Daniel Amorim de Melo Sá Alves

# Avaliação do Impacto da Saúde Oral na Qualidade de Vida em Indivíduos entre os 11 e os 14 anos de Idade

Universidade Fernando Pessoa

Porto 2009

Daniel Amorim de Melo Sá Alves

# Avaliação do Impacto da Saúde Oral na Qualidade de Vida em Indivíduos entre os 11 e os 14 anos de Idade

Universidade Fernando Pessoa

Porto 2009

Daniel Amorim de Melo Sá Alves

# Avaliação do Impacto da Saúde Oral na Qualidade de Vida em Indivíduos entre os 11 e os 14 anos de Idade

_____

(Daniel Amorim de Melo Sá Alves)

Monografia apresentada à Universidade Fernando Pessoa
como parte dos requisitos para obtenção do grau de
licenciado em Medicina Dentária

**Sumário**

**Introdução:** O conceito de Saúde pode variar desde o funcionamento do corpo até ao estado completo de bem-estar. A Saúde pode ser vista como representação subjectiva do estado de bem-estar e não deve ser avaliada tão somente por indicadores somáticos, mas também por meio da compreensão de como as pessoas se sentem psicológica e fisicamente e como se relacionam e competem com outras no seu dia-a-dia. Na Medicina Dentária, já muitos estudos tentam mostrar a influência da Saúde Oral na Qualidade de Vida. **Objectivos:** Neste estudo pretende-se avaliar a percepção de adolescentes sobre a condição da sua Saúde Oral e o quão ela interfere na Qualidade de Vida tendo em consideração problemas orais, sentimentos e/ou sensações, ambiente escolar e actividades extra curriculares na companhia de amigos e familiares. **Metodologia:** Aplicou-se um questionário sobre a percepção que os impactos orais têm no desempenho diário a uma população entre os 11 e os 14 anos, sendo também registado os Índices CPOD e IPB. A variável dependente foi o Impacto da Saúde Oral na Qualidade de Vida colhida pelo Índice $CPQ_{11-14}$. As variáveis independentes foram: a idade, o género, a condição de Saúde Oral segundo critérios normativos (CPOD e IPB), a percepção de Saúde Oral (baseada na auto-avaliação do paciente sobre a sua saúde oral) e a condição de bem-estar (relacionando o quão a condição de saúde oral afecta a vida em geral). **Resultados:** Na população estudada a prevalência de cárie dentária era de 74%, mostrando uma condição de Saúde Oral insatisfatória. No entanto 49% das crianças observadas apresentavam um bom Índice de placa bacteriana. Dos indivíduos estudados 70% considerou que a sua Saúde Oral era boa ou muito boa e 57% assinalaram que a sua condição de bem-estar em nada ou muito pouco era afectada pela condição dos seus dentes, lábios, maxilares ou boca. Numa escala de 0 a 148 o $CPQ_{11-14}$ teve como valor médio 22 variando entre 2 e 82. Foram mencionados como principais impactos da Saúde Oral na Qualidade de Vida as “Limitações Funcionais” e os “Sintomas Orais”, seguindo-se o “Bem-estar Emocional” e depois o “Bem-estar Social”. **Conclusões:** Os indivíduos da amostra com cárie atribuíram um grau de Saúde Oral significativamente inferior aos indivíduos que não tinham cárie. De uma forma geral, as crianças com mais de 5 dentes cariados, perdidos ou obturados atribuíram maior impacto da Saúde Oral na Qualidade de Vida que as crianças com 5 ou menos dentes cariados, perdidos ou obturados. Os indivíduos do grupo etário 11-12 anos atribuíram um maior impacto da Saúde Oral na Qualidade de Vida que as crianças com idades entre os 13 e 14 anos.

**Palavras Chave**: Saúde Oral, Qualidade de Vida, CPQ.

**Abstract**

The concept of Health can change from the working of the body to the state of complete well-being. Health can be seen as subjective representation of the well-being state and should not be judged solely by somatic indicators, but also through the understanding of how people feel physically and psychologically and how they relate and compete with others in their daily routine. In Dentistry, many studies try to show the influence of Oral Health on Quality of Life. This study aims to assess the perception of adolescents on the condition of their Oral Health and how it interferes with the Quality of Life in view of oral problems, feelings and / or sensations, school environment and extra curricular activities in the company of friends and family. A questionnaire about the perception of oral impacts on daily performance was applied to a population aged between 11 and 14 years old, and also noted the CPOD and IPB indices. The dependent variable was the Impact of Oral Health on Quality of Life collected by the $CPQ_{11-14}$. The independent variables were: age, gender, the condition of Oral Health according to normative criteria (CPOD and IPB), the perception of Oral Health (based on self-evaluation of the patient about his/her oral health) and the condition of well-being (relating how the condition of oral health affects life in general). In this population the prevalence of dental caries was 74%, showing a condition of poor Oral Health. However, 49% of the observed children had presented a good index of plaque. 70% of subjects felt that their Oral Health was good or very good and 57% reported that their condition of well-being was little or nothing affected by the condition of their teeth, lips, jaw or mouth. On a scale from 0 to 148 the $CPQ_{11-14}$ was to average 22 ranging between 2 and 82. The "Functional Limitations" and “Oral Symptoms” were mentioned as the main impacts of Oral Health in Quality of Life, followed by "Emotional Well-being" and then "Social Well-being". The subjects of the sample with caries have presented a degree of Oral Health significantly lower than in individuals who had no caries. In general, children with more than 5 teeth with caries, missing or filled ones have attributed greater impact to Oral Health on Quality of Life than children with 5 or less teeth with caries, missing or filled ones. Those in the age group between 11-12 years gave a greater impact to the Oral Health on Quality of Life than children aged between 13 and 14 years.

**Keywords**: Oral Health, Quality of Life, CPQ.

**Dedicatória**

À minha Mãe, pela maneira como apoiou todo o meu percurso e me ajudou a percorrê-lo dia a dia.

**Agradecimentos**

Agradecimento especial à minha orientadora, Dra. Ana Gonçalves, pela confiança e predisposição ao longo deste trabalho.

À minha irmã pelo incentivo durante os momentos mais duros e convicção de que iria superar todas as barreiras para atingir os meus objectivos.

**Glossário de siglas**

**CPQ –** Child Perceptions Questionnaire

**CID-OE** – Classificação Internacional de Doenças em Odontologia e Estomatologia

**COHQoL** – Child Oral Health Quality of Life

**CPOD –** Índice de cárie dentária (C – número de dentes cariados, P – número de dentes perdidos, O – número de dentes obturados), em dentição permanente e decídua

**DGS** – Direcção Geral de Saúde

**DP** – Desvio Padrão

**GOHAI** – General Oral Health Assessment Index

**IPB –** Índice de Placa Bacteriana

**NSE** – Nível Socio-económico

**OIDP –** Oral Impacts on Daily Performances

**OHIP** – Oral Health Impact Profile

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**PB** – Placa bacteriana

**PPM** – Partes por milhão

**QdV** – Qualidade de Vida

**QdV LS** – Qualidade de Vida Ligada à Saúde

**QdV-RSO** – Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral

**SPSS –** Statistical Package for the Social Sciences

**WHO** – World Health Organization

**WHO IUHE** – World Health Organization International Union for Health Education

**WHOQOL –** World Health Organization Quality of Life

## Índice

**I. Introdução** 1

1. Conceito de Saúde 1
1.1. Determinantes da Saúde 2
1.2. Saúde vs Doença 4
1.3. Promoção da Saúde 5
1.4. Educação para a Saúde 5
1.4.1. Educação para a Saúde na Escola 6

2. Saúde e Qualidade de Vida 6

3. Saúde Oral vs Saúde Geral 7
3.1. Papel dos Médicos dentistas na Saúde Geral 9
3.2. Doenças da Cavidade Oral 9
3.2.1. Cárie Dentária 10
3.2.1.1. Progressão da Cárie Dentária 12
3.2.2. Doença Periodontal 13
3.3. Mortalidade Dentária 13

4. Promoção da Saúde Oral 14
4.1. Promoção da Saúde Oral em Portugal 15
4.2. Prevenção da Cárie e outras Patologias Orais 15
4.2.1. Níveis de Prevenção 16
4.2.2. Motivação 17
4.3. Medidas Comunitárias de Prevenção 17
4.4. Medidas Individuais de Prevenção 18
4.4.1. Higiene Oral 18
4.4.2. Dieta 19
4.4.3. Flúor 19
4.4.4. Clorohexidina 20
4.4.5. Selantes de Fissuras 21

4.4.6. Barreiras das Crianças em relação à Saúde Oral 21

5. Saúde Oral e Qualidade de Vida 22
5.1. Factores Demográficos 23
5.1.1. Factores determinantes para o Impacto Oral no Desempenho Diário 24
5.1.2. Impacto da condição oral na qualidade de vida das crianças 27
5.1.2.1. Child Perceptions Questionnaire 11-14 ($CPQ_{11-14}$) 29

6. Objectivos 30
6.1. Objectivo geral 30
6.2. Objectivos específicos 30

**II. Material e Métodos** 31

1. Tipo de Estudo 31

2. Amostra 31

3. Plano Operacional 32

4. Material 32

5. Métodos 32
5.1. Questionário $CPQ_{11-14}$ 32
5.2. Índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados 33
5.3. Índice de Placa Bacteriana 34

6. Variáveis em Estudo 34

7. Metodologia da Análise Estatística 35

**III. Resultados** 37

1. Caracterização da Amostra 37

1.1. Caracterização socio-demográfica, de saúde oral e condição de bem-estar da amostra 37

1.1.1. Análise da cárie relativamente ao género e ao escalão etário 39

1.1.2. Análise do IPB relativamente ao género e ao escalão etário 39

1.1.3. Distribuições de frequências para o CPO 40

1.2. Caracterização da condição de saúde oral 40

1.2.1. Análise da percepção de saúde oral e da condição de bem-estar relativamente às variáveis socio-demográficas 41

1.2.2. Análise da percepção de saúde oral e da condição de bem-estar relativamente à cárie e selante de fissuras 42

1.2.3. Análise da percepção de saúde oral e da condição de bem-estar relativamente ao CPO e IPB 43

2. Caracterização do "Questionário $CPQ_{11-14}$" para o estudo do impacto da saúde oral na qualidade de vida, em indivíduos entre os 11 e os 14 anos de idade 43

2.1. Consistência interna/fiabilidade do Questionário $CPQ_{11-14}$ 46

3. Validade de Constructo 48

4. Análise da escala total e das sub-escalas do $CPQ_{11-14}$ relativamente às características socio-demográficas e grupos clínicos estudados (Validade Discriminante) 49

5. Distribuições de Frequências para as Dimensões do $CPQ_{11-14}$ 51

**IV. Discussão** 52

1. Validade e Limitações do Estudo 52

2. Consistência Interna/ Fiabilidade 53

3.Validade de Constructo 53

4. Perfil Epidemiológico 54

5. Percepção de Saúde Oral e da Condição de Bem-Estar dos Jovens 55

6. Impacto da Saúde Oral na Qualidade de Vida 55

7. Factores de Percepção do Impacto da Saúde Oral na Qualidade de Vida 57

**V. Conclusão** 58

**VI. Bibliografia** 61

**VII. Anexos** 70

**Índice de Anexos** 70

Anexo 1: Questionário original em Inglês 70
Anexo 2: Versão Brasileira do CPQ 11-14 75
Anexo 3: Questionário adaptado para português de Portugal 80
Anexo 4: Ficha Clínica 85
Anexo 5: CPOD 86
Anexo 6: Índice de placa bacteriana de Ramjford modificado por Shick e Ash 88
Anexo 7: Esquema dentário oclusal 88
Anexo 8: Distribuições de frequências relativas (% linha) para as 37 questões do $CPQ_{11-14}$ 89
Anexo 9: Testes não paramétricos de Kolmogorov-Smirnov para verificação da normalidade das distribuições 90
Anexo 10: Testes não paramétricos de Kruskal-Wallis e de Mann-Whitney 95
Anexo 11: Testes não paramétricos de Wilcoxon 99
Anexo 12: Quadros com as distribuições de frequências para as dimensões do $CPQ_{11-14}$ 100
Anexo 13: Testes não paramétricos do Qui-quadrado 102

## Índice de Quadros

Quadro 1: Valores de *Alpha de Cronbach* (α), para a consistência interna 36
Quadro 2: Características socio-demográficas, percepção de saúde oral e condição de bem-estar da amostra (n=164) 38
Quadro 3: Comparação entre a cárie de acordo com o género e a idade (n = 164) 39
Quadro 4: Comparação entre o IPB de acordo com o género e a idade (n = 164) 39
Quadro 5: Distribuição de frequências para o CPOD 40
Quadro 6: Características da condição de saúde oral (n=164) 41
Quadro 7: Comparação da média (desvio padrão) da percepção da saúde oral e da condição de bem-estar de acordo com as variáveis socio-demográficas 42
Quadro 8: Comparação da média (desvio padrão) da percepção de saúde oral e da condição de bem-estar de acordo com as variáveis cárie e selante de fissuras 42
Quadro 9: Comparação da média (desvio padrão) da percepção de saúde oral e da condição de bem-estar de acordo com o CPO e IPB 43
Quadro 10: Estatísticas descritivas e % de casos "nunca" (ordenados por ordem decrescente da média), relativas às 37 questões do questionário $CPQ_{11-14}$ 45
Quadro 11: Comparação entre a consistência interna da escala utilizada no Brasil (questionário $CPQ_{11-14}$ na versão portuguesa) e a escala utilizada neste estudo 46
Quadro 12: Estatísticas descritivas (sub-escalas ordenadas por ordem decrescente da média), relativas à escala total e sub-escalas do $CPQ_{11-14}$ 47
Quadro 13: Valores do coeficiente de correlação de Spearman entre a escala total e as sub-escalas do Questionério $CPQ_{11-14}$ 47
Quadro 14: Correlação de Spearman entre a escala total e as sub-escalas do $CPQ_{11-14}$ e a avaliação global de saúde oral e bem-estar 48
Quadro 15: Comparação dos valores da média (desvio padrão) da escala total e das sub-escalas do $CPQ_{11-14}$ de acordo com as variáveis socio-demográficas e grupos clínicos (n=164) 49

## Índice de Imagens

Figura 1 – Modelo de Determinação Social segundo Dahlgrem; Whitehead, 1992 3

Figura 2 – Modelo de Saúde de Evans, 2003 4

Figura 3 – Representação gráfica da relação entre os factores primários e secundários na etiologia da cárie 11

Figura 4 – Factores necessários para o desenvolvimento de cárie e influência do ambiente social 12

Figura 5 – Modelo teórico de avaliação da saúde oral proposto por Locker (1988) 23

# I. Introdução

## 1. Conceito de Saúde

Saúde é uma palavra derivada do latim *sanus* que significa são. Pode ser definida como o estado daquele que está bem e que se sente bem. A saúde é um direito humano fundamental e um valor universal que desde à muito preocupa o Homem (Sala, 1999).

O conceito de saúde pode variar desde o funcionamento do corpo até ao completo estado de bem-estar. A saúde pode ser vista como representação subjectiva do estado de bem-estar e não deve ser avaliada tão somente por indicadores somáticos, mas também por meio da compreensão de como as pessoas se sentem psicológica e fisicamente, como elas se relacionam e competem no seu dia-a-dia (Cerveira, 2003).

A OMS em 1948 definiu saúde como "não sendo apenas a ausência de doenças ou enfermidades, mas um estado de completo estado de bem-estar físico, mental e social" (*cit in* Charmosa, 2005). Saúde não é um estado estático, biologicamente definido, mas sim um estado dinâmico e socialmente produzido (Buss, 2000).

Saúde pode ser vista, segundo Locker, como "uma experiência individual subjectiva sobre o seu bem-estar funcional, social e psicológico", referindo-se às experiências individuais sobre os corpos e sobre si mesmo e às consequências destas experiências no dia-a-dia. Como tal, é um conceito sociológico e psicológico que se aplica às pessoas e às populações. Este conceito pertence ao paradigma socio-ambiental e leva ao desenvolvimento de maneiras de medir percepções, sentimentos e comportamentos (Locker, 1997).

Cada indivíduo, família, comunidade e grupo populacional têm necessidades e riscos específicos quanto à sua conformação biológica, localização geográfica, estilo de vida e condição social, e este aspecto vai-se traduzir num perfil de problemas de saúde-doença peculiar. Assim, os estudos das desigualdades sociais em saúde constituem uma importante ferramenta para os serviços de saúde (Lacerda, 2005).

## 1.1. Determinantes da Saúde

Depois da segunda Guerra Mundial a maioria dos governos dos países industrializados iniciaram uma politica social e sanitária destinada a atenuar as desigualdades que em saúde e protecção social derivavam das diferenças económicas. Essa política pretendia diminuir ou mesmo eliminar diferenças a respeito da saúde e doença que resultavam das desigualdades económicas. Fruto dela, foi a aplicação de grandes quantidades de recursos humanos e económicos com o fim de melhorar os sistemas assistenciais em saúde (Sala, 1999).

As condições de vida de um grupo populacional têm um carácter dinâmico e expressam a forma como o grupo se articula com o processo geral reprodutivo do conjunto da sociedade. Estas condições de vida podem ser operacionalizadas em quatro dimensões do processo de reprodução social (Castellanos, 1992):

- a dimensão dos processos predominantemente biológicos – aspectos genéticos e capacidade imunológica;
- a dimensão dos processos predominantemente ecológicos – meio ambiente residencial e do trabalho;
- a dimensão dos processos reprodutivos das formas de consciência e de conduta – determinantes culturais, estilos de vida individuais e colectivos;
- a dimensão dos processos predominantemente económicos – forma de articulação com a produção, distribuição e consumo de bens e serviços.

Dahlgrem e Whitehead (1992), consoante esta ideia, sintetizam as reflexões norteadoras do paradigma de determinação social numa figura de arcos sobrepostos, estabelecendo níveis hierárquicos entre as variáveis contempladas nos estudos científicos da área. Assim, as características biológicas, determinantes proximais do processo saúde-doença, são influenciadas directamente pelos hábitos e pelos comportamentos dos indivíduos. Estas variáveis definidas como estilo de vida são estabelecidas pelos grupos populacionais ou pelo suporte comunitário em que estão inseridos os indivíduos. Estes grupos são definidos mediante a similaridade na condição de vida, orientada por acessos a bens e serviços, grau de escolaridade, emprego, renda, moradia, saneamento básico e lazer. Tais características são determinadas por aspectos culturais e estruturais onde estão inseridos os indivíduos, constituindo-se o nível distal no processo de determinação (Figura 1).

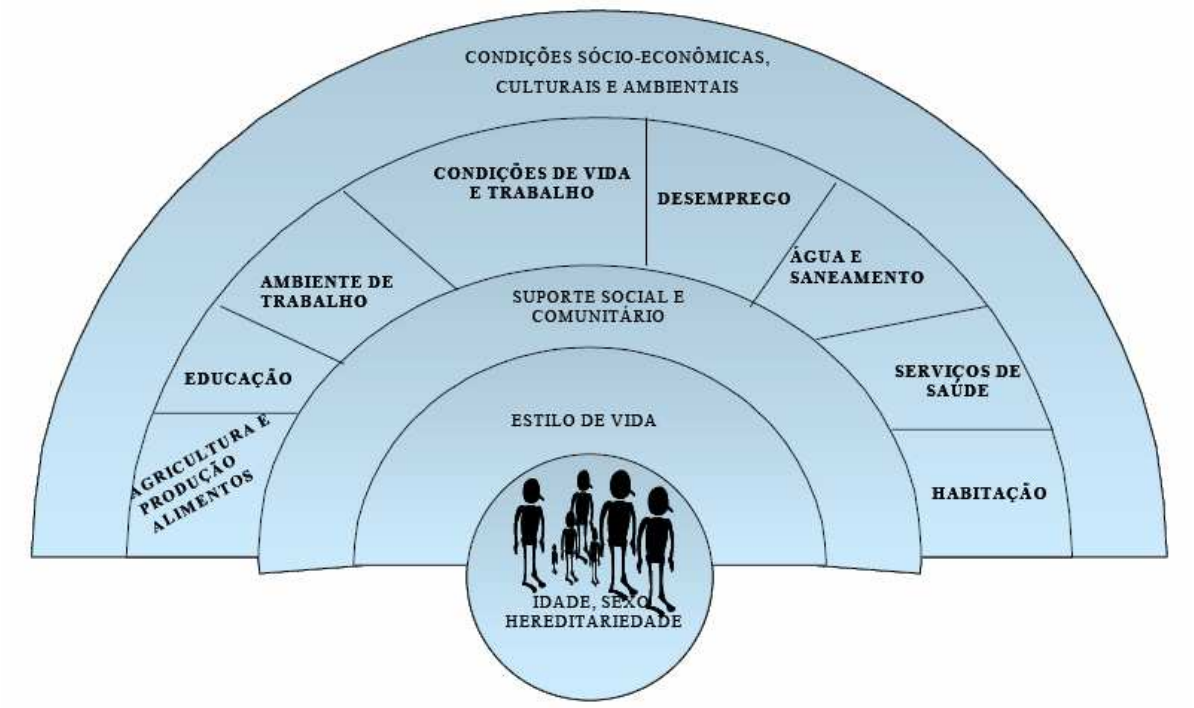



**Figura 1 –** Modelo de Determinação Social segundo Dahlgrem e Whitehead, 1992.

Uma tentativa mais recente de pensar a relação entre saúde e uso de serviços de saúde, é o modelo proposto por Evans e Stoddart (2003) (Figura 2). Destaca-se por descrever a relação causal recíproca entre doença e utilização de serviços de saúde, em que somente a doença, e não a saúde, é responsável directa pelo consumo destes serviços. Sendo a saúde vista como um fenómeno distinto da doença, que não se reduz à sua simples ausência. O modelo explicita que os determinantes de saúde diferem dos determinantes de uso de serviços de saúde. A doença (factor directamente associado ao uso destes serviços) é um dos elementos, dentre outros, como o grau de prosperidade e bem-estar de uma sociedade, que determinam a saúde. A utilização de serviços influencia directamente a doença, mas apenas indirectamente a saúde. Concebido teoricamente para dar conta da complexidade dos factores e dimensões que interferem no processo saúde, doença e uso dos serviços, este modelo não foi empiricamente testado, necessitando ainda de maior especificação dos seus elementos. A sua principal qualidade até ao momento é sua robustez teórica (Travassos, 2004).

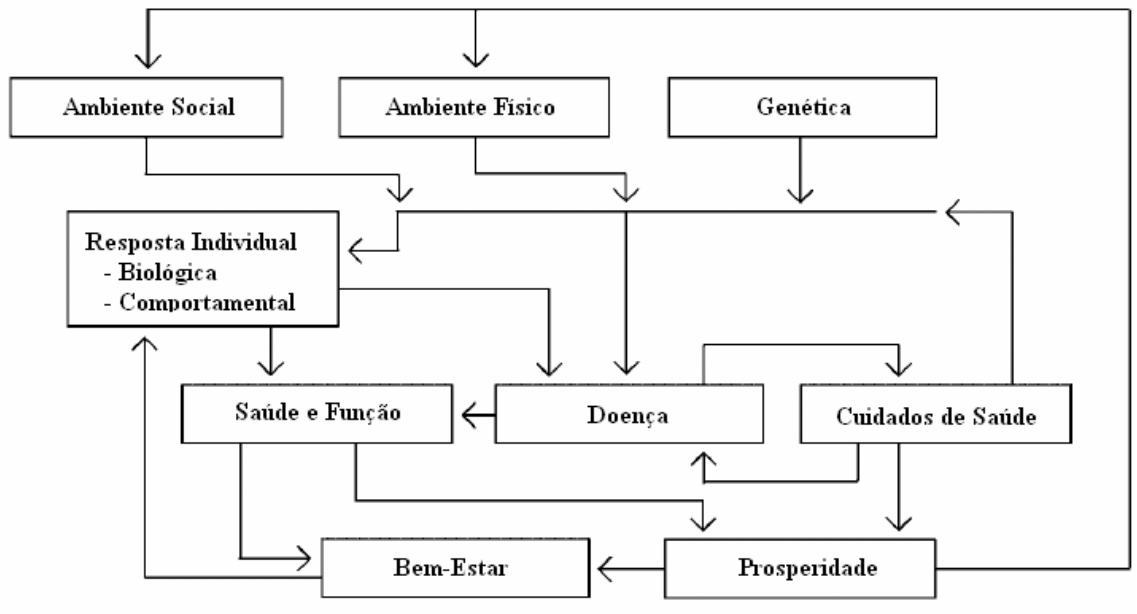



**Figura 2** – Modelo de Saúde de Evans, 2003.

### 1.2. Saúde vs Doença

A explicação do processo saúde-doença tem sofrido alterações ao longo dos tempos, consoante a forma de organização das sociedades, os seus princípios, os seus recursos tecnológicos e os seus avanços científicos (Lacerda, 2005).

Os termos saúde e doença têm sido utilizados como se tratassem de duas variáveis categóricas. Neste sentido, um paciente deixa de estar são e passa à categoria de doente em função de critérios de diagnóstico. O ponto de vista actual tende a tratar saúde e doença como variáveis quantitativas. Tanto uma como outra são um contínuo que permite graus distintos. Não há, pois, um limite estreito entre elas, sendo este modificado à medida que as possibilidades de diagnóstico se ampliam e melhoram com a incorporação de novos e mais precisos instrumentos de diagnóstico (Sala, 1999).

