕES

Ser-lhe-á dado conhecimento de qualquer nova informação que possa ser relevante para a condição do seu educando(a) ou que possa influenciar a sua vontade de continuar a autorizar a participação no estudo.

6. TRATAMENTOS ALTERNATIVOS

Não se aplica.

7. SEGURANÇA

Os procedimentos a realizar, não sendo em absoluto invasivos, não comprometem a integridade da criança.

8. PARTICIPAÇÃO/ ABANDONO VOLUNTÁRIO

É inteiramente livre de aceitar ou recusar participação do seu educando(a) neste estudo. Pode retirar o seu consentimento em qualquer altura sem qualquer consequência para si ou para a criança, sem precisar de explicar as razões, sem qualquer penalidade ou perda de benefícios e sem comprometer a sua relação com o investigador que lhe propõe a colaboração neste estudo. Ser-lhe-á pedido para informar o investigador se decidir retirar o seu consentimento.

O investigador do estudo pode decidir terminar a participação do seu educando(a) se não estiver a seguir o plano do estudo, por decisão administrativa ou decisão da Comissão de Ética.

O responsável do estudo notificá-lo-á se surgir uma dessas circunstâncias e falará consigo a respeito da mesma.

9. CONFIDENCIALIDADE

Os registos do seu educando(a) manter-se-ão confidenciais e anonimizados de acordo com os regulamentos e leis aplicáveis. Se os resultados deste estudo forem publicados, a identidade do seu educando(a) manter-se-á confidencial. Ao assinar este Consentimento Informado autoriza este acesso condicionado e restrito. Pode ainda, em qualquer altura, exercer o seu direito de acesso à informação. Pode ter também acesso à informação médica e dentária através da Médica Dentista neste estudo. Tem também o direito de se opor à transmissão de dados que sejam cobertos pela confidencialidade profissional.

Os registos médicos e dentários que identificam o seu educando(a) e o formulário de consentimento informado que assinar serão verificados para fins do estudo pelo investigador e/ou por colaboradores do investigador, e para fins regulamentares pelo investigador e/ou pelos colaboradores do investigador e agências reguladoras noutros países. A Comissão de Ética responsável pelo estudo pode solicitar o acesso aos registos médicos e dentários para assegurar-se que o estudo está a ser realizado de acordo com o protocolo. Não pode ser garantida confidencialidade absoluta devido à necessidade de passar a informação a essas partes.



Ao assinar este termo de consentimento informado permite que as informações médicas e dentárias neste estudo sejam verificadas, processadas e relatadas conforme necessário para finalidades científicas legítimas.

Confidencialidade e tratamento de dados pessoais

Os dados pessoais dos participantes no estudo, incluindo a informação médica recolhida ou criada como parte do estudo, tais como registos da observação oral, serão utilizados para condução do estudo, designadamente para fins de investigação científica relacionados com a patologia em estudo.

Ao consentir a participação do seu educando(a) neste estudo a informação a ele respeitante, designadamente a informação clínica, será utilizada da seguinte forma:

1. O promotor, os investigadores e as outras pessoas envolvidas no estudo recolherão e utilizarão os dados pessoais do seu educando(a) para as finalidades acima descritas.
2. Os dados do estudo, associados às iniciais ou a outro código que não identifique diretamente o seu educando(a) (e não o nome) serão comunicados pelos investigadores e outras pessoas envolvidas no estudo ao promotor do estudo, que os utilizará para as finalidades acima descritas.
3. Os dados do estudo, associados às iniciais ou a outro código que não identifique diretamente o seu educando(a), poderão ser comunicados a autoridades de saúde nacionais e internacionais.
4. A identidade do seu educando(a) não será revelada em quaisquer relatórios ou publicações resultantes deste estudo.
5. Todas as pessoas ou entidades com acesso aos dados pessoais do seu educando(a) estão sujeitas a sigilo profissional.
6. Ao dar o seu consentimento para a participação do seu educando(a) no estudo autoriza o promotor ou empresas de monitorização de estudos especificamente contratadas para o efeito e seus colaboradores e/ou autoridades de saúde, a aceder aos dados constantes do seu processo clínico, para conferir a informação recolhida e registada pelos investigadores, designadamente para assegurar o rigor dos dados que lhe dizem respeito e para garantir que o estudo se encontra a ser desenvolvido corretamente e que os dados obtidos são fidedignos.
7. Nos termos da lei, tem o direito de, através de um dos médicos envolvidos no estudo, solicitar o acesso aos dados que digam respeito ao seu educando(a), bem como de solicitar a rectificação dos dados de identificação.
8. Tem ainda o direito de retirar este consentimento em qualquer altura através da notificação ao investigador, o que implicará que o seu educando(a) deixe de participar no estudo. No entanto, os dados recolhidos ou criados como parte do estudo até essa altura que não identifiquem o seu educando(a) poderão continuar a ser utilizados para o propósito de estudo, nomeadamente para manter a integridade científica do estudo, e a informação médica do seu educando(a) não será removida do arquivo do estudo.



9. Se não der o seu consentimento, assinando este documento, o seu educando(a) não poderá participar neste estudo. Se o consentimento agora prestado não for retirado e até que o faça, este será válido e manter-se-á em vigor.

10. COMPENSAÇÃO

Este estudo é da iniciativa do investigador e, por isso, solicita-se a participação do seu educando(a) sem uma compensação financeira para a sua execução, tal como também acontece com os investigadores e o centro de estudo. Não haverá qualquer custo para o participante pela sua inclusão no estudo.

11. CONTACTOS

Se tiver perguntas relativas aos seus direitos como participante deste estudo, deve contactar:

Presidente da Comissão de Ética da FMUC

Azinhaga de Santa Comba, Celas – 3000-548 Coimbra

Telefone: 239 857 707 e-mail: comissaoetica@fmed.uc.pt

Se tiver questões sobre este estudo deve contactar:

Sara Maria da Fonseca Rosa, Bárbara Soares da Cunha

Tel: +351 239 484 183 Morada: Av. Bissaya Barreto, Bloco de Celas, 3000-075 Coimbra



NÃO ASSINE ESTE FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO A MENOS QUE TENHA TIDO A OPORTUNIDADE DE PERGUNTAR E TER RECEBIDO RESPOSTAS SATISFATÓRIAS A TODAS AS SUAS PERGUNTAS.

CONSENTIMENTO INFORMADO

De acordo com a Declaração de Helsinquia da Associação Médica Mundial e suas atualizações:

1. Declaro ter lido este formulário e aceito de forma voluntária que o meu educando(a) participe neste estudo.
2. Fui devidamente informado(a) da natureza, objetivos, riscos e duração provável do estudo, bem como do que é esperado da parte do meu educando(a).
3. Tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o estudo e percebi as respostas e as informações que me foram dadas. A qualquer momento posso fazer mais perguntas ao médico responsável do estudo. Durante o estudo e sempre que quiser, posso receber informação sobre o seu desenvolvimento. O médico responsável dará toda a informação importante que surja durante o estudo que possa alterar a minha vontade ou do meu educando(a) continuar a participar.
4. Aceito que utilizem a informação relativa à história clínica e registos clínicos do meu educando(a) no estrito respeito do segredo médico e anonimato. Os dados do meu educando(a) serão mantidos estritamente confidenciais. Autorizo a consulta dos dados do meu educando(a) apenas por pessoas designadas pelo promotor e por representantes das autoridades reguladoras.
5. Aceito que o meu educando(a) siga todas as instruções que lhe forem dadas durante o estudo. Aceito que o meu educando(a) colabore com o médico e informá-lo-ei imediatamente das alterações não usuais do estado de saúde e bem-estar do meu educando(a) que ocorram.
6. Autorizo o uso dos resultados do estudo para fins exclusivamente científicos e, em particular, aceito que esses resultados sejam divulgados às autoridades sanitárias competentes.
7. Aceito que os dados gerados durante o estudo sejam informatizados pelo promotor ou outrem por si designado. Eu posso exercer o meu direito de rectificação e/ ou oposição.
8. Tenho conhecimento que sou livre de desistir que o meu educando(a) participe no estudo a qualquer momento, sem ter de justificar a minha decisão e sem comprometer a qualidade das seus cuidados médicos. Eu tenho conhecimento que o médico tem o direito de decidir sobre a saída prematura do estudo e que me informará da causa da mesma.
9. Fui informado que o estudo pode ser interrompido por decisão do investigador, do promotor ou das autoridades reguladoras.