Doença e saúde não são, portanto, pontos de um traço contínuo mas sim dimensões independentes da experiência humana. É tanta a relação entre si que se sobrepõem, não sendo necessariamente coincidentes e podendo ser experimentados separadamente. Quer dizer, doença não infringe necessariamente sobre saúde, é apenas uma das muitas ameaças sobre a saúde (Locker, 1997).

### 1.3. Promoção da Saúde

A *Carta de Ottawa* (OMS, 1986) define a promoção da saúde como "o processo de capacitação do conjunto de indivíduos para que exerçam um maior controlo sobre a sua própria saúde e possam assim melhorá-la".

A prevenção e a promoção perseguem como meta a saúde, mas a prevenção fá-lo situando o seu ponto de referência na doença. O objectivo da prevenção é evitar a doença, enquanto que o da promoção é maximizar os níveis de saúde (Sala, 1999).

A *Carta de Ottawa* (OMS, 1986) propõe cinco mecanismos para a promoção da saúde:

- desenvolvimento de habilidades pessoais;
- reorientação dos serviços de saúde;
- promoção de políticas de saúde;
- fortalecimento da acção comunitária;
- criação de ambientes favoráveis à saúde.

A promoção da saúde engloba a prevenção, mas o seu campo de acção é muito mais amplo. Conceptualmente a sua base assenta em duas características: o seu carácter dinâmico e a influência das suas determinantes (Sala, 1999).

### 1.4. Educação para a Saúde

A educação sanitária é uma combinação de experiências de aprendizagem planificadas, destinadas a facilitar a adopção voluntária de comportamentos com o objectivo final de melhorar a saúde (Escolies, 1999).

Na nossa sociedade o nível socio-cultural dos diferentes segmentos sociais é que determina a capacidade dos indivíduos terem saúde e educação. Assim, as carências sociais e as privações culturais são consideradas como factores que originam a falta de saúde e educação das classes populares. Aplicar normas e conselhos como forma de educar em saúde foi, durante muito tempo, o meio utilizado para "higienizar" e "domesticar" as classes populares. É importante considerar que a educação e a saúde são produzidas pelas condições de vida, trabalho, lazer,

moradia de cada sociedade em particular, não podendo ser generalizada por meio de imposição de normas, pois cada sociedade se organiza de uma forma particular. Não é possível, portanto, reduzir as práticas no campo da Educação e da Saúde a uma série de regras e receitas a serem repassadas aos profissionais, aos alunos nas escolas ou às mães nos postos de saúde, como formas precípuas de se conquistar a saúde (Lervolino, 2000).

A União Internacional de Promoção e Educação em Saúde da Organização Mundial de Saúde (WHO IUHE) define educação em saúde como "a combinação de acção social planeada e de experiências de aprendizagem planeadas visando capacitar as pessoas, para adquirirem controlo sobre os determinantes da saúde, sobre o comportamento em saúde e sobre as condições sociais que afectam o seu próprio estado de saúde e o estado de saúde dos outros" (Lervolino, 2000).

### 1.4.1 Educação para a Saúde na Escola

A educação para a saúde na escola é o processo pelo qual se pretende colaborar na formação de uma consciência crítica no escolar, que resulte na aquisição de práticas visando a promoção, manutenção e recuperação da própria saúde e da saúde da comunidade da qual faz parte.

A educação em saúde deve trazer aos alunos uma atenção integral, em cada etapa do seu desenvolvimento. Trabalhando com a auto-estima das crianças e jovens, com a capacidade de adquirir hábitos de higiene e de adoptar formas de vida saudáveis, a educação em saúde não se limita a transmitir informações de uma matéria específica, mas busca o desenvolvimento de conhecimentos, hábitos e habilidades que contribuam para a adopção de um modo de vida mais saudável (Lervolino, 2000).

## 2. Saúde e Qualidade de Vida

Estudos sobre qualidade de vida e associação com saúde são relativamente recentes, mas de significativo crescimento nas últimas décadas. Grande parte deles teve como objectivo a definição do termo e a apresentação de instrumentos de aferição (Slade, 1997).

Utilizado pioneiramente por Pigou, na década de 1920, ao escrever sobre aspectos da economia e do bem-estar dos indivíduos, o termo qualidade de vida passou a ser frequentemente utilizado no acompanhamento do desenvolvimento dos países no período Pós II Guerra Mundial (Paschoal, 2000).

Devido às desigualdades sociais existentes na maioria dos países, o conceito de qualidade de vida está aassociado aos indicadores de desenvolvimento social. Assume um carácter multidimensional e perpassa os sectores: saúde, educação, moradia, transporte, lazer e trabalho, que se denominam medidas de qualidade de vida objectiva (Lacerda, 2005).

O processo de transição demográfica e epidemiológica vivenciado nas últimas décadas em muitos países, somado aos avanços tecnológicos no diagnóstico e tratamento de morbilidades crónico-degenerativas ou de alta letalidade, tiveram como consequência o aumento da sobrevida. Este facto, somado à influência de novos paradigmas sobre políticas e práticas no sector da saúde, foi o responsável, em parte, pelo crescente interesse sobre o tema qualidade de vida nos estudos científicos da área (Paschoal, 2000).

O conceito da OMS diz que “Qualidade de Vida é a percepção do indivíduo acerca da sua posição na vida, de acordo com o contexto cultural e os sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objectivos, expectativa, padrões e preocupações” (The WHOQOL Group, 1995).

Qualidade de Vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efectuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera o seu padrão de conforto e bem-estar (Minayo, 2000).

## 3. Saúde Oral vs Saúde Geral

A saúde oral não pode ser considerada uma entidade independente da saúde geral. A saúde oral significa muito mais que uma dentição hígida. Da mesma forma, um indivíduo não é saudável se não tiver saúde oral. Os efeitos das doenças orais para o organismo não são limitados à cavidade oral. Doenças infecciosas orais podem actuar como focos de

disseminação de microorganismos patogénicos. Portanto, o impacto das doenças orais na saúde geral evidencia a importância do atendimento integral dos pacientes na consulta de medicina dentária. No caso da odontopediatria, o profissional deve ter consciência da relevância do seu trabalho para o restabelecimento do equilíbrio no meio oral a fim de proporcionar ao paciente infantil saúde geral (Araújo, 2003).

"A saúde oral é uma parte integrante da saúde em geral. Este é um princípio fundamental que rege os esforços da medicina dentária moderna na prevenção das doenças orais. Assim, nenhum indivíduo pode ser considerado completamente saudável se tiver qualquer doença presente na boca" (DGS, 1991).

A saúde oral, tal como a saúde geral, é altamente influenciada pelo nível socio-económico (NSE). As disparidades do estado da saúde oral entre crianças de um NSE baixo e de um NSE alto encontram-se documentadas de forma extensa na literatura dentária. Contudo, dispomos de informação limitada sobre as medidas e as intervenções mais eficazes na redução ou na eliminação das disparidades da saúde geral ou da saúde oral (Amid, 2003).

Nos países ditos desenvolvidos a saúde oral acompanha a saúde geral numa melhoria significativa nos índices de saúde na população, provavelmente devido a mudanças comportamentais dos indivíduos no sentido da prevenção. A saúde oral fazendo parte da saúde geral contribui também para o aumento da esperança de vida nos países industrializados (Araújo, 2003).

As doenças dentárias contribuem para uma diminuição das funções biológicas (mastigação) e sociais (falar, sorrir, comunicar) interferindo com a proximidade e intimidade nas relações sociais quotidianas. Acredita-se que os sujeitos medem os outros pela aparência. Sendo o rosto a parte mais diferenciada do corpo, este é o que tem de ser primeiramente aceite, com a região oral, dentição e não só, incluída. A cavidade oral tem, portanto, uma grande influência na qualidade de vida dos indivíduos, tanto ao nível biológico quanto psicológico e social, através da função, auto-estima, auto-expressão, comunicação e estética facial (Vargas, 2005).

### 3.1. Papel dos Médicos dentistas na Saúde Geral

Começa a ser facto consumado que uma percentagem significativa da população visita mais regularmente o médico dentista que o médico de família. Este contacto preferencial, periódico, por parte dos pacientes está directamente relacionado com motivações de vária ordem. Desde os pacientes que procuram cumprir os conselhos preventivos, aos que procuram melhorar a sua estética, até aos pacientes que têm necessidade de tratamentos mais frequentes. A constatação desta realidade por parte das outras especialidades médicas começa a fazer com que os colegas considerem a medicina dentária um elemento não negligenciável na prevenção e controlo de algumas doenças sistémicas. A ideia de que as doenças da cavidade oral nada têm a ver com o resto do corpo está a ser completamente descartada, à medida que se encontram cada vez mais relações entre patologias orais e sistémicas. Outro papel potencialmente preponderante que o médico dentista pode desempenhar é no aconselhamento dietético e na desabituação de hábitos tabágicos (Melo, 2006).

### 3.2. Doenças da cavidade oral

A cavidade oral é mais do que um orifício através do qual se ingerem alimentos. É uma estrutura de forma oval que compreende uma porção externa menor (o vestíbulo) e uma porção interna maior (a cavidade oral propriamente dita). É limitada anteriormente pelos lábios, lateralmente pelas bochechas, em baixo pelo assoalho muscular, posteriormente pelo istmo e superiormente pelo palato. Comunica-se com o exterior através da abertura dos lábios e com a faringe por meio do istmo da garganta. A cavidade oral possui um conjunto de estruturas banhadas pela saliva, tem uma flora bacteriana própria de grande potencial defensivo e desempenha importantes funções, referentes à mastigação dos alimentos, mas não só (Gebran, 2001).

As doenças da cavidade oral têm consequências mais ou menos graves a nível individual e comunitário. São cada vez mais olhadas como verdadeiras patologias e englobadas na saúde geral. Classificam-se internacionalmente (CID-OE) da seguinte maneira (Oppido, 1996):

K.00 Distúrbios do desenvolvimento e da erupção dos dentes

K.01 Dentes inclusos e impactados

K.02 Cárie dentária

K03 Outras doenças dos tecidos dentários duros
K.04 Doenças da polpa e dos tecidos periapicais
K.05 Gengivite e doenças periodontais
K.06 Outros transtornos da gengiva e do rebordo alveolar sem dentes
K.07 Anomalias dento-facias (inclusive maloclusão)
K.08 Outros transtornos dos dentes e das suas estruturas de sustentação
K.09 Quistos da região oral, não classificados noutra parte
K.10 Outras doenças dos maxilares
K.11 Doenças das glândulas salivares
K.12 Estomatite e lesões correlatas
K.13 Doenças dos lábios
K.14 Doenças da língua

### 3.2.1. Cárie Dentária

A cárie dentária tem afectado a humanidade desde a pré-história. Em diferentes culturas e em diferentes épocas, o homem tem exibido grande variação na susceptibilidade à doença (Cerveira, 2003).

A cárie é presentemente reconhecida como uma doença infecto-contagiosa, que resulta numa perda localizada de miligramas de minerais dos dentes afectados, causada por ácidos orgânicos provenientes da fermentação microbiana dos carbohidratos da dieta. Esta doença tem um carácter multifactorial e é, usualmente, crónica. O seu aparecimento é dependente da interacção de três factores essenciais: o hospedeiro, representado pelos dentes e a saliva, a microbiota da região e a dieta consumida. Para que a cárie possa ocorrer estes factores devem não apenas estar presentes mas também interagir em condições críticas, a saber: um hospedeiro com tecidos susceptíveis (dentes), colonizado por uma microbiota com potencial cariogénico, consumindo com frequência uma dieta rica em sacarose. Destas condições podem desenvolver-se placas dominadas por bactérias cariogénicas e, após um certo período de tempo, aparecem as lesões de cárie (Weyne, 1989). A etiologia de cárie aparece representada na Figura 3.

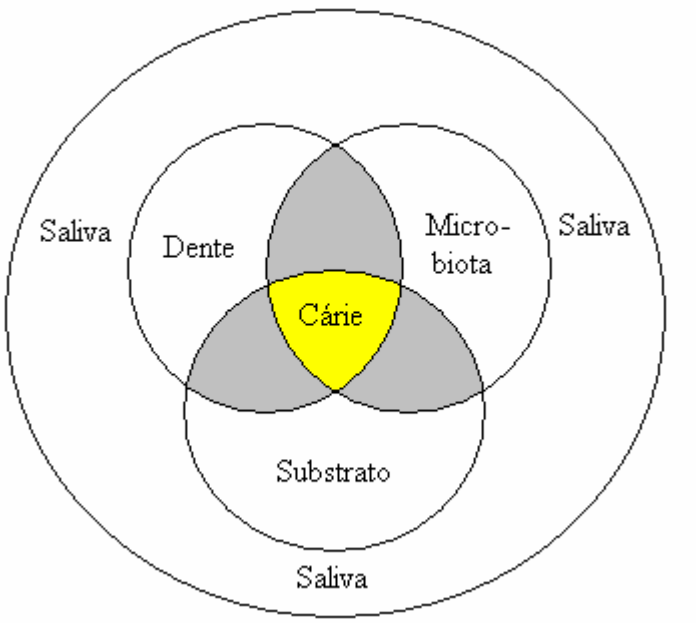



**Figura 3** – Representação gráfica da relação entre os factores primários e secundários na etiologia da cárie.

Os círculos que se entrelaçam representam os factores primários ou essenciais da cárie, enquanto que os componentes salivares que estão entre os mais importantes factores secundários do processo carioso são apresentados circunscrevendo os primários.

Apesar destes serem os factores essenciais para que se desenvolva a doença cárie, actualmente aceita-se um conceito de multicausalidade bem mais complexo. Sabe-se que o acumulo de microorganismos capazes de converter carbohidratos em ácidos nem sempre resulta em lesões de cárie. Tanto os microorganismos capazes de produzirem ácidos a partir da fermentação de açucares, como os açucares fermentáveis, podem ser considerados factores necessários, mas não suficientes para o desenvolvimentos da cárie dentária (Cerveira, 2003). Existe uma multiplicidade de factores que podem determinar o aparecimento da lesão cárie (Figura 4).

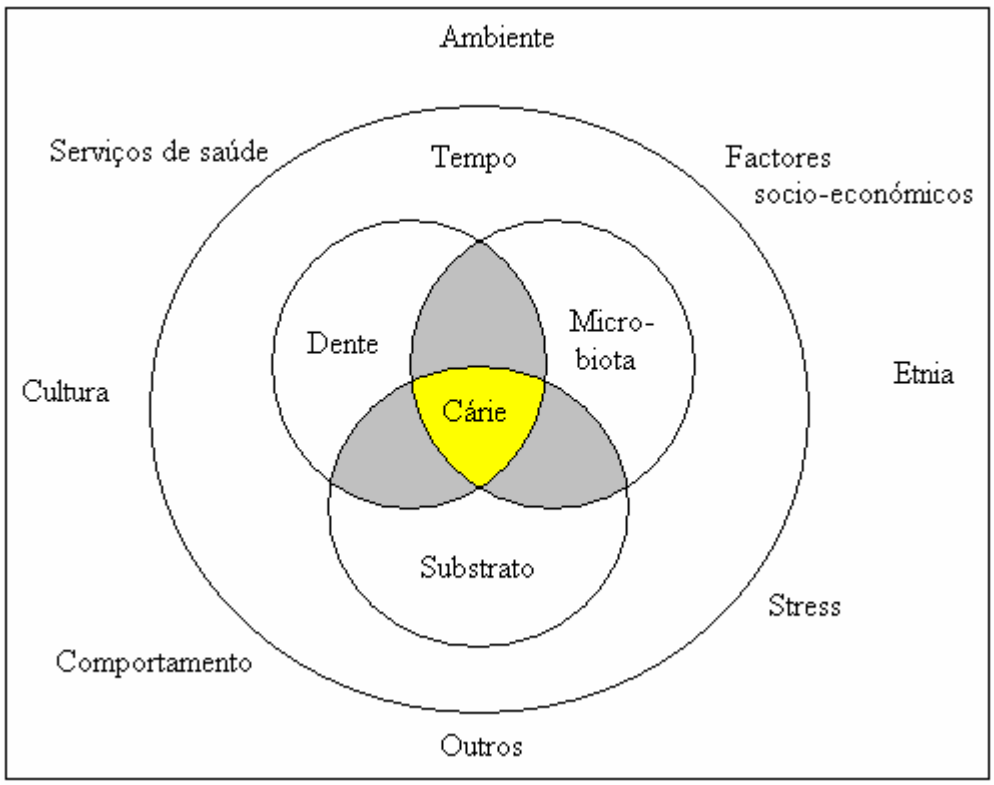



**Figura 4** – Factores necessários para o desenvolvimento de cárie e influência do ambiente social.

### 3.2.1.1. Progressão da Cárie Dentária

A cárie dentária começa, normalmente, nas superfícies oclusais, interproximais e nas raízes expostas. Caso não seja tratada a cavidade vai aumentando de tamanho, podendo destruir toda a superfície dentária. O aparecimento da cárie dentária e das periodontopatias têm uma associação forte com a acumulação de placa bacteriana e com o tempo de contacto com as superfícies dentárias. A bactéria *S. mutans* é das primeiras a proliferar sobre a placa. O factor tempo é muito importante visto que, apenas 24 horas depois, outras bactérias proliferam na placa. Os Streptococos são os responsáveis pelo aparecimento da cárie, enquanto que os Lactobacilos são os responsáveis pelo seu desenvolvimento. A sacarose vai favorecer a espessura da placa e a velocidade de acção dos agentes que estão na origem das lesões (Russo, 2003).

A cárie dentária é caracterizada por um processo dinâmico de fases cíclicas de desmineralização e remineralização dependentes de algumas condições favoráveis do meio

oral, tais como a saliva, placa bacteriana, flora oral e factores exógenos como a alimentação e a presença de flúor (Weyne, 1989).

### 3.2.2. Doença Periodontal

A gengivite causada por placa bacteriana é a forma mais prevalente de doenças do periodonto. Clinicamente, a gengivite tipifica inflamação de qualquer superfície de recobrimento. O contorno normal, firme e regular da gengiva muda para um volume aumentado em vários graus de edema ou de fibrose, em muitos casos de longa duração ou, em certos casos, modificado por condições sistémicas. Em indivíduos de raça branca a coloração rósea normal muda para avermelhada ou azul-avermelhada. Em indivíduos de raça negra, a mudança de coloração pode não ser tão óbvia mas, dependendo da intensidade da pigmentação normal, pode ser observável como uma profunda descoloração vermelho-azulada junto com o edema detectável por palpação (Farhat, 2001).

A periodontite é uma inflamação que se estende para as estruturas periodontais abaixo da gengiva, produzindo uma perda de tecido conjuntivo de inserção do dente. A mais prevalente forma de periodontite tem o seu início de expressão significante na vida adulta, geralmente tendo significado clínico após os 30 anos de idade. A sua expressão não depende de anormalidades sistémicas. A periodontite, indubitavelmente requer uma gengivite precursora, mas estudos em humanos e animais indicam que nem toda a gengivite progride para uma periodontite. A periodontite do adulto é causada por factores ambientais locais constituídos por uma flora bacteriana e factores retentivos para bactérias (Farhat, 2001).

## 3.3. Mortalidade Dentária

As pessoas estão susceptíveis, ao longo das suas vidas, a novos e repetidos episódios de impactos negativos na cavidade oral. As morbilidades mais prevalentes, cárie e doença periodontal, deixam sequelas irreversíveis ao nível da estrutura dentária ou dos tecidos de sustentação e protecção, as quais se acumulam e, em último estadio, levam a perda dentária. A variável idade tem sido a mais vulgarmente associada a estes impactos negativos. Mas há outras associadas à perda dentária: tabaco, bebidas alcoólicas, educação, diabetes (Klein, 2004).

A perda dentária ainda é um dos grandes problemas da população idosa nos países em desenvolvimento. O processo de envelhecimento não é responsável pelo aparecimento de doenças relacionadas com a saúde oral, mas estas estão geralmente presentes em indivíduos idosos. Uma condição oral deficiente, como a ausência dentária, que contribui directamente para a restrição da alimentação, promove um certo descontentamento do idoso em relação ao aproveitamento das refeições com a família ou amigos, e participa como um factor negativo nas suas actividades sociais, forçando o idoso a permanecer em casa e se isolar do convívio social (Guimarães, 2005).

## 4. Promoção da Saúde Oral

A educação em saúde deve ser pensada como um processo capaz de desenvolver nas pessoas a consciência crítica das causas reais dos seus problemas e, ao mesmo tempo, criar uma prontidão para actuar no sentido da mudança. O processo educativo é usado em medicina dentária visando mudanças de comportamento necessárias à manutenção, aquisição e promoção da saúde. Para que as mudanças comportamentais sejam atingidas, é necessário criar ou mudar percepções, utilizar forças motivadoras e tomar uma decisão para agir. É importante lembrar que a aquisição de valores e atitudes se dá através da socialização, permitindo o desenvolvimento do comportamento em relação à saúde (Petry, 2003).

Deve-se também realçar que os pacientes temem o desconhecido e os procedimentos a que serão submetidos durante o tratamento odontológico. A ansiedade é uma antecipação apreensiva de futuro perigo ou desgraça, acompanhada por um sentimento de disforia ou sintomas somáticos de tensão, ela é um facto com que muitos pacientes têm de lidar durante o tratamento dentário (Lopes, 2004).

Compete ao médico dentista olhar o seu paciente como um ser humano completo, não apenas como um local a ser tratado tecnicamente. E não só olhar, mas ouvir e compreender. O facto de ser atendido de forma mais calma e humana, já torna o paciente mais cooperativo (Morais, 2003).

A promoção da saúde oral tem necessidade de ser avaliada, no entanto, a qualidade da avaliação das intervenções em promoção da saúde oral tem, obrigatoriamente, de ser

melhorada. A avaliação da promoção da saúde oral é uma tarefa complexa e difícil que tem sido negligenciada. Os profissionais de saúde oral têm tido apoio e instrução limitados na avaliação desta metodologia. A promoção da saúde oral procura realizar aperfeiçoamentos à mesma e reduzir as desigualdades através da acção directa nas determinantes fundamentais da saúde oral. Um componente essencial deste processo é a acção multidisciplinar, que utiliza uma série de estratégias complementares (Watt, 2006).

### 4.1. Promoção da Saúde Oral em Portugal

Apesar das doenças orais atingirem praticamente toda a população portuguesa, constituindo um grave problema de Saúde Pública, muitas pessoas não estão sensibilizadas para avaliarem a sua importância. Parece evidente que não existe, por parte da população em geral, a consciência da necessidade de prevenir para não tratar, ou seja, os comportamentos, as atitudes e os estilos de vida não estão de acordo com a prevenção primária (Couto, 1997).

No entanto, a promoção da saúde oral é já hoje um facto em Portugal. Existe já uma estratégia global de intervenção, assente na promoção da saúde, prevenção das doenças orais, diagnóstico precoce e tratamento dos dentes que desenvolveram cárie dentária. Esta intervenção abrange grávidas e crianças, desde o nascimento até aos 16 anos, ao longo do ciclo de vida e nos ambientes onde as crianças e os jovens vivem e estudam. Para se obterem ganhos consistentes em saúde oral é indispensável um investimento precoce e continuado. Por isso, a promoção da saúde oral começa com a sensibilização da mãe grávida para os cuidados orais ao bebé, logo após o nascimento. Em casa e na escola, as mensagens de prevenção das doenças orais devem ser incorporadas nos comportamentos do dia-a-dia, com sentido de responsabilidade (DGS – Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral, 2005).

### 4.2 Prevenção da Cárie Dentária e outras Patologias Orais

A prevenção consiste num conjunto de medidas e atitudes, e principalmente da filosofia de prática do profissional que, tomadas durante o estado de saúde, impedem o estabelecimento de doenças, ou limitam a extensão do dano quando já instalada a patologia. A grande importância que hoje se dá à prevenção da cárie e doença periodontal é fácil de ser explicada. O motivo principal relaciona-se com a limitação das condutas terapêuticas, que, na tentativa

de restaurar funcionalmente estruturas doentes, nem sempre obtém grande sucesso (Couto, 1997).

A prevenção da cárie dentária é possível de uma forma eficaz através de uma higiene oral regular, racionalização do consumo de açucares, uso de flúor como suplemento, aplicação de selante de fissuras e desenvolvimento de acções de sensibilização (quando estes comportamentos não se verificam) regulares que envolvam não só crianças e jovens, mas toda a sociedade. Para a prevenção e controlo desta patologia ser eficaz tem de se incluir os auto-cuidados e dentro destes a autoavaliação (Batalha, 2001).

### 4.2.1. Níveis de Prevenção

A Aplicação do conceito de níveis de prevenção é possível porque todas as doenças apresentam uma "história natural", uns períodos mais ou menos bem definidos e que em cada um deles é possível a aplicação de algum tipo de medidas preventivas de acordo com o conceito amplo de prevenção. Em geral, classificam-se as actividades preventivas em 3 níveis (Sala, 1999):

Prevenção primária – tem como objectivo diminuir a probabilidade de ocorrência das doenças. As medidas de prevenção primária actuam antes da interacção dos agentes, ou dos factores de risco, com o hospedeiro, evitando o estímulo provocador da doença.

Prevenção secundária – actua quando não existiu prevenção primária ou se existiu e fracassou. Interrupção da afecção mediante tratamento precoce e oportuno da doença com o objectivo de cura e evitar aparecimento de sequelas. A presunção básica da prevenção secundária é que o diagnóstico e tratamento precoces melhoram o prognóstico da doença e permitem mantê-la controlada mais facilmente.

Prevenção terciária – quando a doença está bem estabelecida. Quando não se aplicaram as medidas preventivas anteriores ou se estas fracassaram. Procura limitar a lesão e evitar um mal maior.

### 4.2.2. Motivação

No âmbito da prevenção, que é toda uma filosofia, a motivação pode ser considerada como uma mola propulsora de toda a dinâmica desta técnica de acção. A psicologia define-a como factor que induz uma pessoa a praticar determinado acto. Clinicamente, significa obter a cooperação do paciente para levá-lo na direcção desejada, e, em consequência, conseguir a alteração do seu comportamento (Couto, 1997).

A forma mais eficaz de educação do paciente é a instrução directa, pois o contacto estreito entre profissional e paciente sobrepõe-se a todas as formas de comunicação. É certo que existem problemas de comunicação na prática de medicina dentária, o que, por vezes, torna difícil a prestação de serviços por parte do profissional. Logo, é importante certificar se houve compreensão das instruções recebidas por parte do paciente tendo sempre em mente que alguns pacientes não as entendem, e outros não são motiváveis. Também deve ser tido em conta que as pessoas são distintas e possuem valores diferentes. Como consequência, é necessário estabelecer-se quais são os valores e as necessidades de cada paciente (Couto, 1997).

## 4.3. Medidas Comunitárias de Prevenção

A medida comunitária mais utilizada e estudada na prevenção da cárie é a fluoretação da água que é, sem dúvida, um método preventivo eficaz, económico e seguro, tendo como principal vantagem poder abranger grandes grupos populacionais. (Cury, 1989). No entanto, hoje em dia considera-se que a escovagem utilizando pasta dentífrica com flúor é suficiente.

Deve realçar-se que o efeito preventivo do flúor se prolonga durante toda a vida. Assim, durante a formação do dente, pequenas quantidades de flúor são incorporadas no esmalte na forma de flúor-hidroxiapatite, que é mais resistente à dissolução ácida (Lascala, 1997).

Flúor dinamicamente importante é aquele presente constantemente na cavidade oral, participando no processo de cárie e agindo directamente nos fenómenos de desmineralização e remineralização (Cury, 1989).

### 4.4. Medidas Individuais de Prevenção

O controlo do acumulo de microorganismos sobre os dentes pela higiene oral é um dos mais difundidos métodos preventivos da cárie dentária e da doença periodontal, sendo que a motivação por parte do profissional e a consciencialização do paciente dos meios disponíveis para a prática da higienização são de fundamental importância para a higidez dos tecidos da boca (Rodrigues, 1997).

#### 4.4.1. Higiene Oral

A higiene oral diária não se trata apenas de escovagem dentária que, apesar de remover a placa bacteriana quando executada correctamente, por si só não é suficiente para uma completa higiene oral. Ela deve ser complementada com o uso de fio dentário para remoção da placa bacteriana nos espaços interproximais, escovilhões dentários quando necessário e bochechos com soluções de flúor e/ou clorohexidina em casos específicos.

A escovagem 2 vezes ao dia está associada à prevenção da gengivite, enquanto que a escovagem 3 vezes ao dia tem associação com a prevenção da cárie dentária. O uso de fio dentário para limpeza dos espaços interdentários é fundamental para prevenção das cáries interproximais e da formação de bolsas nesta área, pelo acumulo de placa.

A escovagem dos dentes com pasta dentífrica fluoretada (crianças 600 ppm e adultos 1200-1600 ppm) e a utilização de fio dentário, quando realizadas com boa técnica e em horário adequado (principalmente após as refeições), constituem um método seguro de remoção de placa bacteriana. Mais importante que a técnica escolhida é esta abranger de forma metódica todas as superfícies dentárias, nunca esquecendo escovar o dorso da língua, pois esta também acumula placa bacteriana. Os dentes devem ser escovados diariamente de manhã (após o pequeno almoço) e antes de deitar. Para efeitos de controlo da placa bacteriana, escovar os dentes mais de duas vezes por dia não proporciona benefícios adicionais. Devido ao nosso quotidiano, esta prática é de difícil implementação (Batalha, 2001).

Faz também parte da higiene oral visitas regulares ao médico dentista para controlo intra oral e limpeza mecânica da placa bacteriana. A regularidade das visitas ao consultório dentário

varia consoante o paciente e o grau de risco que este apresenta para doenças do aparelho estomatognático.

### 4.4.2. Dieta

A orientação da dieta é um dos tópicos que apresenta maior dificuldade dentro da aplicação de medidas preventivas. Isto deve-se a dois factores principais: à própria insegurança do profissional em agir numa área que não conhece profundamente, e à dificuldade de se modificar os hábitos alimentares, implementados precocemente na vida do indivíduo, e vivenciado na rotina do seu grupo social (Rodrigues, 1997).

No entanto, deve haver o cuidado de evitar o excesso de açúcar, deve ser dada preferência a alimentos em que o açúcar seja substituído por outras substâncias edulcorantes, que, para além de terem muito menor potencial cariogénico, apresentam um baixo teor calórico (Escolies, 1999).

Também deve ser dada importância à frequência de alimentação, pois é necessário uma certa disciplina de hábitos. Está comprovado que o aumento da frequência de refeições diárias implica um aumento de lesões de cárie, principalmente quando grande parte delas implica a ingestão de sacarose (Rodrigues, 1997).

A orientação da dieta deve também avaliar a consistência dos alimentos, pois além de influenciar o seu tempo de retenção na cavidade oral, vai actuar no fluxo salivar. O aumento do fluxo salivar é importante, pois além da capacidade tampão, a saliva possui vários elementos que têm sido identificados como protectores em relação à cárie dentária (Rodrigues, 1997).

### 4.4.3. Flúor

Dentre os métodos de prevenção, o mais utilizado é o flúor, e hoje já é amplamente comprovada a sua eficácia na prevenção da cárie dentária. No decorrer do tempo, as pesquisas vieram a melhorar o entendimento do seu mecanismo de acção, determinando assim novas directrizes para a sua utilização. Actualmente, sabe-se que mais importante não é a quantidade

de flúor incorporada à grade cristalina do esmalte mas sim a presença de flúor em solução aquosa na interface placa/saliva/esmalte, actuando na dinâmica do processo des/remineralização (Rodrigues, 1997).

A administração de flúor, em bochecho de solução fluoretada a 2% ou sob a forma de comprimidos ou de gotas, deve ser feita sempre que o teor em flúor da água da rede de abastecimento público local for suficientemente baixo. A administração de flúor, sob qualquer das formas mencionadas, não é impeditiva do uso concomitante de pasta de dentes fluoretada na escovagem dos dentes. No entanto, para crianças com idade inferior a 5 anos, recomenda-se que utilizem o mínimo de pasta de dentes fluoretada aquando da escovagem dos seus dentes (Cury, 1989).

Quando consideramos os pacientes de alta actividade ou risco de cárie, onde se incluem aqueles com secreção salivar baixa em virtude de doenças, radioterapia ou uso de medicamentos xerostomogénicos, medidas mais rigorosas são necessárias para o controlo do processo de cárie. Estes pacientes necessitam de um controlo profissional de placa mais frequente, além da maior frequência de aplicações tópicas de flúor. Além do mais o uso de comprimidos mastigáveis de flúor ou gomas de mascar contendo flúor podem ser também prescritos a estes pacientes para se manter uma elevada concentração de flúor na cavidade oral durante todo o dia. Em casos mais severos pode ser recomendado auto-aplicação tópica de flúor, diariamente em casa.

### 4.4.4. Clorohexidina

A manutenção da higiene oral através dos meios mecânicos é o método mais efectivo na prevenção das patologias orais, mas existem situações em que a sua utilização é dificultada, tais como: fracturas com imobilização dos maxilares, pacientes com problemas mentais, pacientes com periodontite juvenil, pacientes portadores de aparelhos ortodônticos e em pós operatórios onde haja dificuldade de higienização mecânica. Nestes casos existem uma série de substâncias químicas que visam facilitar a remoção da placa bacteriana. Uma substância muito utilizada é a clorohexidina, que tem uma acção anti-microbiana e anti-placa, numa concentração de 0,12 ou 0,20%. Como efeito colateral ela apresenta gosto amargo e ocasiona manchas escuras nos dentes, língua e restaurações (Rodrigues, 1997).

### 4.4.5. Selantes de Fissuras

Os selantes oclusais foram desenvolvidos por Cueto e Buonocore em 1965 especificamente para prevenir a cárie nas regiões de cicatrículas e fissuras profundas e os mesmos têm-se demonstrado eficazes (Baratieri, 1989).

Inicialmente, os locais de maior incidência de cárie dentária são sulcos, fossas e fissuras, particularmente em molares e pré-molares, onde a configuração anatómica facilita a retenção de microorganismos e resíduos alimentares (Rodrigues, 1997).

Devido à anatomia das superfícies oclusais, mais especificamente das regiões de cicatrículas e fissuras, torna-se difícil ou quase impossível higienizá-las adequadamente. Daí a necessidade da adopção de medidas preventivas específicas para essas regiões, a fim de evitar a instalação do processo de cárie (Baratieri, 1989).

A literatura e estudos clínicos têm evidenciado que o selante de fossas e fissuras é um método aceitável de prevenção de lesões de cárie oclusais, em face das suas características de retenção e vedamento (Rodrigues, 1997). Esta medida de prevenção é aplicada fundamentalmente na população de risco no molar dos 6 anos (1º molar), que deve ser protegido com selante depois de completada a sua erupção. Passados 2 anos da erupção do primeiro molar a aplicação de selante é questionável porque tratando-se de população de risco o mais provável é que já se verifique a doença cárie neste dente.

### 4.4.6. Barreiras das Crianças em relação à Saúde Oral

A falta de conhecimento, por parte dos pais, acerca da dentição decídua cria barreiras para cuidados preventivos nesta dentição. Este facto é ainda mais grave quando os pais são de idade avançada e/ou pertencem a estratos socio-económicos baixos. O medo da criança ao médico dentista e aos tratamentos dentários, derivado de crenças populares ou de experiência pessoal negativa, também influencia bastante as atitudes relacionadas com a prevenção e higiene oral (Hilton, 2007).

## 5. Saúde Oral e Qualidade de Vida

A qualidade de vida dos indivíduos está fortemente influenciada pela sua condição de saúde, inclusive a saúde oral. Restrições físicas e psicológicas podem influenciar directamente sobre aspectos da alimentação, fala, locomoção, convívio social e auto-estima (Sheiham, 2001).

Nos últimos anos, tem havido um aumento do reconhecimento que os problemas de saúde oral têm um impacto significativo no bem-estar físico, social e psicológico dos indivíduos. Isto resultou, do ponto de vista clínico, numa abordagem com vista ao melhoramento da qualidade de vida como primeiro motivo do tratamento dentário (Fernandes, 2006).

A percepção da condição de saúde oral é uma importante medida para a medicina dentária, por estar associada à predisposição dos indivíduos ao acesso a serviços de saúde e à condição clínica presente. Diferentes níveis de saúde oral proporcionam diferentes impactos no quotidiano das pessoas e é desejável que, no estudo das necessidades de saúde oral dos indivíduos, as dimensões sociais e psicossociais sejam consideradas simultaneamente com a condição clínica (Lacerda, 2005).

É consenso entre autores que estudos sobre a saúde oral e qualidade de vida deviam abordar quatro dimensões: *dor e desconforto, aspectos funcionais* referentes à capacidade de mastigar e engolir os alimentos sem dificuldade, bem como falar e pronunciar as palavras correctamente, *aspectos psicológicos* referentes à aparência e auto-estima, e *aspectos sociais* reflectindo interacção social e comunicação com as pessoas (Locker, 1997).

Estas dimensões foram pioneiramente descritas por Locker (1988), ao apresentar um modelo teórico de avaliação da saúde oral, com base na *Classificação Internacional de Danos, Limitações e Incapacidade da OMS*. Segundo Locker, os agravos e os eventos orais causam danos ou prejuízos que podem levar directamente a incapacidades ou a expressarem os seguintes sintomas: dor e desconforto, limitação funcional e insatisfação com a aparência. Estes sintomas podem desencadear limitações físicas, psicológicas e/ou sociais e consequente incapacidade. E tendo em consideração que dor e desconforto podem levar à incapacidade directamente (*cit in* Lacerda, 2005) (Figura 5).

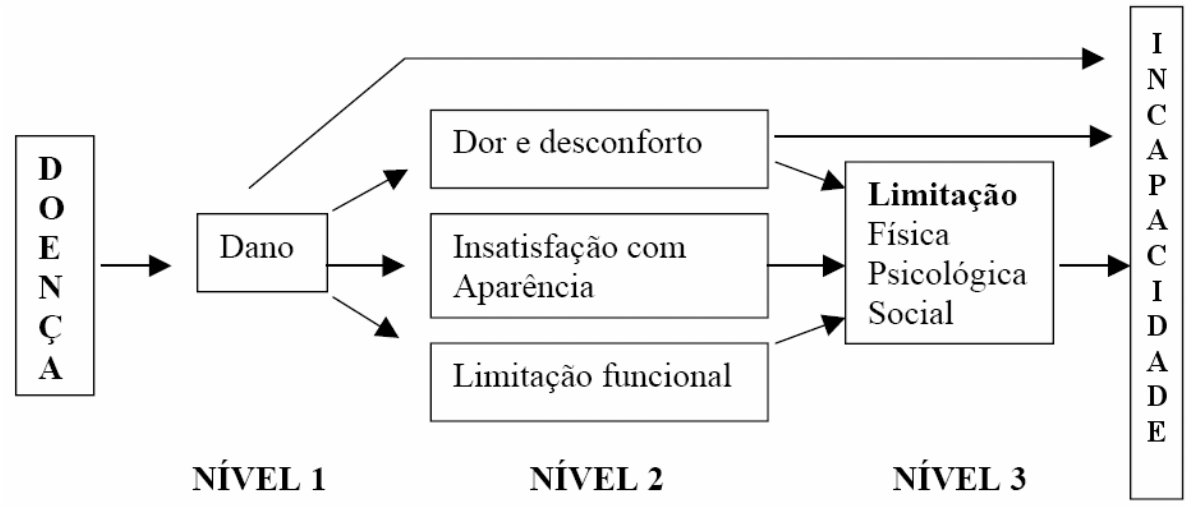



**Figura 5** – Modelo teórico de avaliação da saúde oral proposto por Locker (1988).

A OMS Programa Global de Saúde Oral tem trabalhado arduamente nos últimos 5 anos, em todo o mundo, para situar a saúde oral como um componente da saúde geral e qualidade de vida. Entretanto, as doenças orais são um dos maiores problemas de saúde pública nos países com alto rendimento *per capita* e o surto de patologias orais está a aumentar nos países com médio e baixo rendimento *per capita* (*cit in* Peterson, 2008).

Os termos "qualidade de vida relacionada com a saúde oral" e " qualidade de vida" são agora comummente usados para descrever resultados dos problemas de saúde oral e terapêutica para esses problemas. Tem havido uma proliferação de medidas para quantificar estes resultados. Estas medidas inicialmente designadas com indicadores dento-sociais ou indicadores subjectivos de saúde oral, são agora referidas usualmente como medidas de qualidade de vida relacionada com a saúde oral (QdV-RSO). Isto é baseado na aceitação de que os impactos psicossociais e funcionais afectam a qualidade de vida (Locker, 2007).

### 5.1. Factores Demográficos

A morbilidade e a mortalidade são muito influenciadas pela idade, género e pelo estatuto socio-económico e os problemas de saúde oral não são excepção. A prevalência de cárie, a periodontite e as desordens temporomandibulares diferem consoante a idade e o género. Com as lesões da mucosa oral e o cancro oral passa-se a mesma coisa. As influências socio-

económicas estão amplamente presentes na saúde oral. Para a QdV-RSO, que caracteriza a percepção das pessoas sobre a saúde oral, foram encontradas relações com os indicadores idade, género e estatuto socio-económico. No entanto, nem todos os estudos estão de acordo quanto à idade e ao género. A associação entre a perda dentária e a QdV-RSO tem um impacto importante na saúde pública porque está demonstrado que se pode aumentar a QdV-RSO com a prevenção da perda dentária (Jonh, 2004).

No entanto, adverte-se para o facto de piores indicadores clínicos não se reflectirem necessariamente em relatos de impacto negativo na qualidade de vida. É possível encontrar indivíduos portadores de doenças crónicas relatando melhores níveis de qualidade de vida que indivíduos saudáveis. A natureza frequentemente assintomática das morbilidades e agravos orais, bem como o receio, a ansiedade ou mesmo a aversão ao tratamento odontológico, podem contribuir para explicar esse comportamento (Locker, 1997).

A investigação epidemiológica em determinantes sociais de saúde oral tem sido limitada pela ausência de estrutura teórica nesta área, que reflecte a complexidade dos processos da vida social e a relação destes com a saúde e doença oral. Na ausência deste tipo de estrutura, os determinantes sociais são tratados como factores de risco isolados, atribuídos aos indivíduos, tendo impacto directo na saúde oral (Newton, 2005).

### 5.1.1. Factores determinantes para o Impacto Oral no Desempenho Diário

Considera-se que a pior condição de saúde oral e a maior capacidade de percepção tenham como reflexo maior relato e severidade do impacto. A percepção é fundamental na definição de qualidade de vida e está inserida no conceito proposto pela OMS (The WHOQOL Group, 1995).

As características socio-demográficas encontram-se no nível distal de determinação e medeiam todo o desencadeamento do processo. A pior condição social relaciona-se com o menor acesso a medidas de controlo, de prevenção e de tratamento das morbidades, resultando em piores condições de saúde. Paralelamente, as adversidades impostas pelo meio e a luta decorrente, para satisfazer aspirações e necessidades, podem contribuir para o aumento da capacidade de percepção dos indivíduos (Sheiham, 2001).

Os aspectos demográficos, em particular, e a variável *género* relacionam-se como características culturais e sociais, determinando maior capacidade de percepção dos agravos e das limitações impostas por eles (Lacerda, 2005).

O Perfil de Impacto de Saúde Oral (*Oral Health Impact Profile* – OHIP) desnvolvido por Slade e Spencer em 1994 direcciona-se à avaliação da incapacidade e do status funcional nos aspectos social, psicológico e físico em relação à saúde oral. Através de 49 questões, mede o impacto através de sete dimensões: limitação de funções específicas dos dentes e boca, dor, desconforto, limitações físicas, limitações psicológicas, limitações sociais e incapacidade. As respostas baseiam-se na escala de Likert de cinco pontos (*cit in* Lacerda, 2005).

Sanders et al. (2006**) realizaram um estudo que teve como alvo as diferenças na assistência dentária e no comportamento em relação aos cuidados dentários (individuais) que se têm em casa, entre grupos socio-económicos diferentes e tinha também como objectivo investigar como é que o grau socio-económico pode explicar diferentes comportamentos em relação à saúde oral. O número de dentes perdidos e o OHIP obedeceram/seguiram o nível social (com adultos pobres a terem resultados pobres). A assistência dentária (por rotina) e os cuidados dentários interessados (activos) encontraram-se inversamente associados em relação ao número de dentes perdidos e ao OHIP. Referem ainda que “se a promoção da saúde oral serve para reduzir as desigualdades sociais na saúde oral dos adultos, os esforços devem ser direccionados para outros factores, e não apenas para comportamentos e cuidados dentários de cada indivíduo”. É reconhecido o benefício de promover comportamentos saudáveis nos indivíduos e de providenciar à população um adequado acesso aos serviços de cuidados de saúde. Existe um consenso universal de que as pessoas socialmente desfavorecidas têm uma saúde mais pobre (mais escassa) do que os que vivem socialmente em vantagem. A ideia de que o nível do comportamento em saúde possa explicar o nível socio-económico é plausível. Indivíduos de uma posição social baixa têm falta de recursos económicos e educacionais necessários para responder prontamente às iniciativas de promoção de saúde. Neste estudo também se refere que a saúde oral na Austrália é a última área dos cuidados de saúde a ser subsidiada. Em Portugal nem sequer é subsidiada.

Num outro estudo afirmam, novamente, que a saúde da população é melhor nos níveis mais altos de posição socio-económica. Referem que um problema que continua a confundir os

teóricos e políticos é como é que as condições socio-económicas se traduzem em resultados de saúde. Foram avançadas várias perspectivas teóricas e destas, duas explicações geralmente combatidas são a materialista e os argumentos psicossociais. A materialista afirma que a saúde é responsável pelos níveis absolutos de recurso material. Não só permite o acesso aos cuidados médicos oportunos, como também prevê oportunidades para uma constelação inteira de escolhas que afectam a saúde (Sanders et al, 2006*).

Masalu e Astrom (2002) identificaram 51% de indivíduos universitários entre 19 e 45 anos na Tanzânia manifestando interferência da saúde oral no quotidiano. A presença de dentes com cavidades de cárie e a perda dentária foram responsáveis por 10% da variação do impacto. Quando as variáveis sociais e comportamentais foram acrescidas ao modelo múltiplo, o poder de explicação acerca da variação do impacto subiu para 19%. Noutra publicação sobre o mesmo estudo (Masalu e Astrom, 2003), os autores apresentaram os dados sobre impacto com maior detalhe. Comer (40%), limpar os dentes (17%) e sorrir (16%) foram as actividades mais comprometidas pela condição oral na percepção dos indivíduos. Comparando os dados de percepção do impacto com os dados clínicos colectados, verificaram a presença de dentes com cavidades visíveis, presença de dentes anteriores manchados e perda dentária, mostrando-se associados a um maior relato de interferências negativas.

Riley et al. (2006) afirmaram que, para além dos comportamentos saudáveis, outras variáveis, tais como a capacidade de aceder aos serviços de saúde, atitudes e crenças sobre a doença, e o valor dos cuidados preventivos e curativos, podem ser responsáveis pelos diferentes níveis de saúde observados entre grupos demográficos. As atitudes e crenças específicas sobre a saúde oral e os cuidados dentários são reconhecidas por predizer doenças orais, o uso dos serviços dentários e os auto-cuidados. Chegaram à conclusão de que pessoas com uma atitude apreensiva a uma relação ao médico dentista e aos cuidados dentários (ansiedade dentária) apresentavam maior número de dentes perdidos.

O impacto social negativo (dor, halitose, mastigação perturbada, focos infecciosos, etc.) e económico (faltas ao trabalho, tratamentos, medicamentos) das doenças orais, aliado ao débil poder económico da generalidade das famílias, faz crer que o único caminho a seguir para travar os níveis da doença passa por uma prevenção adequada, contínua e eficaz (Russo, 2003).

### 5.1.2. Impacto da condição oral na qualidade de vida das crianças

Enquanto a pesquisa de qualidade de vida em adultos tem progredido nos últimos anos, QdV na perspectiva da criança é um campo menos aprofundado. Como no caso dos adultos, mas com menos uma década, o desenvolvimento de pesquisa de QdV em crianças tem ocorrido em três fases: a primeira iniciou-se na segunda metade da década de 80 e estava relacionada com a construção do conceito teórico de QdV na perspectiva da criança. A segunda fase começou no início dos anos 90 e teve como preocupação a construção e o desenvolvimento de medidas de QdV específicas para crianças. A terceira fase, que se iniciou na segunda metade dos anos 90, esteve direccionada à aplicação dessas medidas em estudos clínicos e epidemiológicos (Ravens-Sieber, 2001).

Quando comparada à de adultos, a QdV em crianças tem sido sub-investigada, pois, de acordo com a pesquisa realizada, entre 1980 e 1994 foram publicados 20.000 artigos sobre QdV e desses somente 3050 (aproximadamente 15%) eram direccionados a crianças e, dentre esses, a maioria abarcava a faixa etária de 13 a 18 anos. Outra observação é que apenas 9% dos estudos realizados com crianças envolveram avaliações feitas pelas próprias crianças (Cerveira, 2003).

Assim, é pouco, embora crescente, o número de instrumentos existentes que buscam mensurar a QdV da criança e do adolescente. Ressalta-se, também, que são muitas as dificuldades apontadas na elaboração e aplicação destes instrumentos para esta população infantil.

Com o objectivo de determinar a relação entre avaliação da qualidade de vida ligada à saúde (QdV LS) da criança, feita por pais e filhos, Eiser e Morse (2001), por meio de revisão sistemática da literatura, observaram que os pais estão mais aptos a julgarem a QdV LS das crianças em termos de questões físicas, do que em termos de aspectos emocionais e sociais. Percepções paternas e da equipa médica em contacto com a criança sob avaliação apresentam, em geral, baixo índice de correlação positiva com a auto-avaliação infantil.

As crianças, geralmente, diferem dos adultos na sua visão sobre QdV LS, nas suas crenças e no entendimento sobre saúde e causas das doenças. Enquanto pessoas adultas se fixam na habilidade de viver independentemente, como ponto central, os mais jovens são mais

sonhadores. Para a criança, QdV pode estar relacionada com ter cabelos brilhantes, muitos amigos ou brincar num parque, enfim, fazer coisas que as outras crianças também fazem, nada relacionado com funções básicas (Eiser, 1997).

Porém, para alguns grupos de crianças, que não são capazes de prover informações confiáveis (crianças muito jovens ou portadoras de doenças incapacitantes), a participação dos pais, geralmente, é a forma mais apropriada de obter esses dados (Wallander, 2001).

De acordo com alguns autores, a mensuração da QdV e da QdV LS deve, preferencialmente, ser feita pela própria criança (Jenney; Campbell, 1997; Eiser; Morse, 2001; Wallander, Schmit; Koot, 2001). Assim, um grande desafio para a área pediátrica está em desenvolver uma medida que leve em consideração as mudanças que ocorrem no desenvolvimento físico, emocional e social e na capacidade da criança entender o conceito em questão (Jenney, 1997).

A criança e o adolescente têm diferentes graus de percepção de si mesmo e do mundo, em função da sua base de desenvolvimento. Estudos, analisando o entendimento da criança sobre a saúde, têm demonstrado que esse conceito muda de acordo com o seu crescimento e amadurecimento (Jenney, 1997). Assim sendo, a criança muda e isso é citado por alguns autores como razão para se abandonar a ideia de mensuração nela centrada. No entanto, as implicações práticas mostram que qualquer medida a ser usada precisa acompanhar as mudanças normativas que são esperadas durante a infância (Eiser, 1997).

Outra dificuldade está na dúvida existente sobre a capacidade da criança expressar de forma confiável as suas opiniões, sentimentos e percepções sobre a sua QdV. Ravens-Sieber et al. (2001) relatam que o entendimento do conceito QdV, ou ainda, a forma como a criança avalia a sua própria saúde e bem-estar é determinado pela sua idade, maturidade e desenvolvimento cognitivo.

Nas crianças muito jovens um outro problema, no momento da aplicação do instrumento, está na dificuldade da leitura e escrita para essa população. Assim, na tentativa de resolver esse empecilho, alguns autores usam figuras ou ícones como forma de auxiliar as suas respostas (Ravens-Sieber, 2001).

Portanto, os modelos de instrumentos de QdV e de QdV LS voltados para crianças devem ser construídos em conformidade com os padrões científicos, com relação à confiabilidade e validade, reflectir múltiplos domínios, avaliando desde comportamentos até actividades, ser sensível às mudanças normativas de desenvolvimento e à capacidade das crianças entenderem as causas, tratamentos e doenças vividas, ser respondido, preferencialmente, pelas crianças, embora, a complementação paralela, pelos pais ou responsáveis, possa ser considerada, e ser breve sob o ponto de vista de aplicação (Eiser, 1997).

#### 5.1.2.1. Child Perceptions Questionnaire 11-14 ($CPQ_{11-14}$)

O impacto da saúde oral na qualidade de vida tem sido um tema recorrente em pesquisas científicas. Sabe-se que as desordens orais trazem algum tipo de impacto à vida das pessoas. O $CPQ_{11-14}$ é um instrumento que avalia o impacto das condições orais na vida de adolescentes dos 11 aos 14 anos e foi desenvolvido para o uso no Canadá, apresentando validade e confiabilidade. Ele faz parte de um grupo de questionários (COHQoL) para jovens que demonstram o impacto da saúde oral na qualidade de vida. Como a cárie e outras patologias da cavidade oral são desordens que afectam a vida das pessoas, necessitava-se de um instrumento que mensurasse este impacto. No Brasil, onde a cárie em crianças e adolescentes é considerado um problema de saúde pública, este índice já se encontra traduzido e validado, e a validade discriminante mostrou que indivíduos sem cárie dentária apresentam menores valores para o $CPQ_{11-14}$ do que indivíduos com cárie dentária (Oliveira, 2007).

A partir do conhecimento do impacto psicossocial que as desordens orais podem trazer à vida diária das pessoas, foram desenvolvidos instrumentos para se avaliar o impacto dessas condições na qualidade de vida. Destacam-se o OHIP (Oral Health Impact Profile), o OIDP (Oral Impacts on Daily Performances), o GOHAI (General Oral Health Assessment Índex) entre outros. Porém esses instrumentos foram desenvolvidos, na sua maioria, para a população adulta e idosa (Oliveira, 2007).

Em virtude da carência de instrumentos para crianças e adolescentes, Jokovic et al. (2002) desenvolveram o $CPQ_{11-14}$ para adolescentes canadenses de 11-14 anos. Este questionário destinava-se a avaliar o impacto que a condição oral acarretava na qualidade de vida dessa

população. Os autores concluíram que o instrumento era válido e confiável e que os adolescentes eram capazes de dar aceitáveis descrições psicométricas sobre o impacto. A partir de então, o $CPQ_{11-14}$ foi testado e validado noutras culturas.

## 6. Objectivos do Estudo

### 6.1. Objectivo geral

Estabelecer a relação entre saúde oral e qualidade de vida, em jovens entre os 11 e os 14 anos de idade, tendo em conta aspectos da condição e auto-percepção da sua saúde oral; revisão bibliográfica acerca do tema em estudo.

### 6.2. Objectivos específicos

Conhecer a condição de saúde oral dos jovens estudados; mensurar o quão a saúde oral interfere no desempenho quotidiano dos indivíduos; averiguar se existe associação entre o desempenho diário (problemas orais, sentimentos e/ou sensações, vida escolar e actividades nos tempos livres), referido nos inquéritos pelos indivíduos, e a condição de saúde oral registada na ficha clínica através dos Índices CPOD e IPB; identificar as variáveis de condição de vida e de percepção da condição de saúde oral que melhor explicam o impacto na qualidade de vida; identificar as variáveis mais susceptíveis a indivíduos desta faixa etária distinguindo as diferentes idades e também, o género masculino do feminino.

O impacto da saúde oral na qualidade de vida e a sua percepção pelas pessoas são temas cada vez mais estudados e têm aumentado a sua importância na fundamentação para tomada de decisões, relativamente à gestão de recursos e no estabelecimento de prioridades e estratégias nos cuidados de saúde oral e para a implementação e promoção da mesma, numa perspectiva global de saúde. Tentar compreender os impactos físicos, psíquicos e sociais da saúde oral de cada indivíduo é do interesse geral. A medicina dentária deve, cada vez mais, ser vista como um importante componente da saúde geral, pela sociedade actual. É também objectivo deste trabalho alertar para o estado de saúde oral dos jovens e as consequências negativas que daí possam advir.

## II. Material e Métodos

### 1. Tipo de estudo

Este estudo caracteriza-se como sendo um *Estudo Ecológico*. Este tipo de estudo faz parte dos estudos observacionais, em que o investigador não interfere no decurso natural do fenómeno a ser estudado, apenas o observa. O estudo ecológico caracteriza-se por trabalhar com populações inteiras (estudos *per capita*). A conclusão dos resultados é com base nos valores médios por indivíduo. Estes estudos permitem relacionar factos. Para além disso, baseiam-se na lógica dos valores globais da média, sendo os resultados apropriados para comunidades inteiras. As conclusões não se podem aplicar a qualquer indivíduo em particular.

### 2. Amostra

A amostra é constituída por 164 crianças com idades compreendidas entre os 11 e os 14 anos, seleccionadas aleatoriamente em duas escolas da área metropolitana do Porto: Escola EB 2,3 das Medas – Gondomar e Escola Secundária Rodrigues de Freitas no Porto. Optou-se por esta estratégia para que fosse possível abranger um maior número de indivíduos a responder ao questionário. A selecção obedece às características de uma amostra de conveniência.

### 3. Plano Operacional

Foi elaborado um cronograma de actividades (calendarização) de modo a organizar e facilitar o desenvolvimento do trabalho: *Junho a Setembro 2008*: pesquisa bibliográfica e base de dados; *Outubro e Novembro 2008*: determinação dos objectivos da investigação / realização do questionário; *Novembro e Dezembro 2008*: aplicação do questionário e exame clínico dentário (registo dos Índices CPOD e IPB); *Janeiro e Fevereiro 2009*: introdução da monografia, estrutura geral; *Março a Maio*: Tratamento de dados /Estatísticas / Gráficos / Resultados e conclusões.

## 4. Material

*Custos directos do estudo*: impressão de 164 questionários; material consumível: luvas, máscaras, guardanapos de papel, copos de plástico; material inventariável: espelhos nº4, sondas CPI.

## 5. Métodos

Foram observados jovens que frequentam entre o 5º e o 9º ano de escolaridade das Escolas EB 2,3 das Medas – Gondomar e Secundária Rodrigues de Freitas no Porto, que tivessem entre 11 e 14 anos à data da intervenção. Depois de respondidos os questionários foi realizado o exame clínico dentário. Todos os jovens foram vistos pelo mesmo observador, apoiado por um anotador colega de curso. Nenhum jovem recusou participar no estudo. Anteriormente tinha-se efectuado uma calibragem intra-examinador segundo a OMS em 14 indivíduos que obedeciam aos parâmetros da amostra.

Realizou-se um questionário ($CPQ_{11-14}$), referido na introdução no ponto 5.1.3.1, sobre a percepção dos jovens do impacto da saúde oral na qualidade de vida.

### 5.1. Questionário $CPQ_{11-14}$

Este questionário é composto por 41 questões, sendo as primeiras duas gerais (género e data de nascimento); a terceira e quarta perguntas referem-se à percepção pela criança do seu estado de saúde oral e da implicação da saúde oral no seu bem-estar, as respostas à pergunta 3 variam de *Excelente* (0) a *Ruim* (4) e à pergunta 4 de *De jeito nenhum* (0) a *Muitíssimo* (4). Os restantes 37 items referem-se às experiências vividas nos 3 meses anteriores à resposta do questionário e estão distribuídos em 4 domínios: sintomas orais (6 questões), limitações funcionais (10 questões), bem-estar emocional (9 questões) e bem-estar social (12 questões). A escala de Likert de 5 pontos foi utilizada com as seguintes opções: *Nunca* (0), *Uma ou duas vezes* (1), *Algumas vezes* (2), *Frequentemente* (3) e *Todos os dias ou quase todos os dias* (4). O resultados variam de 0 a 148 sendo que quanto mais alto é o resultado maior é o impacto da condição oral na qualidade de vida.

Este instrumento para além do Canadá, onde foi desenvolvido e validado, já foi sujeito a tradução e adaptação transcultural em vários outros países, sendo um exemplo disso a língua portuguesa no Brasil apresentando uma confiabilidade boa, sendo posteriormente validado (Oliveira, 2007).

O $CPQ_{11-14}$ ainda não está traduzido, adaptado e validado em Portugal. Sendo assim o questionário que se utiliza neste estudo é uma adaptação do $CPQ_{11-14}$ utilizado no Brasil, visto já estar traduzido para português, que mesmo não sendo igual ao português de Portugal foi sujeito apenas a ligeiras alterações.

Nos anexos encontram-se os três questionários: Inglês (original do Canadá) (Anexo 1), português do Brasil (Anexo 2) e a adaptação para português de Portugal (Anexo 3). De salientar que a comissão de ética da Universidade Fernando Pessoa analisou o questionário adaptado para Portugal e não sugeriu qualquer alteração.

O questionário foi respondido por auto-preenchimento tal como acontece na versão original (Canadiana), apesar disso foi dado apoio aos jovens em todas as dúvidas que tivessem e quisessem esclarecer, o que aconteceu muito pontualmente.

### 5.2. Índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados

A condição de saúde oral tem sido tradicionalmente determinada por indicadores clínicos. O estado da dentição, geralmente é medido pelo número de dentes cariados (C), restaurados (O) e perdidos (P) em indivíduos ou populações. Os Índices mais utilizados na medicina dentária para avaliar a prevalência de cárie são o CPO-d para dentes permanentes e o cpo-d para dentes decíduos (Cerveira, 2003).

No Índice CPOD, o exame deve ser meticuloso e metódico (dente a dente e face a face); deve ser realizado com a ajuda de espelho plano nº 4 e sonda CPI; nos decíduos o código utilizado são letras enquanto que nos permanentes são números (com excepção dos traumatismos); o diagnóstico é essencialmente visual, recurso à sonda quando existem dúvidas; um dente considera-se erupcionado quando qualquer parte dele for visível; a secagem é útil em certos casos de diagnóstico de selantes ou de restaurações estéticas; quando o dente decíduo e o

permanente respectivo estiverem presentes apenas se regista a condição do permanente; em crianças não se regista a condição de cárie radicular; deve ter-se especial atenção às ausências dentárias decíduas que podem ser agenesias, esfoliações ou casos de exodontias; (anexo 5). Para o cálculo individual do CPOD é utilizada a seguinte fórmula: Σ C+P+O. Para o cálculo de grupo utiliza-se outra fórmula: Σ (C+P+O) / nº total de indivíduos (Chaves, 1986).

### 5.3. Índice de Placa Bacteriana

O Índice de placa bacteriana (Ramfjord modificado por Shick e Ash) foi realizado com ajuda de espelho nº4. Neste Índice os resultados obtidos são categorizados em: grau 0 – ausência de PB; grau 1 – PB na área interproximal ou na margem gengival, ocupando menos de 1/3 da porção gengival das superfícies vestibulares e palatinas ou linguais; grau 2 – PB ocupando de 1/3 a 2/3 das porções gengivais das faces vestibulares e palatinas ou linguais; grau 3 – PB presente em 2/3 ou mais das porções gengivais das faces vestibulares e palatinas ou linguais (anexo 6). Serão analisados apenas os dentes 1.6, 2.1, 2.4, 3.6, 4.1, 4.4 (anexo 7). Se um dente em questão estiver excluído não deve ser substituído por nenhum outro. O cálculo para cada indivíduo é realizado pela soma do valor encontrado para cada dente dividido pelo número de dentes examinados, sendo o valor máximo obtido 3. Os níveis clínicos de higiene oral que podem ser associados às contagens de grupo do IPB são: Bom 0 a 1; Médio 1,1 a 2; Fraco 2,1 a 3 (*cit in* Ortiz, 2004).

## 6. Variáveis em Estudo

A variável dependente foi o Impacto da Saúde Oral na Qualidade de Vida colhida pelo índice $CPQ_{11-14}$ elaborado por Jokovic et al. (2002) (Anexo 1). A base do instrumento de colheita do índice está explicada anteriormente no ponto 5.1.

As variáveis independentes foram: a idade (distinção entre os grupos 11-12 e 13-14 anos), o género (M/F), a condição de saúde oral segundo critérios normativos (CPOD e IPB), a percepção de saúde oral (baseada na auto-avaliação do paciente sobre a sua saúde oral) e a condição de bem-estar (relacionando o quão a condição de saúde oral afecta a vida em geral).

## 7. Metodologia da Análise Estatística

A análise estatística dos dados relativos ao Questionário $CPQ_{11-14}$ utilizou o programa informático *Statistical Package for the Social Sciences – SPSS® for Windows,* versão 13.0 (SPSS, 2003).

Na primeira fase, com vista a descrever e a caracterizar a amostra em estudo, foi feita uma análise descritiva dos dados em função da natureza das variáveis em estudo. Calcularam-se as seguintes medidas: frequências absolutas (número de casos válidos – N.º); frequências relativas (percentagem de casos válidos - %); estatísticas descritivas de tendência central (média); de dispersão (desvio padrão); e ainda, os valores extremos (mínimo e máximo). Procedeu-se ainda, à aplicação do teste não paramétrico do Qui-quadrado, de forma a verificar se existia uma relação de dependência entre os indivíduos da amostra que tinham cárie e o IPB de acordo com as variáveis socio-demográficas (género e escalão etário) (ver anexo 13) (Pestana e Gageiro, 2003).

Numa segunda fase, foi testada a consistência interna do $CPQ_{11-14}$ para o total e cada uma das suas sub-escalas (Sintomas Orais, Limitações Funcionais, Bem-estar Emocional e Bem-estar Social) utilizando o *Alpha de Cronbach* (α) (ver quadro 1) e calculados os valores determinados pela soma das classificações dos itens por dimensão (Hill e Hill, 2000). Para testar a validade do constructo, foram calculadas correlações entre a avaliação global (Percepção de Saúde Oral e Condição de Bem-estar) e a escala total ($Total_CPQ_{11-14}$), bem como entre a classificação global e cada sub-escalas do $CPQ_{11-14}$ (Sintomas Orais, Limitações Funcionais, Bem-estar Emocional e Bem-estar Social) utilizando o coeficiente de correlação não paramétrico de *Spearman*.

**Quadro 1**: Valores de *Alpha* de *Cronbach* (α), para a consistência interna.

| ***Alpha* de *Cronbach* (α)** | **Recomendação relativamente à consistência interna** |
|---|---|
| 1 - 0,9 | Muito boa |
| 0,8 – 0,9 | Boa |
| 0,7 – 0,8 | Razoável |
| 0,6 – 0,7 | Fraca |
| < 0,6 | Inadmissível |

Por fim, de forma a estudar a validade discriminante, após avaliação, da assimetria e da curtose (através dos respectivos coeficientes), e da normalidade dos factores (por aplicação do teste não paramétrico de *Kolmogorov-Smirnov*-K-S, com correcção de Lilliefors), atendendo a que os pressupostos de normalidade não foram verificados (ver anexo 9), procedeu-se à aplicação de testes não paramétricos. Para a comparação de grupos independentes, ou não relacionados, utilizou-se os testes de *Mann-Whitney* e *Kuskal-Wallis* sempre que se apresentavam, dois ou mais do que dois grupos à comparação, respectivamente (ver anexo 10). Havendo a indicação de existência de diferenças significativas, procedeu-se à sua identificação por comparação par-a-par, aplicando o teste de *Mann-Whitney* (ver anexo 10). De igual modo, para grupos dependentes ou relacionados, repetiu-se o procedimento por aplicação do teste não paramétricos de *Wilcoxon* (ver anexo 11) (Pestana e Gageiro, 2003).

Todos os testes foram aplicados com um grau de confiança de 95 %.

# III. Resultados

## 1. Caracterização da amostra

### 1.1. Caracterização socio-demográfica, de saúde oral e condição de bem-estar da amostra.

Da observação do quadro 2, apura-se que a amostra deste estudo era constituída por 164 crianças. Cerca de 52 % dos indivíduos que constituem a amostra era do sexo feminino e 48 % do sexo masculino. Tinham, em média, cerca de 12,3 (± 1,2) anos de idade, variando entre os 11 e os 14 anos.

Relativamente à percepção sobre a saúde oral, partindo da afirmação: "*Tu dirias que a saúde dos teus dentes, lábios, maxilares e boca é:"*, pedia-se aos inquiridos que, assinalassem o grau de percepção numa escala de avaliação de 5 categorias (0 = Excelente a 4 = Ruim). Como se pode observar no quadro 2, quer a média, quer a mediana são aproximadamente iguais a 2, numa escala de 0 a 4, indicando que a saúde oral foi percepcionada como boa (as distribuições de frequências evidenciam que, aproximadamente, 70 % dos inquiridos assinalaram que a sua saúde oral era Muito boa/Boa).

Por fim, quanto à condição de bem-estar, tendo por base a questão "*Até que ponto a condição dos teus dentes, lábios, maxilares e boca afectam a tua vida, em geral?*", pedia-se aos inquiridos que, assinalassem o grau de percepção numa escala de avaliação de 5 categorias (0 = De jeito nenhum a 4 = Muitíssimo), tendo-se concluído (ver quadro 2) que tanto a média como a mediana são aproximadamente iguais a 1, numa escala de 0 a 4, indicando que, de uma forma geral, a condição dos dentes, lábios, maxilares e boca, afectavam muito pouco a condição de bem-estar (as distribuições de frequências evidenciam que, aproximadamente, 57 % dos inquiridos assinalaram que a sua condição de bem-estar, em Nada/Muito pouco era afectada pela condição dos dentes, lábios, maxilares e boca).

**Quadro 2**: Características socio-demográficas, percepção de saúde oral e condição de bem-estar da amostra (n = 164).

| | Frequências | |
|---|---|---|
| *Variáveis Socio-Demográficas, Percepção de Saúde Oral e Condição de Bem-estar* | N.º | % |
| *Género (n = 164)* | | |
| Masculino | 79 | 48,2 |
| Feminino | 85 | 51,8 |
| *Idade (n = 164)* | | |
| 11 anos | 64 | 39,0 |
| 12 anos | 20 | 12,2 |
| 13 anos | 44 | 26,8 |
| 14 anos | 36 | 22,0 |
| Média: | 12,3 (±1,2) anos | |
| Amplitude de idades: | 11 a 14 anos | |
| *Tu dirias que a saúde dos teus dentes, lábios, maxilares e boca é: (n = 164)* | | |
| Excelente | 10 | 6,0 |
| Muito Boa | 36 | 22,0 |
| Boa | 79 | 48,2 |
| Regular | 36 | 22,0 |
| Ruim | 3 | 1,8 |
| Média: | 1,9 (±0,9) | |
| Mediana: | 2,0 | |
| Amplitude: | 0 (Excelente) a 4 (Ruim) | |
| *Até que ponto a condição dos teus dentes, lábios, maxilares e boca afectam a tua vida, em geral? (n = 164)* | | |
| De jeito nenhum | 37 | 22,6 |
| Muito pouco | 57 | 34,7 |
| Moderadamente | 45 | 27,4 |
| Muito | 17 | 10,4 |
| Muitíssimo | 8 | 4,9 |
| Média: | 1,4 (±1,1) | |
| Mediana: | 1,0 | |
| Amplitude: | 0 (De jeito nenhum) a 4 (Mutíssimo) | |

### 1.1.1. Análise da cárie relativamente ao género e ao escalão etário.

Os resultados evidenciam que não foram encontradas diferenças significativas, tanto para o género (p = 0,783), como para a idade (p = 0,808), isto é, não existe uma relação de dependência entre o género e a cárie e entre a idade e a cárie (ver quadro 3).

**Quadro 3**: Comparação entre a cárie de acordo com o género e a idade (n = 164).

| | Cárie | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Tem cárie (n = 122) | | Não tem cárie (n = 42) | | $\chi 2$ | *p-value*[a] |
| | n.º | % | n.º | % | | |
| *Género* | | | | | 0,076 | 0,783 |
| Masculino | 58 | 47,5 | 21 | 50,0 | | |
| Feminino | 64 | 52,5 | 21 | 50,0 | | |
| *Idade* | | | | | 0,369 | 0,808 |
| 11 - 12 anos | 65 | 53,3 | 19 | 45,2 | | |
| 13 - 14 anos | 57 | 46,7 | 23 | 54,8 | | |

[a] Resultados de acordo com o teste do Qui-quadrado, com 95 % de confiança.

### 1.1.2. Análise do IPB relativamente ao género e ao escalão etário.

Os resultados evidenciam que não foram encontradas diferenças significativas, tanto para o género (p = 0,520), como para a idade (p = 0,608), isto é, não existe uma relação de dependência entre o género e o IPB e entre a idade e o IPB (ver quadro 4).

**Quadro 4**: Comparação entre o IPB de acordo com o género e a idade (n = 164).

| | IPB | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Bom (n = 80) | | Médio (n = 58) | | Fraco (n = 26) | | $\chi 2$ | *p-value*[a] |
| | n.º | % | n.º | % | n.º | % | | |
| *Género* | | | | | | | 1,308 | 0,520 |
| Masculino | 35 | 43,8 | 31 | 53,4 | 13 | 50,0 | | |
| Feminino | 45 | 56,3 | 27 | 46,6 | 13 | 50,0 | | |
| *Idade* | | | | | | | 0,994 | 0,608 |
| 11 - 12 anos | 42 | 52,5 | 31 | 53,4 | 11 | 42,3 | | |
| 13 - 14 anos | 38 | 47,5 | 27 | 46,6 | 15 | 57,7 | | |

[a] Resultados de acordo com o teste do Qui-quadrado, com 95 % de confiança.

### 1.1.3. Distribuições de frequências para o CPOD e cálculo do CPOD de grupo.

Cerca de 74% dos indivíduos examinados apresentavam pelo menos um dente com cárie dentária, sendo este o componente mais frequente. Seguindo-se o componente obturado (20,7%) e o componente de menor prevalência foi o perdido, com apenas 6,7% da população a apresentar 1 ou mais dentes perdidos.

**Quadro 5:** Distribuição de frequências para o CPOD

| | Frequências | |
|---|---|---|
| | n.º | % |
| **Cariados** | | |
| Sim | 122 | 74,4 |
| Não | 42 | 25,6 |
| **Perdidos** | | |
| Sim | 11 | 6,7 |
| Não | 153 | 93,3 |
| **Obturados** | | |
| Sim | 34 | 20,7 |
| Não | 130 | 79,3 |

**Cálculo do CPOD (grupo)** = Σ (C+P+O) / nº total de indivíduos = (441 + 13+ 66) / 164 = 520 / 164 = 3,17

O Índice CPO foi de 3,17, ou seja, em média cada um dos indivíduos apresentava 3,17 dentes cariados, perdidos ou obturados.

### 1.2. Caracterização da condição de saúde oral.

Relativamente à caracterização da condição de saúde oral da amostra (ver quadro 6), verifica-se que, a larga maioria dos indivíduos que constituem a amostra, tinham cárie em um ou mais dentes (74 %), e os restantes não tinham cárie dentária (26 %). Por sua vez, em cerca de 67 % não foi detectado selante de fissuras.

Relativamente ao CPO (Índice de dentes Cariados, Perdidos e Obturados), apura-se que cerca de 60 % dos indivíduos que constituem a amostra tinham entre 1 a 5. Por sua vez, praticamente metade dos indivíduos inquiridos (49 %) apresentava um bom IPB (Índice de

Placa Bacteriana), cerca de 35 % tinha um IPB médio e apenas 16 % tinha um IPB fraco (ver quadro 6).

**Quadro 6**: Características da condição de saúde oral (n = 164).

| | Frequências | |
|---|---|---|
| *Condição de saúde oral* | N.º | % |
| *Dentes com cárie (n = 164)* | | |
| Tem cárie | 122 | 74,4 |
| Não tem cárie | 42 | 25,6 |
| *Selante de fissuras (n = 164)* | | |
| Tem selante de fissuras | 55 | 33,5 |
| Não tem selante de fissuras | 109 | 66,5 |
| *Índice de dentes Cariados, Perdidos e Obturados – CPO (n = 164)* | | |
| Nenhum | 32 | 19,5 |
| 1 a 5 | 99 | 60,4 |
| Mais de 5 | 33 | 20,1 |
| *Índice de Placa Bacteriana - IPB (n = 164)* | | |
| Bom | 80 | 48,8 |
| Médio | 58 | 35,4 |
| Fraco | 26 | 15,8 |

### 1.2.1. Análise da percepção de saúde oral e da condição de bem-estar relativamente às variáveis socio-demográficas.

No quadro 7 representam-se os valores da média e respectivos desvios padrão das variáveis socio-demográficas para a percepção de saúde oral e condição de bem-estar. Os resultados evidenciam que apenas foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para a idade quanto à percepção de saúde oral (p = 0,013), tendo os inquiridos pertencentes ao escalão etário “11 – 12 anos” atribuído um grau de saúde oral significativamente inferior aos inquiridos pertencentes ao escalão etário “13 – 14 anos”.

**Quadro 7**: Comparação da média (desvio padrão) da percepção de saúde oral e da condição de bem-estar de acordo com as variáveis socio-demográficas.

| | | Percepção de Saúde Oral | Condição de Bem-estar |
|---|---|---|---|
| *Género* | | | |
| | Masculino (n = 79) | 1,9 (±0,9) | 1,5 (±1,2) |
| | Feminino (n = 85) | 1,9 (±0,8) | 1,4 (±1,0) |
| *Idade* | | | |
| | 11 – 12 anos (n = 84) | 2,1 (±0,8) [a] | 1,5 (±1,0) |
| | 13 – 14 anos (n = 80) | 1,8 (±0,9) [b] | 1,3 (±1,2) |

a, b – grupos homogéneos de acordo com o teste de Mann-Whitney, a 95 % de confiança

### 1.2.2. Análise da percepção de saúde oral e da condição de bem-estar relativamente a cárie e selante de fissuras.

No quadro 8 representam-se os valores da média e respectivos desvios padrão das variáveis cárie e selante de fissuras para a percepção de saúde oral e condição de bem-estar. Apenas foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para a percepção de saúde oral relativamente à variável cárie (p = 0,000). Verifica-se que a os indivíduos da amostra com cárie atribuíram um grau de saúde oral significativamente inferior aos indivíduos que não tinham cárie.

**Quadro 8**: Comparação da média (desvio padrão) da percepção de saúde oral e da condição de bem-estar de acordo com as variáveis cárie e selante de fissuras.

| | Percepção de Saúde Oral | Condição de Bem-estar |
|---|---|---|
| *Cárie* | | |
| Tem cárie (n = 122) | 2,1 (±0,8) [a] | 1,4 (±1,1) |
| Não tem cárie (n = 42) | 1,5 (±0,9) [b] | 1,3 (±1,1) |
| *Selante de fissuras* | | |
| Tem selante de fissuras (n = 55) | 1,8 (±0,8) | 1,4 (±1,1) |
| Não tem selante de fissuras (n = 109) | 2,0 (±0,9) | 1,4 (±1,1) |

A, b – grupos homogéneos de acordo com o teste de Mann-Whitney, a 95 % de confiança

### 1.2.3. Análise da percepção de saúde oral e da condição de bem-estar relativamente ao CPO e IPB.

No quadro 9 representam-se os valores da média e respectivos desvios padrão do CPO e IPB para a percepção de saúde oral e condição de bem-estar. Os resultados evidenciam que apenas foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para o CPO quanto à percepção de saúde oral ($p = 0,000$)[1], tendo os inquiridos que não tinham nenhum dente cariado, perdido e obturado atribuído um grau de saúde oral significativamente superior aos inquiridos que tinham um ou mais dentes cariados, perdidos e obturados.

**Quadro 9**: Comparação da média (desvio padrão) da percepção de saúde oral e da condição de bem-estar de acordo com o CPO e IPB.

| | Percepção de Saúde Oral | Condição de Bem-estar |
|---|---|---|
| *Índice de dentes Cariados, Perdidos e Obturados - CPO* | | |
| Nenhum (n = 32) | 1,4 (±0,8) [b] | 1,3 (±1,1) |
| 1 a 5 (n = 99) | 2,0 (±0,8) [a] | 1,4 (±1,1) |
| Mais de 5 (n = 33) | 2,2 (±0,9) [a] | 1,5 (±1,0) |
| *Índice de Placa Bacteriana - IPB* | | |
| Bom (n = 80) | 1,8 (±0,9) | 1,4 (±1,1) |
| Médio (n = 58) | 2,1 (±0,9) | 1,3 (±1,0) |
| Fraco (n = 26) | 2,0 (±0,8) | 1,6 (±1,3) |

a, b – grupos homogéneos de acordo com o teste de Mann-Whitney, a 95 % de confiança

## 2. Caracterização do "Questionário $CPQ_{11-14}$" para o estudo do impacto de saúde oral na qualidade de vida, em indivíduos entre os 11 e os 14 anos de idade.

O Questionário $CPQ_{11-14}$, consiste num questionário com 41 itens que avaliam as repercussões da saúde das condições orais no dia-a-dia de crianças com idades compreendidas entre os 11 e os 14 anos (Jokovic *et al*, 2002). As duas primeiras questões estão relacionadas com a informação socio-demográfica (género e idade) das crianças. A terceira e quarta questões, estão relacionadas com a avaliação global da saúde oral das crianças, nomeadamente quanto à percepção de saúde oral *"Tu dirias que a saúde dos teus dentes, lábios, maxilares e boca é:"*,

[1] Resultados de acordo com o teste de Kruskal-Wallis com 95 % de confiança.

e à condição de bem-estar *"Até que ponto a condição dos teus dentes, lábios, maxilares e boca afectam a tua vida, em geral?"*. As restantes 37 questões (itens), avaliam o impacto na qualidade de vida do inquirido devido a aspectos relacionados com os seus dentes, lábios, língua ou maxilares nos três meses anteriores à entrevista, e estão divididas em quatro dimensões: sintomas orais (6 itens); limitações funcionais (10 itens); bem-estar emocional (9 itens) e bem-estar social (12 itens), respectivamente (Oliveira, 2007).

Partindo da afirmação: "*Nos últimos 3 meses, com que frequência tiveste estas experiências por causa dos teus dentes, lábios, maxilares ou boca? Se for por outro motivo responde, nunca*", pedia-se aos inquiridos que, de uma lista com 37 itens, assinalassem o grau de frequência que atribuíam a cada um deles numa escala de *Likert* de 4 categorias: 0 = nunca; 1 = uma ou duas vezes; 2 = algumas vezes; 3 = frequentemente e 4 = todos os dias ou quase todos os dias (ver anexo 8).

No quadro 10 estão representadas as principais estatísticas descritivas e a percentagem de respondentes que classificou cada item como "0 = nunca". Como se pode observar, as médias são todas inferiores a 2, numa escala de 0 a 4, indicando que quase todos os 37 itens foram percepcionados como tendo nenhum ou pouco impacto da condição oral na qualidade de vida dos inquiridos. Em particular, as afirmações: "Dificuldade de beber com palhinha?", "Dificuldade de tocar um instrumento musical como flauta, clarinete, corneta ou trompete?" e "Participar em actividades como desporto, clubes, teatro, música, passeios escolares?", foram percepcionados pelos consumidores como não tendo praticamente nenhum impacto da condição oral na qualidade de vida dos inquiridos (as distribuições de frequências evidenciam que, aproximadamente, 90 %, 86 % e 89 % dos inquiridos assinalaram estes três itens com a classificação mínima). Por sua vez, das afirmações que causaram algum impacto da condição oral na qualidade de vida dos inquiridos, destacam-se as seguintes: "Respirares pela boca?" e "Restos de alimentos presos dentro ou entre os teus dentes?".

**Quadro 10**: Estatísticas descritivas e % de casos "nunca" (ordenados por ordem decrescente da média), relativas às 37 questões do questionário $CPQ_{11-14}$.

| | Estatísticas Descritivas | | | | Nunca |
|---|---|---|---|---|---|
| *Itens $CPQ_{11-14}$* | Média | Dp | Mín. | Máx. | |
| Respirares pela boca? | 1,7 | 1,4 | 0 | 4 | 26,2% |
| Restos de alimentos presos dentro ou entre os teus dentes? | 1,7 | 1,2 | 0 | 4 | 15,9% |
| Gengivas sangrantes? | 1,2 | 1,2 | 0 | 4 | 39,0% |
| Mau hálito? | 1,0 | 1,1 | 0 | 4 | 42,7% |
| Dor nos teus dentes, lábios, maxilares ou boca? | 1,0 | 0,9 | 0 | 4 | 36,0% |
| Demoraste mais que os outros para terminar a tua refeição? | 0,9 | 1,1 | 0 | 4 | 44,5% |
| Dificuldade para beber ou comer alimentos quentes ou frios? | 0,9 | 1,1 | 0 | 4 | 50,0% |
| Dificuldade para morder ou mastigar alimentos como maças, broa ou carne? | 0,9 | 1,1 | 0 | 4 | 52,4% |
| Ficaste preocupado(a) com o que as outras pessoas pensam sobre os teus dentes, lábios, boca ou maxilares? | 0,8 | 1,1 | 0 | 4 | 53,7% |
| Feridas na boca? | 0,8 | 0,9 | 0 | 4 | 48,8% |
| Ficaste preocupado(a) por não teres uma aparência tão boa como os outros? | 0,8 | 1,2 | 0 | 4 | 62,2% |
| Ficaste preocupado(a) por achar que não és saudável como as outras pessoas? | 0,6 | 1,0 | 0 | 4 | 65,2% |
| Ficaste tímido(a), constrangido(a) ou com vergonha? | 0,6 | 0,9 | 0 | 4 | 63,4% |
| Ficaste triste ou irritado(a)? | 0,6 | 0,9 | 0 | 4 | 62,8% |
| Ficaste preocupado(a) por achar que és diferente das outras pessoas? | 0,5 | 1,1 | 0 | 4 | 74,4% |
| Ficaste chateado(a)? | 0,5 | 1,0 | 0 | 4 | 71,3% |
| Evitaste sorrir ou dar risadas quando estás com outras pessoas? | 0,5 | 1,0 | 0 | 4 | 73,8% |
| Outras crianças aborreceram-te ou chamaram-te por alcunhas? | 0,5 | 1,1 | 0 | 4 | 75,6% |
| Ficaste inseguro(a) contigo mesmo (achaste que não eras capaz de realizar alguma coisa)? | 0,5 | 0,8 | 0 | 3 | 66,5% |
| Dificuldade para dizer algumas palavras? | 0,5 | 0,9 | 0 | 4 | 70,7% |
| Outras crianças fizeram-te perguntas sobre os teus dentes, lábios, maxilares e boca? | 0,5 | 0,9 | 0 | 4 | 71,3% |
| Tiveste problemas para dormir? | 0,5 | 0,8 | 0 | 4 | 70,7% |
| Dificuldade para comer alimentos que gostas de comer? | 0,4 | 0,7 | 0 | 3 | 69,5% |
| Sentiste dificuldade para prestar atenção nas aulas na escola? | 0,4 | 0,8 | 0 | 4 | 76,2% |
| Ficaste nervoso(a) ou amedrontado(a)? | 0,4 | 0,7 | 0 | 3 | 73,8% |
| Faltaste à escola devido a dor, consultas com o dentista, cirurgia dentária? | 0,4 | 0,7 | 0 | 4 | 74,4% |
| Restos de alimentos no céu da boca? | 0,3 | 0,7 | 0 | 3 | 78,0% |
| Discutiste com outras crianças ou pessoas da tua família? | 0,3 | 0,7 | 0 | 4 | 78,0% |
| Sentiste dificuldade para fazer os trabalhos de casa? | 0,3 | 0,8 | 0 | 4 | 80,5% |
| Não quiseste falar ou ler em voz alta na sala de aula? | 0,3 | 0,8 | 0 | 4 | 83,5% |
| Não quiseste brincar com outras pessoas? | 0,3 | 0,7 | 0 | 4 | 84,8% |
| Outras crianças deixaram-te excluído? | 0,3 | 0,8 | 0 | 4 | 85,4% |
| Dificuldade de abrir bastante a boca? | 0,3 | 0,6 | 0 | 3 | 80,5% |
| Não quiseste conversar com outras crianças/colegas? | 0,3 | 0,7 | 0 | 4 | 84,1% |
| Participar em actividades como desporto, clubes, teatro, música, passeios escolares? | 0,2 | 0,8 | 0 | 4 | 89,0% |
| Dificuldade de tocar um instrumento musical como flauta, clarinete, corneta ou trompete? | 0,2 | 0,7 | 0 | 4 | 86,0% |
| Dificuldade de beber com palhinha? | 0,2 | 0,5 | 0 | 4 | 89,6% |

Dp = Desvio padrão; Mín. = Valor mínimo; Máx. = Valor máximo

## 2.1. Consistência interna/fiabilidade do Questionário $CPQ_{11-14}$.

A consistência interna do Questionário $CPQ_{11-14}$ utilizada neste estudo, foi verificada recorrendo ao *Alpha de Cronbach (α)* e aos coeficientes de correlação inter-item e item-total (Hill e Hill, 2000).

No quadro 11 estão representados o número de itens do Questionário $CPQ_{11-14,}$ para o total e por sub-escala, e os coeficientes de *Alpha* de *Cronbach*, tanto para a escala desenvolvida no Brasil (Oliveira, 2007), como daquela que é gerada neste trabalho.

**Quadro 11**: Comparação entre a consistência interna da escala gerada no Brasil (Questionário $CPQ_{11-14}$ na versão portuguesa) e a escala utilizada neste estudo.

| | N.º de itens | Alpha de Cronbach (α) |
|---|---|---|
| Total $CPQ_{11-14}$ | *(37)* **37** | *(0,86)* **0,90** |
| *Sub-escalas do $CPQ_{11-14}$* | | |
| Sintomas Orais | *(6)* **6** | *(0,52)* **0,62** |
| Limitações Funcionais | *(10)* **10** | *(0,69)* **0,67** |
| Bem-Estar Emocional | *(9)* **9** | *(0,86)* **0,85** |
| Bem-Estar Social | *(12)* **12** | *(0,66)* **0,81** |

[a] Os valores entre parêntesis referem-se à escala utilizada no Brasil (Oliveira, 2007) e os valores a negrito *(bold)* referem-se à escala utilizada neste estudo.

De uma forma geral, verifica-se que os valores da consistência interna *(alpha de Cronbach)* da escala total e das quatro sub escalas do Questionário $CPQ_{11-14}$, variam entre 0.62 (fraca consistência) e 0.90 (excelente consistência), nomeadamente: Escala Total (α = 0,90); Sintomas Orais (α = 0,62); Limitações Funcionais (α = 0,67); Bem-Estar Emocional (α = 0,85) e Bem-Estar Social (α = 0,81).

De forma a permitir a comparação entre a escala total e as quatro sub escalas e as restantes variáveis deste estudo, foram construídos índices para a escala total e cada sub-escala do $CPQ_{11-14}$, tendo os seus valores sido calculados a partir da soma das classificações dos itens por dimensão. No quadro 12 apresentam-se os resultados finais das estatísticas descritivas (média, desvio padrão e amplitude) para a escala total e cada uma das sub escalas utilizadas neste estudo.

**Quadro 12**: Estatísticas descritivas (sub-escalas ordenadas por ordem decrescente da média), relativas à escala total e sub-escalas do $CPQ_{11-14}$.

| | N | Média (±Dp) | N.º de itens | Mín. | Máx. |
|---|---|---|---|---|---|
| Total $CPQ_{11-14}$ | 164 | 22,0 (±15,6) | 37 | 2 | 82 |
| *Sub-escalas do $CPQ_{11-14}$* | | | | | |
| Limitações Funcionais | 164 | 6,4 (±4,6) [a] | 10 | 0 | 26 |
| Sintomas Orais | 164 | 6,0 (±3,6) [a] | 6 | 0 | 16 |
| Bem-Estar Emocional | 164 | 5,4 (±5,9) [b] | 9 | 0 | 25 |
| Bem-Estar Social | 164 | 4,2 (±5,5) [c] | 12 | 0 | 28 |

a, b, c - grupos homogéneos de acordo com o teste de Wilcoxon, a 95 % de confiança

Assim, concluiu-se que a escala total tinha uma pontuação média de 22,0 (±15,6), variando entre 2 e 82 e que os principais impactos da condição oral na qualidade de vida dos participantes neste estudo relacionam-se com as "Limitações Funcionais" (média = 6,4) e os "Sintomas Orais" (média = 6,0). De notar ainda que se verificaram diferenças significativas entre o valor médio das diferentes sub-escalas ($p < 0,05$), exceptuando-se entre as duas mais valorizadas: "Limitações Funcionais" e "Sintomas Orais".

**Quadro 13**: Valores do coeficiente de correlação de Spearman entre a escala total e as sub-escalas do Questionário $CPQ_{11-14}$.

| *Sub-escalas do $CPQ_{11-14}$* | Total CPQ | Limitações Funcionais | Sintomas Orais | Bem-estar Emocional | Bem-estar Social |
|---|---|---|---|---|---|
| Total CPQ | 1 | | | | |
| Limitações Funcionais | 0,709** | 1 | | | |
| Sintomas Orais | 0,714** | 0,436** | 1 | | |
| Bem-estar Emocional | 0,812** | 0,368** | 0,411** | 1 | |
| Bem-estar Social | 0,743** | 0,411** | 0,353** | 0,619** | 1 |

Resultados de acordo com o coeficiente de correlação de *Spearman* (*p < 0,01; **p < 0,001)

Verificou-se ainda a existência de uma elevada associação positiva e significativa ($p < 0,001$) entre a escala total e todas as sub-escalas (ver quadro 13), sendo as principais entre a "Escala total" e o "Bem-estar Emocional" ($r = 0,81$) e a "Escala total" e o "Bem-estar Social" ($r = 0,74$). Apurou-se ainda a existência de uma moderada associação positiva e significativa ($p <$

0,001) entre as sub-escalas do $CPQ_{11-14}$ (ver quadro 13), sendo as principais entre o "Bem-estar Social" e o "Bem-estar Emocional" (r = 0,62), "Limitações Funcionais" e "Sintomas orais" (r = 0,44), "Limitações Funcionais" e "Bem-estar Social" (0,41) e entre "Sintomas Orais" e "Bem-estar Emocional" (r = 0,41).

### 3. Validade de Constructo

No sentido de testar a validade do constructo, foram calculadas correlações entre a avaliação global (Percepção de Saúde Oral e Condição de Bem-estar) e a escala total (Total_$CPQ_{11-14}$), bem como entre a classificação global e cada sub-escalas do $CPQ_{11-14}$ (Sintomas Orais, Limitações Funcionais, Bem-estar Emocional e Bem-estar Social) utilizando o coeficiente de correlação não paramétrico de *Spearman* (ver quadro 14).

**Quadro 14**: Correlação de Spearman entre a escala total e as sub-escalas do $CPQ_{11-14}$ e a avaliação global de saúde oral e bem-estar.

| *Avaliação Global* | Total CPQ | Limitações Funcionais | Sintomas Orais | Bem-estar Emocional | Bem-estar Social |
|---|---|---|---|---|---|
| Percepção de Saúde Oral | 0,414** | 0,178* | 0,383** | 0,383** | 0,273** |
| Condição de Bem-estar | 0,407** | 0,267** | 0,326** | 0,409** | 0,250** |

Resultados de acordo com o coeficiente de correlação de *Spearman* (*p < 0,01; **p < 0,001)

Assim, apurou-se que a existência de uma moderada associação positiva e significativa (p < 0,001) entre a avaliação global e escala total, nomeadamente: "Percepção de Saúde Oral" e "Escala Total" (r = 0,41) e "Condição de Bem-estar" e "Escala total" (r = 0,41), e entre avaliação global e as sub- escalas do $CPQ_{11-14}$, sendo as principais entre "Condição de Bem-estar" e "Bem-estar Emocional" (r = 0,41), "Percepção de Saúde Oral" e "Sintomas Orais" (r = 0,38), "Percepção de Saúde Oral" e "Sintomas Bem-estar Emocional" (r = 0,38) e "Condição de Bem-estar" e "Sintomas Orais" (r = 0,33).

**4. Análise da escala total e das sub escalas do $CPQ_{11-14}$ relativamente às características socio-demográficas e grupos clínicos estudados (Validade Discriminante).**

No sentido de averiguar possíveis relações entre a escala total e as sub escalas do $CPQ_{11-14}$ e as características socio-demográficas e os grupos clínicos estudados, analisaram-se os valores médios e respectivos desvios-padrão para a escala total e cada sub escala do $CPQ_{11-14}$ de acordo com as variáveis socio-demográficas e grupos clínicos (ver quadro 15).

**Quadro 15**: Comparação dos valores da média (desvio padrão) da escala total e das sub escala do $CPQ_{11-14}$ de acordo com as variáveis socio-demográficas e grupos clínicos (n = 164).

| | Total CPQ | Limitações Funcionais | Sintomas Orais | Bem-estar Emocional | Bem-estar Social |
|---|---|---|---|---|---|
| *Género* | | | | | |
| Masculino (n = 79) | 23,5 (±16,6) | 6,6 (±4,4) | 6,6 (±3,9) | 5,7 (±6,7) | 4,6 (±5,3) |
| Feminino (n = 85) | 20,5 (±14,7) | 6,3 (±4,9) | 5,5 (±3,2) | 5,0 (±5,1) | 3,8 (±5,7) |
| *Idade* | | | | | |
| 11 - 12 anos (n = 84) | 26,0 (±16,3) [a] | 7,4 (±4,5) [a] | 6,8 (±3,7) [a] | 6,4 (±6,0) [a] | 5,4 (±6,1) [a] |
| 13 - 14 anos (n = 80) | 17,8 (±13,8) [b] | 5,5 (±4,6) [b] | 5,2 (±3,3) [b] | 4,3 (±5,6) [b] | 2,8 (±4,4) [b] |
| *Cárie* | | | | | |
| Tem cárie (n = 122) | 22,0 (±14,6) | 6,4 (±4,3) | 6,2 (±3,6) | 5,4 (±5,9) | 4,1 (±5,1) |
| Não tem cárie (n = 42) | 21,9 (±18,6) | 6,7 (±5,5) | 5,5 (±3,6) | 5,3 (±6,1) | 4,3 (±6,5) |
| *Selante de fissuras* | | | | | |
| Tem selante de fissuras (n = 55) | 21,7 (±15,8) | 6,5 (±4,7) | 5,8 (±3,7) | 5,4 (±5,8) | 4,0 (±5,1) |
| Não tem selante de fissuras (n = 109) | 22,1 (±15,6) | 6,4 (±4,6) | 6,1 (±3,5) | 5,4 (±6,0) | 4,2 (±5,7) |
| *CPO* | | | | | |
| Nenhum (n = 32) | 18,1 (±13,2) [b] | 5,7 (±3,8) | 5,0 (±3,2) [b] | 4,8 (±6,0) | 2,7 (±3,7) [b] |
| 1 a 5 (n = 99) | 21,4 (±15,3) [a, b] | 6,6 (±4,8) | 5,8 (±3,4) [b] | 5,1 (±5,7) | 4,0 (±5,6) [b] |
| Mais de 5 (n = 33) | 27,4 (±17,6) [a] | 6,7 (±4,8) | 7,8 (±3,8) [a] | 6,8 (±6,3) | 6,1 (±6,3) [a] |
| *IPB* | | | | | |
| Bom (n = 80) | 20,0 (±15,1) | 6,2 (±4,6) | 5,4 (±3,5) | 4,6 (±4,9) | 3,8 (±4,8) |
| Médio (n = 58) | 25,0 (±16,9) | 6,8 (±4,9) | 6,5 (±3,7) | 6,5 (±6,2) | 5,1 (±6,7) |
| Fraco (n = 26) | 21,4 (±13,8) | 6,2 (±4,1) | 6,7 (±3,3) | 5,3 (±7,8) | 3,2 (±4,4) |

a, b - grupos homogéneos de acordo com o teste de Mann-Whitney, a 95 % de confiança

Em relação ao escalão etário, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) para a escala total e cada uma das sub escala do $CPQ_{11-14}$. De facto, para essas dimensões do $CPQ_{11-14}$ (Escala Total, $p = 0,000$; Limitações Funcionais, $p = 0,003$; Sintomas Orais, $p = 0,004$, Bem-estar Emocional, $p = 0,012$ e Bem-estar Social, $p = 0,006$)[2], as crianças com idades compreendidas entre os 11 e 12 anos atribuem significativamente um maior impacto da condição oral na sua qualidade de vida do que as crianças com idades compreendidas entre os 13 e 14 anos.

A análise por CPO, revela que foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) para a "Escala Total" ($p = 0,038$), "Sintomas Orais" ($p = 0,010$) e "Bem-estar Social" ($p = 0,013$), tendo-se verificado, que de uma forma geral, os indivíduos com "Mais de 5" dentes Cariados, Perdidos e Obturados" atribuem significativamente mais impacto da condição oral na sua qualidade de vida do que as crianças com "5 ou Menos" dentes Cariados, Perdidos e Obturados".

Relativamente aos grupos clínicos em estudo (crianças sem cárie e crianças com cárie), o $CPQ_{11-14}$ não demonstrou validade discriminante, isto é, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$) para todas as dimensões do $CPQ_{11-14}$.

[2] Resultados de acordo com o teste de Kruskal-Wallis com 95 % de confiança.

## 5. Distribuições de Frequências para as Dimensões do $CPQ_{11-14}$

Para cada dimensão retirando o número de casos "0", o restante, fornece-nos os indivíduos que responderam pelo menos numa pergunta de cada domínio diferente de zero, obtendo assim a percentagem de crianças que tiveram pelo menos uma experiência nesse domínio, nos últimos 3 meses (ver Anexo 12).

- "Limitações Funcionais" = 154 (154 / 164 = **93,9 %**)
- "Sintomas Orais" = 159 (159 / 164) = **96,9 %**)
- "Bem-estar Emocional" = 128 (128 / 164 = **78,0 %**)
- "Bem-estar Social" = 117 (117 / 164 = **71,3 %**)

Um total 97% das crianças referiu pelo menos uma experiência de sintomas orais nos últimos 3 meses, 94% das crianças referiu limitações funcionais, 78% referiu o seu bem-estar emocional e 71% referiu o bem-estar social.

# IV. Discussão

## 1. Validade e Limitações do Estudo

O questionário e exame clínico foram realizados em pacientes entre os 11 e os 14 anos de idade, das escolas EB 2,3 das Medas – Gondomar e Secundária Rodrigues de Freitas – Porto, seleccionados aleatoriamente em turmas que os professores autorizavam a dispensa dos alunos e estes não se opunham ao exame clínico nem preenchimento do questionário.

O exame clínico foi efectuado sempre pelo mesmo observador, aluno do 6º ano do curso de medicina dentária da Universidade Fernando Pessoa, sendo o anotador um colega de curso do observador.

A amostra de 164 indivíduos deveu-se ao facto de ser o total de alunos voluntários nas duas escolas correspondendo às idades estabelecidas, sabendo-se no entanto que a amostra teria de ser superior a 140 indivíduos.

De salientar que o questionário $CPQ_{11-14}$ não está traduzido e validado para Portugal, tendo sido adaptado o questionário $CPQ_{11-14}$ que está traduzido e validado em português para o Brasil (Anexo 2) com ligeiras adaptações de português (Anexo3).

O questionário foi respondido por auto-preenchimento tal como acontece na versão original (Canadiana) (Anexo 1), apesar disso foi dado apoio aos jovens em todas as dúvidas que tivessem e quisessem esclarecer, o que aconteceu muito pontualmente.

Antes de aplicado, este questionário foi testado em 14 crianças pertencentes à faixa etária em questão, seleccionadas à sorte nas consultas das mais variadas áreas da clínica de medicina dentária da Universidade Fernando Pessoa. Nenhuma destas crianças sugeriu qualquer substituição de palavras ou gramática, não apresentando sequer qualquer dúvida quanto às questões colocadas.

Faz parte das limitações deste estudo o facto de algumas variáveis investigadas serem informações referidas. Algumas variáveis independentes relacionam-se directamente com a percepção, característica própria dos indivíduos investigados, tal como dependem da memória do investigado.

**2. Consistência Interna/ Fiabilidade**

O valor da consistência interna total (*alpha de Cronbach*) deste estudo foi bastante satisfatório ($\alpha = 0,90$). Em versões similares deste questionário observaram-se consistências semelhantes: Canadá (0,91), Brasil (0,86), Arábia Saudita (0,81) e Reino Unido (0,87) (Oliveira, 2007).

As quatro sub-escalas variam entre 0,62 (consistência fraca) e 0.90 (excelente consistência), nomeadamente: Sintomas Orais ($\alpha = 0,62$); Limitações Funcionais ($\alpha = 0,67$); Bem-Estar Emocional ($\alpha = 0,85$) e Bem-Estar Social ($\alpha = 0,81$) (ver quadro 11).

De notar que se verificaram diferenças significativas entre o valor médio das diferentes sub-escalas, exceptuando-se entre as duas mais valorizadas: “Limitações Funcionais” e “Sintomas Orais” (quadro 12).

Verificou-se ainda a existência de uma elevada associação positiva e significativa entre a escala total e todas as sub-escalas (quadro 13).

**3.Validade de Constructo**

No sentido de testar a validade do constructo, foram calculadas correlações entre a avaliação global (Percepção de Saúde Oral e Condição de Bem-estar) e a escala total (Total_$CPQ_{11-14}$), bem como entre a classificação global e cada sub-escalas do $CPQ_{11-14}$ (Sintomas Orais, Limitações Funcionais, Bem-estar Emocional e Bem-estar Social) utilizando o coeficiente de correlação não paramétrico de *Spearman* (ver quadro 14).

Assim, apurou-se que a existência de uma moderada associação positiva e significativa entre a avaliação global e escala total.

## 4. Perfil Epidemiológico

A evolução da doença cárie tem como último estágio a perda dentária (John et al, 2004). Na população estudada a prevalência de cárie dentária era de 74%, mostrando uma condição de saúde oral insatisfatória e superior à média nacional. Segundo o "Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais" realizado em 2005/06 (DGS, 2008) 56% dos jovens de 12 anos tinham cárie. A prevalência da doença é bastante diferente à encontrada em estudos realizados noutros países, exemplo disso é o estudo de Oliveira (2007) realizado em Belo Horizonte no Brasil onde se verificou que apenas 29% da amostra tinha a doença cárie.

A saúde oral difere consoante idade e género (John et al, 2004). Quanto à variável cárie os resultados evidenciam não haver diferenças significativas para o género nem para a idade. É importante referir que a diferença de idades entre os dois grupos estudados é muito pequena. O estudo da DGS de 2005/06 apresentou um aumento de 56% para 72% de prevalência de cárie dos jovens de 12 e 15 anos respectivamente.

Como resultado do Índice CPOD obteve-se 3,17, valor bastante superior ao estudo da DGS que apresenta um valor de 1,48 dentes cariados, perdidos ou obturados em jovens de 12 anos. O componente cárie foi o que mais contribuiu para o CPOD com uma percentagem de 74,4%, seguindo-se o componente obturado (20,7%) e depois o perdido (6,7%), a mesma ordem que apresenta o estudo nacional, o que era esperado tendo em conta a idade dos indivíduos. Em indivíduos adultos, na maioria dos estudos, o componente que mais contribui para o CPOD é o componente "perdido".

Quanto ao Índice de placa bacteriana os valores obtidos foram de 49% da amostra para o grau bom, 35% situou-se no grau médio e 16% no grau fraco, sendo um resultado bastante satisfatório. Não se verificou uma relação de dependência entre o género e o IPB e entre a idade e o IPB. O estudo da DGS (2005/06) apresenta como resultados que apenas 22% dos jovens com 12 anos têm gengivas saudáveis.

Foi também observado que 34% dos indivíduos tinham selante de fissuras em um ou mais dentes. Valor muito semelhante ao estudo da DGS que apresenta um valor de 38%. Importa

salientar que cerca de 1/3 da população estudada teve acesso a este tipo de prevenção primária que é bastante eficaz na prevenção de cáries oclusais em dentes com fossas e cicatrículas.

Apesar de nos últimos anos a promoção da saúde oral em Portugal ter evoluído de uma forma satisfatória é importante continuar a insistir na instrução e motivação da higiene oral e o mais precocemente possível.

## 5. Percepção de Saúde Oral e da Condição de Bem-Estar dos Jovens

Diferentes problemas orais influenciam de maneira diferente a auto-percepção de impactos da saúde oral na vida diária (Carvalho et al, 2007). Neste estudo a percepção de saúde oral apresentou diferenças estatisticamente significativas relativamente à presença ou não de cárie, mostrando que os indivíduos da amostra com cárie atribuíram um grau de saúde oral significativamente inferior aos indivíduos que não tinham cárie (Quadro 8); acontecendo o mesmo quanto ao CPO, os indivíduos que não tinham nenhum dente cariado, perdido ou obturado atribuíram um grau de saúde oral significativamente superior aos que tinham um ou mais dentes cariados, perdidos ou obturados (Quadro 9). Resultados que demonstram que a percepção da saúde oral varia consoante os problemas orais dos indivíduos. Quanto ao facto do escalão etário “11-12 anos” ter atribuído um grau de saúde oral significativamente inferior ao escalão etário “13-14 anos” (Quadro 7) isto pode dever-se à mudança de dentição ainda estar a ocorrer nos indivíduos do grupo “11-12 anos”.

Quanto à condição de bem-estar não houve diferenças estatisticamente significativas entre as diferentes variáveis socio-demográficas nem entre os diferentes grupos clínicos.

## 6. Impacto da Saúde Oral na Qualidade de Vida

Há uma grande variabilidade na frequência do impacto da saúde oral na qualidade de vida. A maioria dos estudos são realizados em grupos de idosos, com maior percentagem de impacto entre os edêntulos. A perda dentária e a idade, interligadas, estão associadas a maior relato de impacto na maioria dos estudos (Adulyanon, 1996; Sheiham, 2001; Masalu 2002; Steele, 2004).

Há poucos instrumentos que avaliam o impacto das condições orais na vida de adolescentes, o $CPQ_{11-14}$ é um desses instrumentos (Oliveira, 2007).

Neste estudo, o impacto relatado pelos indivíduos sujeitos ao inquérito foi baixo. Numa escala que varia de 0 a 148, o $CPQ_{11-14}$ apresentou um valor médio (desvio padrão) de 22,0 (15,6), ainda assim superior ao registado no Brasil de 16,23 (14,40). Os valores variaram entre o máximo de 82 e o mínimo de 2, ou seja, nenhum indivíduo respondeu "nunca" a todas as perguntas, o resultado no Brasil foi semelhante com o máximo 88 e mínimo 0. Um total 97% das crianças referiu pelo menos uma experiência de sintomas orais nos últimos 3 meses, 94% das crianças referiu limitações funcionais, 78% referiu o domínio bem-estar emocional e 71% referiu o bem-estar social. No estudo Brasileiro os valores foram 86%, 75%, 66% e 80% respectivamente. A população estudada mostrou, portanto, um maior impacto da saúde oral no seu dia-a-dia que a população Brasileira estudada.

Os principais impactos da condição oral na qualidade de vida dos participantes neste estudo relacionam-se com as "Limitações Funcionais" (média = 6,4) e os "Sintomas Orais" (média = 6,0) (quadro 12). São exemplo disso as duas questões cuja média de resposta foi mais alta: "*Respirares pela boca*" pertencente ao domínio "Limitações funcionais" e "*Restos de alimentos presos dentro ou entre os teus dentes*" incluída no domínio"Sintomas orais" (quadro 10).

Ao contrário do estudo realizado por Oliveira em Belo Horizonte, que obteve diferenças significativas, entre o grupo que tinha cárie e o que não tinha cárie, para o total e para os domínios "Sintomas Orais", "Limitações Funcionais" e "Bem-estar Social", este estudo não verificou essas diferenças. No entanto verificou-se que na variável CPO existiam diferenças estatisticamente significativas para o total e para os domínios "Sintomas orais" e "Bem-estar Social" verificando-se que, de uma forma geral, os indivíduos com "mais de 5 dentes cariados, perdidos ou obturados" atribuem mais impacto da saúde oral na sua qualidade de vida que os indivíduos com "5 ou menos dentes cariados, perdidos ou obturados" (quadro 15).

De realçar também que o grupo etário de "11-12 anos" atribuiu um maior impacto da saúde oral na qualidade de vida em relação ao grupo "13-14 anos". Isto relaciona-se com o facto

deste grupo “11-12 anos” já ter atribuído uma condição de saúde oral inferior ao da faixa etária “13-14 anos” (quadro 7).

As variáveis IPB e a presença ou não de selante de fissuras não apresentaram diferenças estatisticamente significativas para o total nem para qualquer domínio.

## 7. Factores de Percepção do Impacto da Saúde Oral na Qualidade de Vida

Saliente-se que crianças entre os 11 e os 14 anos apresentam já uma consciencialização da importância da saúde oral no seu dia-a-dia. Estudos realizados em indivíduos de idades mais avançadas mostram que, com o avançar da idade, a percepção sobre o impacto da saúde oral na qualidade de vida aumenta, e o aumento da prevalência das patologias orais com o aumento da idade é uma das causas desta evolução de consciencialização.

Outros factores são a condição social e aspectos comportamentais. A pior condição social relaciona-se com menor acesso de medidas de controlo, de prevenção e de tratamento das morbilidades resultando em piores condições de saúde. Paralelamente, as adversidades impostas pelo meio e a luta decorrente, para satisfazer as suas aspirações e necessidades, podem contribuir para o aumento da capacidade de percepção dos indivíduos (Tsakos, 2001).

## V. Conclusão

Cada vez mais as crianças e os jovens estão conscientes da importância que a saúde oral representa no seu bem-estar diário. No entanto a promoção da saúde oral deve continuar a ser levada a sério, nomeadamente em casa e através de serviços de prevenção comunitários e programas gerais de promoção de saúde oral tanto nas escolas como nos órgãos de comunicação social. Estando mais atentos aos riscos de doenças orais, além de melhorarem os hábitos de higiene, os indivíduos procuram mais a assistência dentária profissional.

A pesquisa elaborada conduziu às conclusões e considerações seguintes:

- A condição de saúde oral da população em estudo é insatisfatória, sendo mesmo inferior à média nacional. As sequelas de cárie dentária estão presentes em cerca de ¾ dos indivíduos observados. O valor de 3,17 para o CPOD foi bastante alto, mais do dobro da média nacional. A percentagem de cárie dentária é mais alta que a percentagem de dentes obturados e estas superiores à percentagem de perda dentária, semelhante aos dados nacionais fornecidos pela DGS. Estes dados sugerem que é necessário recorrer mais frequentemente à assistência dentária profissional, para além de adquirir métodos de higiene oral mais eficazes.

- Não foram encontradas diferenças significativas na condição de saúde oral nas variáveis género e idade.

- Na percepção de saúde oral 70% dos indivíduos considerou que a sua saúde oral é boa ou muito boa. Os indivíduos com cárie atribuíram um grau de saúde oral inferior aos indivíduos que não apresentavam lesões cariosas. Quanto ao CPO, o acontecimento foi semelhante, os indivíduos que não tinham nenhum dente cariado perdido ou obturado atribuíram um grau de saúde oral superior aos que tinham um ou mais dentes cariados, perdidos ou obturados. Demonstração evidente que a percepção de saúde oral varia consoante os problemas orais dos indivíduos. O escalão etário 11-12 anos atribuiu um grau de saúde oral inferior ao escalão etário 13-14, podendo este acontecimento dever-se ao facto da mudança de dentição ainda estar a ocorrer no escalão etário mais novo.

- Quanto à condição de bem-estar, 57% dos inquiridos assinalaram que a sua condição de bem-estar em nada ou muito pouco era afectada pela condição dos seus dentes, lábios, maxilares ou boca.

- Neste estudo o impacto relatado pelos indivíduos sujeitos ao inquérito foi baixo. Numa escala que varia de 0 a 148 apresentou um valor médio (desvio padrão) de 22.0 (15,6), mesmo assim superior ao estudo Brasileiro que obteve os valores de 16,23 (14,40). No entanto 97% das crianças referiu pelo menos uma experiência de sintomas orais nos últimos 3 meses, 94% das crianças referiu limitações funcionais, 78% referiu o domínio bem-estar emocional e 71% referiu o bem-estar social. Em estudos revisados os valores foram semelhantes, exemplo disso é o Brasil onde os valores foram 86%, 75%, 66% e 80% respectivamente.

- Os impactos da condição oral na qualidade de vida mais referidos foram “Limitações Funcionais” e “Sintomas Orais”. As duas questões cuja média de resposta foi mais alta foram: “*Respirares pela boca*” pertencente ao domínio “Limitações funcionais” e “*Restos de alimentos presos dentro ou entre os teus dentes*” incluída no domínio”Sintomas orais”.

- As crianças com idades entre os 11 e os 12 anos atribuíram maior impacto da condição oral na sua qualidade de vida que as crianças entre os 13 e os 14 anos, relacionando-se esta conclusão com o facto do grupo 11-12 anos ter atribuído um grau de saúde oral inferior ao grupo de idade mais avançada.

- Verificou-se ainda que na variável CPO existiam diferenças para o total e para os domínios “Sintomas orais” e “Bem-estar Social” verificando-se que, de uma forma geral, os indivíduos com “mais de 5 dentes cariados, perdidos ou obturados” atribuem mais impacto da saúde oral na sua qualidade de vida que os indivíduos com “5 ou menos dentes cariados, perdidos ou obturados”.

- Outras variáveis representantes da condição oral como “presença ou não de cárie”, IPB e “presença ou não de selante de fissuras” não apresentaram associação significativa com o impacto.

- A variável género também não apresentou associação significativa com o impacto.

Os aspectos que desencadeiam o impacto da saúde oral na qualidade de vida estão a ser progressivamente melhor investigados. Características da condição de saúde oral como o sofrimento e as limitações funcionais são cada vez mais importantes no relacionamento com o bem-estar comparativamente a sequelas biológicas como a doença cárie ou outros eventos descritos pelos indicadores clínicos.

Estudos de impacto da saúde oral na qualidade de vida ajudam, não só a perceber o valor da saúde oral no bem-estar diário, mas também na prevenção e promoção da saúde oral. Com o aumento da percepção da condição de saúde oral tende a diminuir a prevalência de patologia oral devido ao aumento de cuidados por parte dos indivíduos.

## VI. Bibliografia

1- Adulyanon, S.; Vourapukjaru, J.; Sheiham, A. (1996). Oral Impacts affecting daily performance in a low dental disease Thai population. *Community, Dentistry and Oral Epidemiology*, 24 (6/December), pp.385-89.

2- Allen, F. P.(2003). Assessment of Oral Health Related Quality of Life. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1 (40/Set.), pp. 1-8.

3- Amid, L.; Ismail, B. D. S. (2003). O impacto do acesso universal à assistência dentária face à disparidade da situação de cárie em crianças. *The Journal of the American Dental Association* – edição portuguesa, 3 (3/Maio-Junho), pp. 25-33.

4- Araújo, F.; Barata, J. (2003). Promoção de Saúde Bucal em Odontopediatria. In: Neto, A. J.; Bezerra, A. C.; Fuks, A. (ed). *Promoção de Saúde Bucal*. 3ª Edição. São Paulo, Editora Artes Médicas, pp. 287-315.

5- Baratieri, L. N. (1989). Tratamentos Preventivos das Regiões de Cicatrículas e Fissuras. In: Baratieri, L. N. (1989). *Dentística: Procedimentos Preventivos e Restauradores*, Livraria Editora Santos, pp. 147-63.

6- Batalha, L. M. C. (2001). Promoção da Saúde Oral nas Crianças – da Teoria à Prática. *Servir*, 49 (4/Julho-Agosto), pp. 159-64.

7- Buss, P. M. (2000). Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5 (1), pp. 163-77.

8- Carvalho, B. M.; Silva, P. V.; Cimões, R.; Araújo, A. C. S. (2007). Influência do Número de dentes no desempenho de actividades diárias. *Odontologia Clínica e Científica*, 6 (3/Jul.-Set.), pp. 229-32.

9- Castellanos PL (org). (1992). Sistemas Nacionales de Vigilancia de la salud según condiciones de vida e del impacto de las acciones de salud y bien estar. *Organização Panamericana de Saúde*, Programa de Análise e Situação de Saúde, Washington.

10- Cerveira, J. A. (2003). Influência da qualidade de vida na ocorrência da doença cárie em pré-escolares, Tese de Mestrado, Universidade de São Paulo; Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, pp. 1-104.

11- Chamosa, E. S.; González, C. F. (2005). Educación para la salud. Princípios, métodos y aplicaciones en salud oral. In: Sala, E. C.; Garcia, P. B. (2005).Odontología Preventiva y comunitaria: Princípios, métodos y aplicaciones. 3ªEdición. Editora Masson, pp. 451-69.

12- Chaves, M. M. (1986). Odontologia Social. 3ª Edição. Livraria Editora Artes Médicas, pp. 34-64.

13- Couto, J. L.; Couto, R. S.; Duarte, C. A. (1997). Prevenção e Motivação na Clínica Odontológica. In: Lascala, N. (1997). *Prevenção na Clínica Odontológica: Promoção de Saúde Bucal*. São Paulo, Editora Artes Médicas, pp. 60-80.

14- Cury, J. A. (1989). Uso do Flúor. In: Baratieri, L. N. (1989). *Dentística: Procedimentos Preventivos e Restauradores*. Livraria Editora Santos, pp. 43-67.

15- Dahlgrem, G. E.; Whitehead, M. (1992). *Policies and Strategies to promote social equity in health. Copenhagen*, WHO/Regional Office for Europe.

16- DGS (2005). Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral. *Despacho Ministerial nº 153/2005 (2ª série) Publicado no Diário da República*, nº 3, de 5 de Janeiro de 2005. Disponível em: http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006694.pdf Acedido a 02 de Dezembro de 2008.

17- DGS (2008). Estudo Nacional de Prevalência de Doenças Orais, Lisboa: DGS, Julho de 2008. Disponível em: http://www.dgs.pt/default.aspx?cr=12995 Acedido a 24 de Abril de 2009.

18- DGS, DGCSP/DSO. (1991). *A educação para a saúde em saúde oral*. Lisboa.

19- Escolies, R. G. (1999). Educación sanitária. Princípios, métodos y aplicaciones en salud oral. In: Sala, E.; Navarro, C.; Majem, L. (1999). *Odontología preventiva y comunitaria: Princípios, métodos y aplicaciones*, 2ª Edición. Editora Masson, pp. 401-12.

20- Eiser, C. (1997). Children's quality of life measures. *Archives Disease Childhood*, London, 77 (4), pp. 350-4.

21- Eiser, C.; Morse, R. (2001). Can parents rate their child's health-related quality of life? Results of a systematic review. *Quality of Life Research*, Oxford, 10 (4), pp.347-57.

22- Evans, R. G.; Stoddart, G. L. (2003). Consuming Research, Producing Policy? *American Journal of Public Health*, 93 (3/March), pp. 371-9

23- Farhat, S. B. (2001). O Impacto da Doença Periodontal na Qualidade de Vida. Tese de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, pp. 1-120.

24- Fernandes, M. J.; Ruta, D. A.; Ogden, G. (2006). Assessing oral health-related quality of life in general dental practice in Scotland: Validation of the OHIP-14, *Community, Dentistry and Oral Epidemiology*, 34 (1/February), pp. 53-62.

25- Gebran, M. P. (2001). As mudanças na qualidade de vida em pacientes edêntulos após a implantação de próteses totais –uma contribuição da ergonomia. Tese de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, pp. 1-91.

26- Guimarães, M. L. R.; Hilgert, J. B.; Hugo, F. N.; Corso, A. C.; Nocchi, P.; Padilha, D. M. P. (2005). Impacto da perda dentária na qualidade de vida de idosos independentes. *Scientia Medica*, Porto alegre: PUCRS, 15 (1/Jan.-Mar.), pp.30-3.

27- Hill, M.M. e Hill, A. (2000), "Investigação por questionário", Edições Sílabo, 1ª edição, Lisboa.

28- Hilton, I. V.; Stephen, S.; Barker, J. C.; Wientraub, J. A. (2007). Cultural factors and children's oral health care: a qualitative study of carers of young children, *Community, Dentistry and Oral Epidemiology*, 35 (6/December), pp. 429-38.

29-Jenney, M. E. M.; Campbell, S. (1997). Measuring quality of life. *Archives Disease Childhood*, London, 77 (4), pp. 347-9.

30- Jokovic, A.; Locker, D.; Stephens, M.; Kenny, D.; Tompson, B.; Guyatt, G. (2002). Validity and Reliability of a Questionnaire for Measuring Child Oral-health-related. *Journal of Dental Research*, 81(7), pp.459-63.

31- John, M. T.; Koepsell, T. D.; Hujoel, P.; Miglioretti, D. L. (2004). Demographic factors, denture status and oral health-related quality of life, *Community, Dentistry and Oral Epidemiology*, 32 (2/April), pp. 125-32.

32- Klein, B.; Klein, R.; Knudtson, M. D. (2004). Life-style Correlates of Tooth Loss in an Adult Midwestern Population, *Journal of Public Health Dentistry*, 64 (3/Summer), pp. 145-49.

33- Lacerda, J. T. (2005). Impacto da Saúde Bucal na Qualidade de Vida. Tese de doutoramento, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, pp. 1-173.

34- Lascala, N. (1997). Prevenção na Clínica Odontológica: Promoção de Saúde Bucal. São Paulo, Editora Artes Médicas, pp. 82-93.

35- Lervolino, S. A. (2000). Escola Promotora da Saúde – Um Projecto de Qualidade de Vida. Tese de Mestrado, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, pp. 1-167.

36- Locker, D. (1997). Subjective oral health status indicators. In: Slade, G. D. *Measuring oral health and quality of life*. Chapel Hill, University of North Carolina, Department of Dental Ecology, pp. 105-12.

37- Locker, D.; Allen, F. (2007). What do measures of 'oral health-related quality of life' measure?, *Community, Dentistry and Oral Epidemiology*, 35 (6/December) pp. 401-11.

38- Lopes, P. N.; Ponciano, E.; Pereira, A.; Medeiros, J. A.; Kleinknecht, R. A. (2004). Psicometria da Ansiedade Dentária: Avaliação das Características Psicométricas de uma Versão Portuguesa do Dental Fear Survey, *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*, 45 (3), pp. 133-46.

39- Masalu, J. R.; Astrom, N. A. (2003). Applicability of na abbreviated version of the oral impacts on daily performances (OIDP) scale for use among Tanzanian students, *Community, Dentistry and Oral Epidemiology*, 31 (1/February), pp. 7-14.

40- Masalu, J. R.; Astrom, A. N. (2002). Social and behavioral correlates of oral quality of life studied among university students en Tanzania. *Acta Odontologica Scandinavica*. 60 (6/December), pp. 353-9.

41- Melo, P. (2006). A importância do papel que os médicos dentistas podem ter na saúde geral dos pacientes, *The Journal of the American Dental Association* – edição portuguesa, 6 (4/Julho/Agosto), p.1.

42- Minayo, M. C. S.; Hartz, Z. M. A.; Buss, P. M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário, *Ciência & Saúde Coletiva*, 5 (1), pp. 7-18.

43- Morais, E. (2003). O medo do paciente ao tratamento odontológico. *Revista da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do RGS Porto Alegre*, 44 (1/Julho), pp. 39-42.

44- Newton, J. T.; Bower, E. (2005). The social determinants of oral health: new approaches to conceptualizing and researching complex causal networks, *Community, Dentistry and Oral Epidemiology*, 33 (1/February), pp. 25-34.

45- Oliveira, D. G. (2007). Tradução, Adaptação Transcultural e Validação do *Child Perceptions Questionnaire 11-14*, instrumento de qualidade de vida direcionado a adolescentes de 11 a 14 anos com alterações bucais. Tese de Mestrado, Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, pp. 1-102.

46- OMS (1986). Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Ottawa: association Canadienne de Santé Publique.

47- Oppido, T. (1996). CID-OE Classificação Internacional de Doenças em Odontologia e Estomatologia. Livraria Editora Santos, p. 230.

48- Ortiz, M. Z. U. (2004). Estúdio comparativo de cuatro métodos para la enseñanza de la técnica de capillado dental en preescolares, comprendidos entre los 5 y 6 años de edad, de instituciones educativas de los municípios de Fraijanes, Retalhuleu y Guatemala, inscritos en el ciclo escolar 2004, Trabajo de Tesis, Faculdad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, pp. 1-146.

49- Paschoal, S. M. P. (2000). Qualidade de Vida do Idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião. Tese de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, pp. 1-255.

50- Pestana, M. H & Gageiro, J. N. (2003), *Análise de dados para as Ciências Sociais. A complementariedade do SPSS*, 3ª ed., Edições Sílabo, Lisboa.

51- Petersen, P. E. (2008). World Health Organization global policy for improvement of oral helth – World Health Assembly 2007, World Health Oraganization Geneva, Switzerland. *International Dental Journal*, 58 (2008) pp. 115-21.

52- Petry, P.; Pretto, S. (2003). Educação e Motivação em Saúde Bucal. In: Neto, A. J.; Bezerra, A. C.; Fuks, A. (ed). Promoção de Saúde Bucal. 3ª Edição. São Paulo, Editora Artes Médicas, pp.371-82.

53- Ravens-Sieber, U.; Gosch, A.; Abel, T.; Auquier, P.; Bellach, B. M.; Bruil, J. et al. (2001). Kdiscreen group. Quality of life in children and adolescents: a European public health perspective. *International Journal of Public Health*, Zürich, 46 (5), pp.295-302.

54- Riley, J. L.; Gilbert, G. H.; Hett, M. W. (2006). Dental attitudes: proximal basis for oral health disparities in adults, *Community, Dentistry and Oral Epidemiology*, 34 (4/August), pp. 289-97.

55- Rodrigues, C. R.; Moraes, M. F.; Lascala, C. M. M.(1997). Aspectos Preventivos em Odontopediatria. In: Lascala, N. (1997). *Prevenção na clínica odontológica: Promoção de saúde bucal*. São Paulo, Editora Artes Médicas, pp. 81-102.

56- Russo, E. M. (2003). Cárie Dental: Tipos, Histologia e Tratamento. In: Netto, N. G.; Russo, E. M.; Carvalho, C. R. (ed), *Introdução à dentística restauradora: diagnóstico, prevenção, proteção da polpa, hipersensibilidade dentinária, adesão*. Livraria Editora Santos, pp. 93-132.

57- Sala, E. C. (1999). Princípios de la prevención y promoción de la salud en odontologia. In: Sala, E.; Navarro, C.; Majem, L. (1999). *Odontología preventiva y comunitaria: Princípios, métodos y aplicaciones*, 2ª Edición. Editora Masson, pp.1-13.

58- Sanders, A. E.; Slade, G. D.; Turrell, G. (2006). The shape of the socioeconomic-oral health gradient: implications for theoretical explanations, *Community, Dentistry and Oral Epidemiology*, 34 (4/August), pp. 310-19.*

59- Sanders, A. E.; Spencer, A. J.; Slade, G. D. (2006). Evaluating the role of dental behaviour in oral health inequalities, *Community, Dentistry and Oral Epidemiology*, 34 (1/February), pp. 71-9.**

60- Sheiham, A.; Steele, J. G.; Marcenes, W.; Tsakos, G. (2001). Prevalence of impacts of dental and oral disorders and their effects on eating among older people; a national survey in Great Britain, *Community, Dentistry and Oral Epidemiology*, 29 (3/June), pp. 195-203.

61- Slade, G.D. (1997). The oral health impact profile. In: Slade, G. D. *Measuring oral health and quality of life*. Chapel Hill, University of North Carolina, Department of Dental Ecology, pp. 93-104.

62- SPSS (2003), *SPSS Release 12.0.1 for Windows, SPSS Inc., Chicago, III.*

63- Steele, J. O.; Sanders, A. E.; Slade, O. D.; Allen, P. F.; Lathin, S.; Nuttall, N.; Spencer, A. J. (2004). How do age and tooth loss affect oral health impacts and quality of life? A study comparing two national samples. *Community, Dentistry and Oral Epidemiology*, 32 (2/April), pp. 107-14.

64- The WHOQOL Group (1995). Special Issue on Health-Related Quality of Life: what is it and how should we measure it? *The World Health Organisation Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organisation, Social Science and Medicine*, 41 (10), pp. 1403-9.

65- Travassos, C.; Martins, M. (2004). Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20 (2), pp.190-8.

66 – Tsakos, G.; Marcenes, W.; Sheiham, A. (2001). Cross-cultural differences in oral impacts on daily performance between Greek and British older adults. *Community Dental Health*, 18, pp.209-13.

67- Vargas, A. M. D.; Paixão, H. H. (2005). Perda dentária e seu significado na qualidade de vida de adultos usuários de serviço público de saúde bucal do Centro de Saúde Boa Vista, em Belo Horizonte, *Ciência & Saúde Coletiva*, 10 (4), pp. 1015-24.

68- Wallander, J. L.; Schmit, M; Koot, H. M. (2001). Quality of life measurement in child and adolescents: issues, instruments and application. *Journal of Clinic Psychology*, New York, 57 (4), pp.571-85.

69- Watt, R.; Harnett, R. (2006). Evaluating oral health promotion: need for quality outcome measures, *Community, Dentistry and Oral Epidemiology*, 34 (1/February), pp. 11-7.

70- Weyne, S. (1989). Cariologia. In: Baratieri, L. N. (1989). *Dentística: Procedimentos Preventivos e Restauradores*. Livraria Editora Santos, pp. 1-42.

## VII. Anexos

**Anexo 1 –** Questionário original (em Inglês)

### CHILD ORAL HEALTH QUESTIONNAIRE

Hello,
Thanks for agreeing to help us with our study!
This study is being done so that there will more understanding about problems children may have because of their teeth, mouth, lips and jaws. By answering the questions, you will help us learn more about young people's experiences.

**PLEASE, REMEMBER:**
· Don't write your name on the questionnaire;
· This is not a test and there are no right or wrong answers;
· Answer as honestly as you can. Don't talk to anyone about the questions when you are answering them. Your answers are private; no one you know will see them;
· Read each question carefully and think about your experiences in the past 3 months when you answer;
· Before you answer, ask yourself: "Does this happen to me because of problems with my teeth, lips, mouth or jaws?";
· Put an (X) in the box for the answer that is best for you.

Today's date: _____/_____/_____.

**FIRST, A FEW QUESTIONS ABOUT YOU**

1- Are you a boy or a girl?
( ) Boy ( ) Girl

2- When were you born? _____/_____/_____

3- Would you say the health of your teeth, lips, jaws and mouth is:
( ) Excellent ( ) Very good ( ) Good ( ) Fair ( )Poor

4- How much does the condition of your teeth, lips, jaws or mouth affect your life overall?
( ) Not all ( ) Very little ( ) Some ( ) A lot ( ) Very much

**QUESTIONS ABOUT ORAL PROBLEMS**
In the past 3 months, how often have you had:

5- Pain in your teeth, lips, jaws or mouth?
( ) Never ( ) Once or twice ( ) Sometimes ( ) Often ( ) Everyday or almost every day

6- Bleeding gums?
( ) Never ( ) Once or twice ( ) Sometimes ( ) Often ( ) Everyday or almost every day

7- Sores in your mouth?
( ) Never ( ) Once or twice ( ) Sometimes ( ) Often ( ) Everyday or almost every day

8- Bad breath?
( ) Never ( ) Once or twice ( ) Sometimes ( ) Often ( ) Everyday or almost every day

9- Food stuck in or between your teeth?
( ) Never ( ) Once or twice ( ) Sometimes ( ) Often ( ) Everyday or almost every day

10- Food stuck in the top of your mouth?
( ) Never ( ) Once or twice ( ) Sometimes ( ) Often ( ) Everyday or almost every day

In the past 3 months, how often has this happened because of your teeth, lips, jaws or mouth?

11 Breathed through your mouth?
( ) Never ( ) Once or twice ( ) Sometimes ( ) Often ( ) Everyday or almost every day

12- Taken longer than others to eat a meal?
( ) Never ( ) Once or twice ( ) Sometimes ( ) Often ( ) Everyday
or almost every day

13- Had trouble sleeping?
( ) Never ( ) Once or twice ( ) Sometimes ( ) Often ( ) Everyday
or almost every day

In the past 3 months, because of your teeth, lips, mouth or jaws, how often has it been:

14- Difficult to bite or chew food like apples, corn on the cob or steak?
( ) Never ( ) Once or twice ( ) Sometimes ( ) Often ( ) Everyday
or almost every day

15- Difficult to open your mouth wide?
( ) Never ( ) Once or twice ( ) Sometimes ( ) Often ( ) Everyday
or almost every day

16- Difficult to say any words?
( ) Never ( ) Once or twice ( ) Sometimes ( ) Often ( ) Everyday
or almost every day

17- Difficult to eat foods you would like to eat?
( ) Never ( ) Once or twice ( ) Sometimes ( ) Often ( ) Everyday
or almost every day

18- Difficult to drink with a straw?
( ) Never ( ) Once or twice ( ) Sometimes ( ) Often ( ) Everyday
or almost every day

19- Difficult to drink or eat hot or cold foods?
( ) Never ( ) Once or twice ( ) Sometimes ( ) Often ( ) Everyday
or almost every day

20- Had difficulty playing a musical instrument such as a recorder, flute, clarinet, trumpet?
( ) Never ( ) Once or twice ( ) Sometimes ( ) Often ( ) Everyday
or almost every day

**QUESTIONS ABOUT FEELINGS**
Have you had the feeling because of your teeth, lips, jaws or mouth?
If you felt this way for another reason, answer “Never”.

21- Felt irritable or frustrated?
( ) Never ( ) Once or twice ( ) Sometimes ( ) Often ( ) Everyday
or almost every day

22- Felt unsure of yourself?
( ) Never ( ) Once or twice ( ) Sometimes ( ) Often ( ) Everyday
or almost every day

23- Felt shy or embarrassed?
( ) Never ( ) Once or twice ( ) Sometimes ( ) Often ( ) Everyday
or almost every day

In the past 3 months, because of your teeth, lips, mouth or jaws, how often have you:

24- Been concerned what other people think about your teeth, lips, mouth or jaws?
( ) Never ( ) Once or twice ( ) Sometimes ( ) Often ( ) Everyday
or almost every day

25- Worried that you are not as good-looking as others?
( ) Never ( ) Once or twice ( ) Sometimes ( ) Often ( ) Everyday
or almost every day

26- Been upset?
( ) Never ( ) Once or twice ( ) Sometimes ( ) Often ( ) Everyday
or almost every day

27- Felt nervous or afraid?
( ) Never ( ) Once or twice ( ) Sometimes ( ) Often ( ) Everyday
or almost every day

28- Worried that you are not as healthy as others?
( ) Never ( ) Once or twice ( ) Sometimes ( ) Often ( ) Everyday
or almost every day

29- Worried that you are different than other people?
( ) Never ( ) Once or twice ( ) Sometimes ( ) Often ( ) Everyday
or almost every day

**QUESTIONS ABOUT SCHOOL**
In the past 3 months, how often have you had these experiences because of your teeth, lips, jaws or mouth? If it was for another reason, answer “Never”.

30- Missed school because of pain, appointments, or surgery?
( ) Never ( ) Once or twice ( ) Sometimes ( ) Often ( ) Everyday
or almost every day

31- Had a hard time paying attention in school?
( ) Never ( ) Once or twice ( ) Sometimes ( ) Often ( ) Everyday
or almost every day

32- Had difficulty doing your homework?
( ) Never ( ) Once or twice ( ) Sometimes ( ) Often ( ) Everyday
or almost every day

33- Not wanted to speak or read out loud in class?
( ) Never ( ) Once or twice ( ) Sometimes ( ) Often ( ) Everyday
or almost every day

**QUESTIONS ABOUT YOUR SPARE-TIME ACTIVITIES & BEING WITH OTHER PEOPLE**

In the past 3 months, how often have you had these experiences because of your teeth, lips, jaws or mouth? If it was for another reason, answer “Never”.

34- Avoided taking part in activities like sports, clubs, drama, music, school trips?
( ) Never ( ) Once or twice ( ) Sometimes ( ) Often ( ) Everyday or almost every day

35- Not wanted to talk to other children?
( ) Never ( ) Once or twice ( ) Sometimes ( ) Often ( ) Everyday or almost every day

36- Avoided smiling or laughing when around other children?
( ) Never ( ) Once or twice ( ) Sometimes ( ) Often ( ) Everyday or almost every day

37- Not wanted to spend time with other children?
( ) Never ( ) Once or twice ( ) Sometimes ( ) Often ( ) Everyday or almost every day

38- Argued with other children or your family?
( ) Never ( ) Once or twice ( ) Sometimes ( ) Often ( ) Everyday or almost every day

In the past 3 months, because of your teeth, lips, mouth or jaws, how often have:

39- Other children teased you or called you names?
( ) Never ( ) Once or twice ( ) Sometimes ( ) Often ( ) Everyday or almost every day

40- Other children made you feel left out?
( ) Never ( ) Once or twice ( ) Sometimes ( ) Often ( ) Everyday or almost every day

41- Other children asked you questions about your teeth, lips, jaws or mouth?
( ) Never ( ) Once or twice ( ) Sometimes ( ) Often ( ) Everyday or almost every day

**THERE, IT´S FINISHED! THANK YOU FOR HELPING US!**

**Anexo 2 –** Versão Brasileira do CPQ 11-14

## QUESTIONARIO INFANTIL DE SAUDE ORAL

Oi. Obrigado (a) por nos ajudar em nosso estudo!
Este estudo esta sendo realizado para melhor compreender os problemas infantis causados por seus dentes, boca, labios e maxilares. Respondendo as questoes, voce nos ajudara a aprender mais sobre as experiencias de pessoas jovens.

**POR FAVOR, LEMBRE-SE:**
· Nao escreva seu nome no questionario;
· Isto nao e uma prova e nao existem respostas certas ou erradas;
· Responda da maneira mais sincera que voce puder. Nao fale com ninguem sobre as perguntas enquanto voce estiver respondendo-as. Suas respostas sao sigilosas, ninguem ira ve-las;
· Leia cada questao cuidadosamente e pense em suas experiencias nos ultimos 3 meses quando voce for responde-las.
· Antes de voce responder, pergunte a si mesmo: “Isto acontece comigo devido a problemas com meus dentes, labios, boca ou maxilares?”
· Coloque um (X) no espaco da resposta que corresponde melhor a sua experiencia.

Data: _____/_____/_____.

**INICIALMENTE, ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE VOCE**

1- Sexo:
( ) Masculino ( ) Feminino

2- Data de nascimento: _____/_____/_____

3- Voce diria que a saude de seus dentes, labios, maxilares e boca e:
( ) Excelente ( ) Muito boa ( ) Boa ( ) Regular ( ) Ruim

4- Ate que ponto a condicao dos seus dentes, labios, maxilares e boca afetam sua vida em geral?
( ) De jeito nenhum ( ) Bem pouco ( ) Moderadamente ( ) Muito ( ) Muitíssimo

**PERGUNTAS SOBRE PROBLEMAS ORAIS**
Nos ultimos 3 meses, com que frequencia voce teve?

5- Dor nos seus dentes, labios, maxilares ou boca?
( ) Nunca ( ) Uma ou duas vezes ( ) Algumas vezes
( ) Frequentemente ( ) Todos os dias ou quase todos os dias

6- Gengivas sangrantes?
( ) Nunca ( ) Uma ou duas vezes ( ) Algumas vezes
( ) Frequentemente ( ) Todos os dias ou quase todos os dias

7- Feridas na boca?
( ) Nunca ( ) Uma ou duas vezes ( ) Algumas vezes
( ) Frequentemente ( ) Todos os dias ou quase todos os dias

8- Mau halito?
( ) Nunca ( ) Uma ou duas vezes ( ) Algumas vezes
( ) Frequentemente ( ) Todos os dias ou quase todos os dias

9- Restos de alimentos presos dentre ou entre os seus dentes?
( ) Nunca ( ) Uma ou duas vezes ( ) Algumas vezes
( ) Frequentemente ( ) Todos os dias ou quase todos os dias

10- Restos de alimentos no ceu da sua boca?
( ) Nunca ( ) Uma ou duas vezes ( ) Algumas vezes
( ) Frequentemente ( ) Todos os dias ou quase todos os dias

Isso aconteceu por causa de seus dentes, labios, maxilares e boca?
Nos ultimos 3 meses, com que frequencia voce:

11- Respirou pela boca?
( ) Nunca ( ) Uma ou duas vezes ( ) Algumas vezes
( ) Frequentemente ( ) Todos os dias ou quase todos os dias

12- Demorou mais que os outros para terminar sua refeicao?
( ) Nunca ( ) Uma ou duas vezes ( ) Algumas vezes
( ) Frequentemente ( ) Todos os dias ou quase todos os dias

13- Teve problemas para dormir?
( ) Nunca ( ) Uma ou duas vezes ( ) Algumas vezes
( ) Frequentemente ( ) Todos os dias ou quase todos os dias

Nos ultimos 3 meses, por causa dos seus dentes, labios, boca e maxilares, com que frequencia voce teve:

14- Dificuldade para morder ou mastigar alimentos como macas, espiga de milho ou carne?
( ) Nunca ( ) Uma ou duas vezes ( ) Algumas vezes
( ) Frequentemente ( ) Todos os dias ou quase todos os dias

15- Dificuldade de abrir bastante sua boca?
( ) Nunca ( ) Uma ou duas vezes ( ) Algumas vezes
( ) Frequentemente ( ) Todos os dias ou quase todos os dias

16- Dificuldades para dizer algumas palavras?
( ) Nunca ( ) Uma ou duas vezes ( ) Algumas vezes
( ) Frequentemente ( ) Todos os dias ou quase todos os dias

17- Dificuldades para comer alimentos que voce gostaria de comer?
( ) Nunca ( ) Uma ou duas vezes ( ) Algumas vezes
( ) Frequentemente ( ) Todos os dias ou quase todos os dias

18- Dificuldade de beber com canudo?
( ) Nunca ( ) Uma ou duas vezes ( ) Algumas vezes
( ) Frequentemente ( ) Todos os dias ou quase todos os dias

19- Dificuldades para beber ou comer alimentos quentes ou frios?
( ) Nunca ( ) Uma ou duas vezes ( ) Algumas vezes
( ) Frequentemente ( ) Todos os dias ou quase todos os dias

20- Dificuldade de tocar um instrumento musical como flauta, clarinete, corneta ou trompete?
( ) Nunca ( ) Uma ou duas vezes ( ) Algumas vezes
( ) Frequentemente ( ) Todos os dias ou quase todos os dias

**PERGUNTAS SOBRE SENTIMENTOS E/OU SENSACOES**
Voce ja experimentou esse sentimento por causa de seus dentes, labios, maxilares ou boca?Se voce se sentiu desta maneira por outro motivo, responda “nunca”.

21- Ficou irritado (a) ou frustrado (a)?
( ) Nunca ( ) Uma ou duas vezes ( ) Algumas vezes
( ) Frequentemente ( ) Todos os dias ou quase todos os dias

22- Ficou inseguro consigo mesmo (achou que nao era capaz de realizar alguma coisa)?
( ) Nunca ( ) Uma ou duas vezes ( ) Algumas vezes
( ) Frequentemente ( ) Todos os dias ou quase todos os dias

23- Ficou timido, constrangido ou com vergonha?
( ) Nunca ( ) Uma ou duas vezes ( ) Algumas vezes
( ) Frequentemente ( ) Todos os dias ou quase todos os dias

Nos ultimos 3 meses, por causa dos seus dentes, labios, boca ou maxilares, com que frequencia voce:

24- Ficou preocupada com o que as outras pessoas pensam sobre seus dentes, labios, boca ou maxilares?
( ) Nunca ( ) Uma ou duas vezes ( ) Algumas vezes
( ) Frequentemente ( ) Todos os dias ou quase todos os dias

25- Ficou preocupada por nao ter uma aparencia tao boa como os outros?
( ) Nunca ( ) Uma ou duas vezes ( ) Algumas vezes
( ) Frequentemente ( ) Todos os dias ou quase todos os dias

26- Ficou chateado?
( ) Nunca ( ) Uma ou duas vezes ( ) Algumas vezes
( ) Frequentemente ( ) Todos os dias ou quase todos os dias

27- Ficou nervoso ou amedrontado?
( ) Nunca ( ) Uma ou duas vezes ( ) Algumas vezes
( ) Frequentemente ( ) Todos os dias ou quase todos os dias

28- Ficou preocupada por achar que voce nao e saudavel como as outras pessoas?
( ) Nunca ( ) Uma ou duas vezes ( ) Algumas vezes
( ) Frequentemente ( ) Todos os dias ou quase todos os dias

29- Ficou preocupada por achar que voce e diferente das outras pessoas?
( ) Nunca ( ) Uma ou duas vezes ( ) Algumas vezes
( ) Frequentemente ( ) Todos os dias ou quase todos os dias

**PERGUNTAS SOBRE A ESCOLA**

Nos ultimos 3 meses, com que frequencia voce teve estas experiencias por causa de seus dentes, labios, maxilares ou boca? Se for por outro motivo, responda “nunca”.

30- Faltou a escola devido a dor, consultas com o dentista, cirurgia?
( ) Nunca ( ) Uma ou duas vezes ( ) Algumas vezes
( ) Frequentemente ( ) Todos os dias ou quase todos os dias

31- Sentiu dificuldade para prestar atencao a aula na escola?
( ) Nunca ( ) Uma ou duas vezes ( ) Algumas vezes
( ) Frequentemente ( ) Todos os dias ou quase todos os dias

32- Sentiu dificuldade para fazer seu dever de casa?
( ) Nunca ( ) Uma ou duas vezes ( ) Algumas vezes
( ) Frequentemente ( ) Todos os dias ou quase todos os dias

33- Nao quis falar ou ler em voz alta em sala de aula?
( ) Nunca ( ) Uma ou duas vezes ( ) Algumas vezes
( ) Frequentemente ( ) Todos os dias ou quase todos os dias

**PERGUNTAS SOBRE SUAS ATIVIDADES EM SEU TEMPO LIVRE E NA COMPANHIA DE OUTRAS PESSOAS**

Nos ultimos 3 meses, com que frequencia voce teve estas experiencias por causa dos seus dentes, labios, maxilares ou boca? Se for por outro motivo, responda “nunca”.

34- Evitou participar de atividades como esporte, clubes, teatro, musica, passeios escolares?
( ) Nunca ( ) Uma ou duas vezes ( ) Algumas vezes
( ) Frequentemente ( ) Todos os dias ou quase todos os dias

35- Nao quis conversar com outras criancas?
( ) Nunca ( ) Uma ou duas vezes ( ) Algumas vezes
( ) Frequentemente ( ) Todos os dias ou quase todos os dias

36- Evitou sorrir ou dar risadas quando esta com outras criancas?
( ) Nunca ( ) Uma ou duas vezes ( ) Algumas vezes
( ) Frequentemente ( ) Todos os dias ou quase todos os dias

37- Nao quis brincar com outras criancas?
( ) Nunca ( ) Uma ou duas vezes ( ) Algumas vezes
( ) Frequentemente ( ) Todos os dias ou quase todos os dias

38- Discutiu com outras criancas ou pessoas de sua familia?
( ) Nunca ( ) Uma ou duas vezes ( ) Algumas vezes
( ) Frequentemente ( ) Todos os dias ou quase todos os dias

Nos ultimos 3 meses, por causa de seus dentes, labios, boca ou maxilares, com que frequencia:

39- Outras criancas lhe aborreceram ou lhe chamaram por apelidos?
( ) Nunca ( ) Uma ou duas vezes ( ) Algumas vezes
( ) Frequentemente ( ) Todos os dias ou quase todos os dias

40- Outras criancas deixaram voce excluido?
( ) Nunca ( ) Uma ou duas vezes ( ) Algumas vezes
( ) Frequentemente ( ) Todos os dias ou quase todos os dias

41- Outras criancas lhe fizeram perguntas sobre seus dentes, labios, maxilares e boca?
( ) Nunca ( ) Uma ou duas vezes ( ) Algumas vezes
( ) Frequentemente ( ) Todos os dias ou quase todos os dias

**PRONTO, TERMINOU! OBRIGADO POR NOS AJUDAR!**

**Anexo 3 –** Questionário adaptado para português de Portugal

## QUESTIONÁRIO JUVENIL DE SAÚDE ORAL

Olá! Obrigado por me ajudares no meu estudo!
Este estudo está a ser realizado para melhor compreender os problemas infantis causados pelos dentes, boca, lábios e maxilares. Respondendo às questões, tu vais-me ajudar a aprender mais sobre as experiências dos jovens neste assunto.

**POR FAVOR, LEMBRA-TE:**

- Não escrevas o teu nome no questionário;
- Isto não é uma prova e não existem respostas certas ou erradas;
- Responde da maneira mais sincera que puderes. Não fales com ninguém sobre as perguntas enquanto estiveres a responder. As tuas respostas são sigilosas, ninguém irá sabê-las;
- Lê cada questão cuidadosamente e pensa nas **tuas experiências nos últimos 3 meses** quando fores respondê-las;
- Antes de responderes, pergunta a ti mesmo: "**Isto acontece comigo devido a problemas com meus dentes, lábios, boca ou maxilares?**"
- Coloca um (X) no espaço da resposta que corresponde melhor à tua experiência.

Data: _____/_____/_____.

**INICIALMENTE, ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE TI**

1- Sexo:
( ) Masculino ( ) Feminino

2- Data de nascimento: _____/_____/_____

3- Tu dirias que a saúde dos teus dentes, lábios, maxilares e boca é:
( ) Excelente ( ) Muito boa ( ) Boa ( ) Regular ( ) Ruim

4- Até que ponto a condição dos teus dentes, lábios, maxilares e boca afectam a tua vida em geral?
( ) De jeito nenhum ( ) Muito pouco ( ) Moderadamente ( ) Muito ( ) Muitíssimo

**PERGUNTAS SOBRE PROBLEMAS ORAIS**
Nos últimos 3 meses, com que frequência tiveste:

5- Dor nos teus dentes, lábios, maxilares ou boca?
( ) Nunca ( ) Uma ou duas vezes ( ) Algumas vezes
( ) Frequentemente ( ) Todos os dias ou quase todos os dias

6- Gengivas sangrantes?
( ) Nunca ( ) Uma ou duas vezes ( ) Algumas vezes
( ) Frequentemente ( ) Todos os dias ou quase todos os dias

7- Feridas na boca?
( ) Nunca ( ) Uma ou duas vezes ( ) Algumas vezes
( ) Frequentemente ( ) Todos os dias ou quase todos os dias

8- Mau hálito?
( ) Nunca ( ) Uma ou duas vezes ( ) Algumas vezes
( ) Frequentemente ( ) Todos os dias ou quase todos os dias

9- Restos de alimentos presos dentro ou entre os teus dentes?
( ) Nunca ( ) Uma ou duas vezes ( ) Algumas vezes
( ) Frequentemente ( ) Todos os dias ou quase todos os dias

10- Restos de alimentos no céu da boca?
( ) Nunca ( ) Uma ou duas vezes ( ) Algumas vezes
( ) Frequentemente ( ) Todos os dias ou quase todos os dias

Nos últimos 3 meses, com que frequência isto aconteceu por causa dos teus dentes, lábios, maxilares e boca:

11- Respirares pela boca?
( ) Nunca ( ) Uma ou duas vezes ( ) Algumas vezes
( ) Frequentemente ( ) Todos os dias ou quase todos os dias

12- Demoraste mais que os outros para terminar a tua refeição?
( ) Nunca ( ) Uma ou duas vezes ( ) Algumas vezes
( ) Frequentemente ( ) Todos os dias ou quase todos os dias

13- Tiveste problemas para dormir?
( ) Nunca ( ) Uma ou duas vezes ( ) Algumas vezes
( ) Frequentemente ( ) Todos os dias ou quase todos os dias

Nos últimos 3 meses, por causa dos teus dentes, lábios, boca e maxilares, com que frequência tiveste:

14- Dificuldade para morder ou mastigar alimentos como maças, broa ou carne?
( ) Nunca ( ) Uma ou duas vezes ( ) Algumas vezes
( ) Frequentemente ( ) Todos os dias ou quase todos os dias

15- Dificuldade de abrir bastante boca?
( ) Nunca ( ) Uma ou duas vezes ( ) Algumas vezes
( ) Frequentemente ( ) Todos os dias ou quase todos os dias

16- Dificuldade para dizer algumas palavras?
( ) Nunca ( ) Uma ou duas vezes ( ) Algumas vezes
( ) Frequentemente ( ) Todos os dias ou quase todos os dias

17- Dificuldade para comer alimentos que gostas de comer?
( ) Nunca ( ) Uma ou duas vezes ( ) Algumas vezes
( ) Frequentemente ( ) Todos os dias ou quase todos os dias

18- Dificuldade de beber com palhinha?
( ) Nunca ( ) Uma ou duas vezes ( ) Algumas vezes
( ) Frequentemente ( ) Todos os dias ou quase todos os dias

19- Dificuldade para beber ou comer alimentos quentes ou frios?
( ) Nunca ( ) Uma ou duas vezes ( ) Algumas vezes
( ) Frequentemente ( ) Todos os dias ou quase todos os dias

20- Dificuldade de tocar um instrumento musical como flauta, clarinete, corneta ou trompete?
( ) Nunca ( ) Uma ou duas vezes ( ) Algumas vezes
( ) Frequentemente ( ) Todos os dias ou quase todos os dias

**PERGUNTAS SOBRE SENTIMENTOS E/OU SENSACÕES**
Já experimentaste este sentimento por causa dos teus dentes, lábios, maxilares ou boca? Se te sentiste desta maneira mas por outro motivo, responde "nunca".

21- Ficaste triste ou irritado(a)?
( ) Nunca ( ) Uma ou duas vezes ( ) Algumas vezes
( ) Frequentemente ( ) Todos os dias ou quase todos os dias

22- Ficaste inseguro(a) contigo mesmo (achaste que não eras capaz de realizar alguma coisa)?
( ) Nunca ( ) Uma ou duas vezes ( ) Algumas vezes
( ) Frequentemente ( ) Todos os dias ou quase todos os dias

23- Ficaste tímido(a), constrangido(a) ou com vergonha?
( ) Nunca ( ) Uma ou duas vezes ( ) Algumas vezes
( ) Frequentemente ( ) Todos os dias ou quase todos os dias

Nos últimos 3 meses, por causa dos seus dentes, lábios, boca ou maxilares, com que frequência:

24- Ficaste preocupado(a) com o que as outras pessoas pensam sobre os teus dentes, lábios, boca ou maxilares?
( ) Nunca ( ) Uma ou duas vezes ( ) Algumas vezes
( ) Frequentemente ( ) Todos os dias ou quase todos os dias

25- Ficaste preocupado(a) por não teres uma aparência tão boa como os outros?
( ) Nunca ( ) Uma ou duas vezes ( ) Algumas vezes
( ) Frequentemente ( ) Todos os dias ou quase todos os dias

26- Ficaste chateado(a)?
( ) Nunca ( ) Uma ou duas vezes ( ) Algumas vezes
( ) Frequentemente ( ) Todos os dias ou quase todos os dias

27- Ficaste nervoso(a) ou amedrontado(a)?
( ) Nunca ( ) Uma ou duas vezes ( ) Algumas vezes
( ) Frequentemente ( ) Todos os dias ou quase todos os dias

28- Ficaste preocupado(a) por achar que não és saudável como as outras pessoas?
( ) Nunca ( ) Uma ou duas vezes ( ) Algumas vezes
( ) Frequentemente ( ) Todos os dias ou quase todos os dias

29- Ficaste preocupado(a) por achar que és diferente das outras pessoas?
( ) Nunca ( ) Uma ou duas vezes ( ) Algumas vezes
( ) Frequentemente ( ) Todos os dias ou quase todos os dias

**PERGUNTAS SOBRE A ESCOLA**

Nos últimos 3 meses, com que frequência tiveste estas experiências por causa dos teus dentes, lábios, maxilares ou boca? Se for por outro motivo, responde "nunca".

30- Faltaste à escola devido a dor, consultas com o dentista, cirurgia dentária?
( ) Nunca ( ) Uma ou duas vezes ( ) Algumas vezes
( ) Frequentemente ( ) Todos os dias ou quase todos os dias

31- Sentiste dificuldade para prestar atenção nas aulas na escola?
( ) Nunca ( ) Uma ou duas vezes ( ) Algumas vezes
( ) Frequentemente ( ) Todos os dias ou quase todos os dias

32- Sentiste dificuldade para fazer os trabalhos de casa?
( ) Nunca ( ) Uma ou duas vezes ( ) Algumas vezes
( ) Frequentemente ( ) Todos os dias ou quase todos os dias

33- Não quiseste falar ou ler em voz alta na sala de aula?
( ) Nunca ( ) Uma ou duas vezes ( ) Algumas vezes
( ) Frequentemente ( ) Todos os dias ou quase todos os dias

**PERGUNTAS SOBRE AS TUAS ACTIVIDADES NO TEU TEMPO LIVRE E NA COMPANHIA DE OUTRAS PESSOAS**

Nos últimos 3 meses, com que frequência tiveste estas experiências por causa dos teus dentes, lábios, maxilares ou boca? Se for por outro motivo, responde "nunca".

34- Evitaste participar em actividades como desporto, clubes, teatro, música, passeios escolares?
( ) Nunca ( ) Uma ou duas vezes ( ) Algumas vezes
( ) Frequentemente ( ) Todos os dias ou quase todos os dias

35- Não quiseste conversar com outras crianças/colegas?
( ) Nunca ( ) Uma ou duas vezes ( ) Algumas vezes
( ) Frequentemente ( ) Todos os dias ou quase todos os dias

36- Evitaste sorrir ou dar risadas quando estás com outras pessoas?
( ) Nunca ( ) Uma ou duas vezes ( ) Algumas vezes
( ) Frequentemente ( ) Todos os dias ou quase todos os dias

37- Não quiseste brincar com outras pessoas?
( ) Nunca ( ) Uma ou duas vezes ( ) Algumas vezes
( ) Frequentemente ( ) Todos os dias ou quase todos os dias

38- Discutiste com outras crianças ou pessoas da tua família?
( ) Nunca ( ) Uma ou duas vezes ( ) Algumas vezes
( ) Frequentemente ( ) Todos os dias ou quase todos os dias

Nos últimos 3 meses, por causa dos teus dentes, lábios, boca ou maxilares, com que frequência:

39- Outras crianças aborreceram-te ou chamaram-te por alcunhas?
( ) Nunca ( ) Uma ou duas vezes ( ) Algumas vezes
( ) Frequentemente ( ) Todos os dias ou quase todos os dias

40- Outras crianças deixaram-te excluído?
( ) Nunca ( ) Uma ou duas vezes ( ) Algumas vezes
( ) Frequentemente ( ) Todos os dias ou quase todos os dias

41- Outras crianças fizeram-te perguntas sobre os teus dentes, lábios, maxilares e boca?
( ) Nunca ( ) Uma ou duas vezes ( ) Algumas vezes
( ) Frequentemente ( ) Todos os dias ou quase todos os dias

***PRONTO, TERMINOU! OBRIGADO POR ME AJUDARES!***

**Anexo 4** – Ficha clínica

## Ficha Clínica

Nome da criança: _____
Data de nascimento:____/____/____ Idade: _____ anos
Sexo: Masculino ( ) Feminino ( )
Data do exame: ____/___/____
Número de dentes permanentes presentes:_____

## ODONTOGRAMA

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | **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** | | |

(A)(0) hígido
(B)(1) lesão de cárie
(C)(2) dente restaurado com cárie
(D)(3) dente restaurado sem cárie
(E)(4) dente perdido por cárie
(5) ausente
(F)(6) selante de fissura
(G)(7) dente suporte de prótese, coroa protética ou faceta
(8) não erupcionado
(T)(T) traumatismo
(9) não registado

## Índice de Placa bacteriana de Ramfjord modificado por Shick e Ash

| Dentes | 1.6 | 2.1 | 2.4 | 3.6 | 4.1 | 4.4 | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| IPB | | | | | | | |

**Anexo 5 –** CPO-D

| **Codificação** | | | **Condição** |
|---|---|---|---|
| Dentes decíduos | Dentes permanentes | | |
| Coroa | Coroa | Raiz | |
| A | 0 | 0 | Hígido |
| B | 1 | 1 | Cariado |
| C | 2 | 2 | Restaurado com cárie |
| D | 3 | 3 | Restaurado sem cárie |
| E | 4 | - | Ausente por cárie |
| - | 5 | - | Ausente por outro motivo |
| F | 6 | - | Selante de fissura |
| G | 7 | 7 | Suporte de prótese, coroa, faceta ou implante |
| - | 8 | 8 | Não erupcionado |
| T | T | - | Traumatismo |
| - | 9 | 9 | Não registado |

*Dente hígido* **–** a coroa será considerada hígida no caso de não apresentar evidências de cáries clínicas tratadas ou não.

*Dente cariado* – a cárie é considerada presente quando uma lesão numa fossa ou fissura, ou numa superfície lisa, tem uma cavidade inconfundível, esmalte escavado ou um assoalho ou parede detectavelmente amolecido/a. Um dente com restauração provisória ou que está selado, mas também cariado, também é incluído nesta categoria.

*Dente restaurado com cárie* – uma coroa é considerada restaurada, com cárie, quando tiver uma ou mais restaurações permanentes e uma ou mais áreas que estão com cárie. Não é feita qualquer distinção entre cárie primária e secundária.

*Dente restaurado sem cárie* – uma coroa é considerada restaurada, sem cárie, quando uma ou mais restaurações permanentes estão presentes e não existe cárie em ponto algum da coroa.

*Dente ausente devido a cárie* – dentes permanentes ou decíduos que tenham sido extraídos devido a cárie.

*Dente ausente por outros motivos* – este código é utilizado para os dentes permanentes considerados congenitamente ausentes, ou aqueles extraídos por razões ortodônticas, ou devido a doenças periodontais, traumatismo, etc.

*Selante de fissuras* – este código é utilizado para os dentes nos quais foi colocado um selante de fissuras na superfície oclusal, ou para os dentes nos quais a fissura oclusal foi amplamente aumentada por uma broca esférica ou "em chama de vela", com aplicação de resina composta.

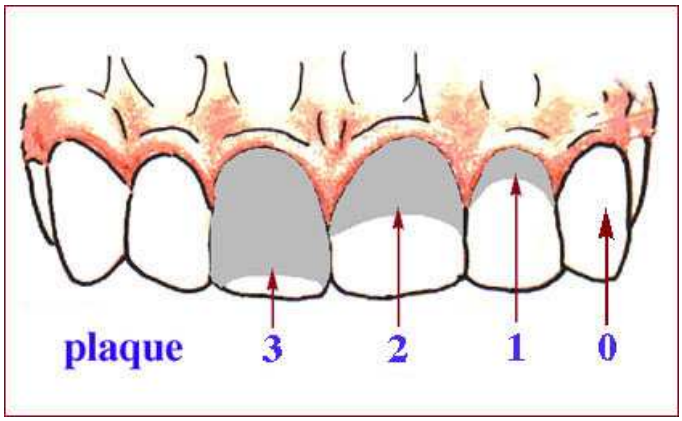
*Dente para suporte de prótese, coroa protética ou faceta* – este código utiliza-se para a condição coronária, a fim de indicar que um dente faz parte de uma prótese parcial fixa, isto é, é um dente suporte de prótese.

*Dente não erupcionado* – esta classificação está restrita aos dentes permanentes e é utilizada somente para um espaço dentário com um dente permanente não erupcionado, mas sem um dente decíduo. Não estão incluídos os dentes ausentes devido a cárie, devido a traumatismos ou por razões congénitas.

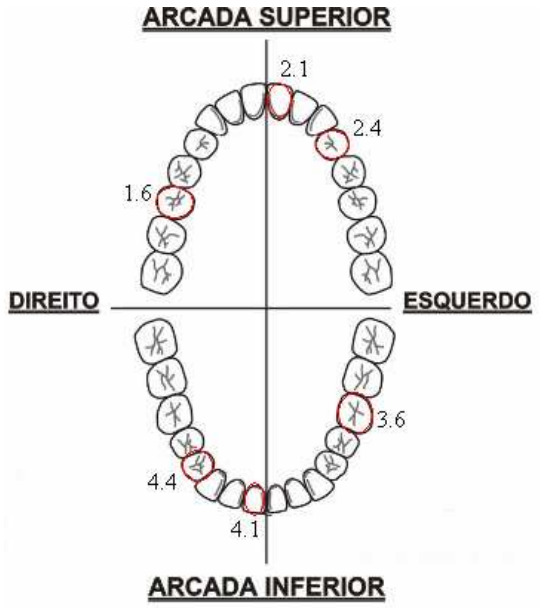
*Traumatismo* – um dente é considerado fracturado quando parte da sua superfície está ausente como resultado de um traumatismo, mas sem evidência de cárie.

*Dente não registado* – este código é utilizado para quaisquer dentes permanentes erupcionados que não possam ser examinados por qualquer razão (por exemplo, devido à presença de bandas ortodônticas, hipoplasias severas, etc).

**Anexo 6 –** Índice de placa bacteriana de Ramjford modificado por Shick e Ash – IPB




**Anexo 7** – Esquema dentário oclusal



**Anexo 8** – Distribuições de frequências relativas (% linha) para as 37 questões do $CPQ_{11-14}$

| *Itens CPQ11-14* | Nunca | Uma ou duas vezes | Algumas vezes | Frequentemente | Quase/Todos os dias |
|---|---|---|---|---|---|
| Dor nos teus dentes, lábios, maxilares ou boca? | 36,0% | 37,2% | 21,3% | 4,9% | 0,6% |
| Gengivas sangrantes? | 39,0% | 22,6% | 22,0% | 10,4% | 6,1% |
| Feridas na boca? | 48,8% | 28,7% | 16,5% | 5,5% | 0,6% |
| Mau hálito? | 42,7% | 26,2% | 22,6% | 6,1% | 2,4% |
| Restos de alimentos presos dentro ou entre os teus dentes? | 15,9% | 34,1% | 22,6% | 20,7% | 6,7% |
| Restos de alimentos no céu da boca? | 78,0% | 10,4% | 10,4% | 1,2% | 0,0% |
| Respirares pela boca? | 26,2% | 20,1% | 25,0% | 12,8% | 15,9% |
| Demoraste mais que os outros para terminar a tua refeição? | 44,5% | 28,7% | 16,5% | 8,5% | 1,8% |
| Tiveste problemas para dormir? | 70,7% | 18,3% | 7,3% | 2,4% | 1,2% |
| Dificuldade para morder ou mastigar alimentos como maças, broa ou carne? | 52,4% | 21,3% | 15,2% | 9,1% | 1,8% |
| Dificuldade de abrir bastante boca? | 80,5% | 13,4% | 5,5% | 0,6% | 0,0% |
| Dificuldade para dizer algumas palavras? | 70,7% | 18,3% | 5,5% | 3,0% | 2,4% |
| Dificuldade para comer alimentos que gostas de comer? | 69,5% | 20,1% | 8,5% | 1,8% | 0,0% |
| Dificuldade de beber com palhinha? | 89,6% | 6,7% | 2,4% | 0,6% | 0,6% |
| Dificuldade para beber ou comer alimentos quentes ou frios? | 50,0% | 21,3% | 18,9% | 7,9% | 1,8% |
| Dificuldade de tocar um instrumento musical como flauta, clarinete, corneta ou trompete? | 86,0% | 8,5% | 3,7% | 0,6% | 1,2% |
| Ficaste triste ou irritado(a)? | 62,8% | 22,0% | 12,2% | 1,8% | 1,2% |
| Ficaste inseguro(a) contigo mesmo (achaste que não eras capaz de realizar alguma coisa)? | 66,5% | 21,3% | 8,5% | 3,7% | 0,0% |
| Ficaste tímido(a), constrangido(a) ou com vergonha? | 63,4% | 20,7% | 12,2% | 2,4% | 1,2% |
| Ficaste preocupado(a) com o que as outras pessoas pensam sobre os teus dentes, lábios, boca ou maxilares? | 53,4% | 22,1% | 15,3% | 6,1% | 3,1% |
| Ficaste preocupado(a) por não teres uma aparência tão boa como os outros? | 62,2% | 13,4% | 11,6% | 8,5% | 4,3% |
| Ficaste chateado(a)? | 71,3% | 9,8% | 13,4% | 4,3% | 1,2% |
| Ficaste nervoso(a) ou amedrontado(a)? | 73,8% | 15,2% | 9,8% | 1,2% | 0,0% |
| Ficaste preocupado(a) por achar que não és saudável como as outras pessoas? | 65,2% | 16,5% | 10,4% | 6,1% | 1,8% |
| Ficaste preocupado(a) por achar que és diferente das outras pessoas? | 74,4% | 9,8% | 4,9% | 8,5% | 2,4% |
| Faltaste à escola devido a dor, consultas com o dentista, cirurgia dentária? | 74,4% | 15,2% | 9,8% | 0,0% | 0,6% |
| Sentiste dificuldade para prestar atenção nas aulas na escola? | 76,2% | 12,8% | 8,5% | 0,6% | 1,8% |
| Sentiste dificuldade para fazer os trabalhos de casa? | 80,5% | 11,0% | 5,5% | 1,8% | 1,2% |
| Não quiseste falar ou ler em voz alta na sala de aula? | 83,5% | 9,1% | 3,7% | 2,4% | 1,2% |
| participar em actividades como desporto, clubes, teatro, música, passeios escolares? | 89,0% | 4,9% | 1,8% | 2,4% | 1,8% |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Não quiseste conversar com outras crianças/colegas? | 84,1% | 9,8% | 3,7% | 1,8% | 0,6% |
| Evitaste sorrir ou dar risadas quando estás com outras pessoas? | 73,8% | 11,6% | 8,5% | 3,7% | 2,4% |
| Não quiseste brincar com outras pessoas? | 84,8% | 7,3% | 5,5% | 1,2% | 1,2% |
| Discutiste com outras crianças ou pessoas da tua família? | 78,0% | 12,8% | 7,9% | 0,0% | 1,2% |
| Outras crianças te aborreceram ou te chamaram por alcunhas? | 75,6% | 12,8% | 3,0% | 3,7% | 4,9% |
| Outras crianças te deixaram excluído? | 85,4% | 8,5% | 3,0% | 0,6% | 2,4% |
| Outras crianças te fizeram perguntas sobre os teus dentes, lábios, maxilares e boca? | 71,3% | 18,9% | 3,7% | 4,9% | 1,2% |

**Anexo 9** – Testes não paramétricos de Kolmogorov-Smirnov para verificação da normalidade das distribuições

**Tests of Normality**

| | | Kolmogorov-Smirnov[a] | | | Shapiro-Wilk | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Género | Statistic | df | Sig. | Statistic | df | Sig. |
| Tu dirias que a saúde dos teus dentes, lábios maxilares e boca é: | Masculino | ,228 | 79 | ,000 | ,896 | 79 | ,000 |
| | Feminino | ,288 | 85 | ,000 | ,859 | 85 | ,000 |
| Até que ponto a condiç dos teus dentes, lábios maxilares e boca afecta a tua vida, em geral? | Masculino | ,167 | 79 | ,000 | ,884 | 79 | ,000 |
| | Feminino | ,262 | 85 | ,000 | ,880 | 85 | ,000 |

a. Lilliefors Significance Correction

**Tests of Normality**

| | | Kolmogorov-Smirnov[a] | | | Shapiro-Wilk | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Idade | Statistic | df | Sig. | Statistic | df | Sig. |
| Tu dirias que a saúde dos teus dentes, lábios maxilares e boca é: | 11 - 12 anos | ,264 | 84 | ,000 | ,868 | 84 | ,000 |
| | 13 - 14 anos | ,251 | 80 | ,000 | ,884 | 80 | ,000 |
| Até que ponto a condiç dos teus dentes, lábios maxilares e boca afect a tua vida, em geral? | 11 - 12 anos | ,221 | 84 | ,000 | ,891 | 84 | ,000 |
| | 13 - 14 anos | ,218 | 80 | ,000 | ,868 | 80 | ,000 |

a. Lilliefors Significance Correction

**Tests of Normality**

| | Cárie | Kolmogorov-Smirnov[a] | | | Shapiro-Wilk | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Statistic | df | Sig. | Statistic | df | Sig. |
| Tu dirias que a saúde dos teus dentes, lábios maxilares e boca é: | Tem cárie | ,259 | 122 | ,000 | ,868 | 122 | ,000 |
| | Não tem cári | ,238 | 42 | ,000 | ,873 | 42 | ,000 |
| Até que ponto a condi dos teus dentes, lábios maxilares e boca afect a tua vida, em geral? | Tem cárie | ,205 | 122 | ,000 | ,894 | 122 | ,000 |
| | Não tem cári | ,249 | 42 | ,000 | ,871 | 42 | ,000 