Nome do Participante: _____

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Nome de Testemunha / Tutor Legal: _____

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

• U  C • **FMUC** FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Confirmando que expliquei ao participante acima mencionado a natureza, os objetivos e os potenciais riscos do estudo acima mencionado.

Nome do Investigador: _____
Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Anexo III: Exame intra-oral

FICHA DE AVALIAÇÃO DE SAÚDE ORAL

Data da Obs. ___/___/___

F M

Nº Questionário -

Idade ____

Cárie Dentária (CPOD e cpod)

		55	54	53	52	51	61	62	63	64	65		
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
		85	84	83	82	81	71	72	73	74	75		

Dentes	C	P	O

CÓDIGO

Dente Dentição	São	Cariado	Perdido	Obturado	Não erupcionado
Temporária	A	B	C	D	--
Permanente	0	1	2	3	4

Índice de Placa Simplificado

Registo da observação							
	Maxilar superior			Maxilar inferior			Total
Dente	1	2	3	4	5	6	
Valor							

Valor	Critério	
0	Superfície do dente não se encontra corada (não tem placa bacteriana)	
1	1/3 da superfície do dente observada apresenta-se corada (tem placa bacteriana)	
2	2/3 da superfície do dente observada apresenta-se corada (tem placa bacteriana)	
3	Apresenta-se corada toda a superfície do dente observada (toda a face do dente tem placa)	

CÓDIGO

Dente	Legenda
1	1º molar superior dtº, sup. vestibular
2	Incisivo central sup. dtº, sup. vestibular
3	1º molar superior esqº, sup. vestibular
4	1º molar inferior esqº, sup. lingual
5	Incisivo central inf. esqº, sup. vestibular
6	1º molar inferior dtº, sup. lingual

Índice

Sumário	IV
RESUMO	V
ABSTRACT	VII
1. INTRODUÇÃO.....	1
2. MATERIAIS E MÉTODOS	5
2.1. Pesquisa bibliográfica.....	5
2.2. Estudo empírico	5
3. RESULTADOS	7
3.1. Revisão da literatura.....	7
3.2. Estudo empírico	14
3.2.1. Caracterização da amostra	14
3.2.2. Resultados do questionário.....	15
3.2.3. Análise descritiva de cada dimensão	22
3.2.4. Classificação final do OHIP-14.....	24
3.2.5. Exame intraoral.....	25
3.2.6. Relação entre a pontuação final OHIP-14 vs índice CPOD	27
3.2.7. Relação entre a pontuação final OHIP-14 vs IPS.....	27
3.2.8. Relação entre o estado de saúde oral e a percepção de qualidade de vida.....	27
4. DISCUSSÃO.....	28
5. CONCLUSÃO	34
6. AGRADECIMENTOS.....	35
7. REFERÊNCIAS	36
8. ANEXOS.....	41
Anexo I: Inquérito realizado às crianças/adolescentes.....	41
Anexo II: Formulário do consentimento informado.....	43
Anexo III: Exame intra-oral	50
Índice de tabelas e gráficos	53
Lista de abreviaturas.....	55

Índice de tabelas e gráficos

Quadro 1 - Descrição dos aspetos avaliados em cada dimensão pelo OHIP-14	2
Esquema 1 – Prisma Flow ilustrando a metodologia de seriação da pesquisa bibliográfica realizada.	7
Gráfico 1 – Distribuição da amostra quanto ao género.	14
Gráfico 2 – Distribuição da amostra quanto à idade.	14
Gráfico 3 - Distribuição das respostas à pergunta "Tiveste dificuldade em pronunciar alguma palavra por causa de problemas com os teus dentes ou boca?".	15
Gráfico 4 - Distribuição das respostas à pergunta “Sentiste que o teu paladar piorou por causa de problemas com os teus dentes ou boca?”.	16
Gráfico 5 - Distribuição das respostas à pergunta “Tiveste dores na tua boca?”.	16
Gráfico 6 -Distribuição das respostas à pergunta “Sentiste desconforto a comer algum alimento por causa de problemas com os teus dentes ou boca?”.	17
Gráfico 7 - Distribuição das respostas à pergunta “Tens-te sentido pouco à vontade por causa dos teus dentes ou boca?”.	17
Gráfico 8 - Distribuição das respostas à pergunta “Sentiste-te tenso por causa de problemas com os teus dentes ou boca?”.	18
Gráfico 9 - Distribuição das respostas à pergunta “Já deixaste de comer algum alimento por causa de problemas com os teus dentes ou boca?”.	18
Gráfico 10 - Distribuição das respostas à pergunta “Tiveste de interromper refeições por causa de problemas com os teus dentes ou boca?”.	19
Gráfico 11 - Distribuição das respostas à pergunta “Sentiste dificuldade em relaxar por causa de problemas com os teus dentes ou boca?”.	19
Gráfico 12 - Distribuição das respostas à pergunta “Tens-te sentido um pouco envergonhado por causa de problemas com os teus dentes ou boca?”.	20
Gráfico 13 - Distribuição das respostas à pergunta “Tens sido menos tolerante ou paciente com a tua família por causa de problemas com os teus dentes ou boca?”.	20
Gráfico 14 – Distribuição das respostas à pergunta “Tiveste dificuldade em realizar as tuas atividades habituais por causa de problemas com os teus dentes ou boca?”.	21
Gráfico 15 - Distribuição das respostas à pergunta “Sentiste-te menos satisfeito com a vida em geral por causa de problemas com os teus dentes ou boca?”.	21
Gráfico 16 - Distribuição das respostas à pergunta “Tens sido totalmente incapaz de funcionar por causa de problemas com os teus dentes ou boca?”.	22

Gráfico 17 - Distribuição de valores obtidos na classificação final do OHIP-14.	24
Gráfico 18 - Prevalência de cárie dentária na amostra estudada.	25
Gráfico 19 - Prevalência dos valores do IPS na amostra estudada.	26
Tabela I – Resultados mais relevantes dos estudos analisados: estudos de revisão.	8
Tabela II - Distribuição de pontuações relativas a cada uma das dimensões.	22
Tabela III - Classificação final do OHIP-14.	24
Tabela IV - Índice CPOD	25
Tabela V - Eficácia da higiene oral na amostra estudada – Índice de Placa Simplificado (IPS).	26

Lista de abreviaturas

Child-OIDP – Child Oral Impact on Daily Performance

CHUC – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

COHIP – Child Oral Health Impact Profile

COHQoL – Child Oral Health Quality of Life Instrument

CPO – Cariados, Perdidos e Obturados

CPQ – Child Perception Questionnaire

ECOHIS – Early Childhood Oral Health Impact Scale

FIS – Family Impact Scale

ICDAS -International Caries Detection and Assessment System

IPS – Índice de Placa Simplificado

OHIP – Oral Health Impact Profile

OIDP – Oral Impact on Daily Performance

OMS – Organização Mundial de Saúde

PPQ – Parental Perception Questionnaire

QdVRSO – Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral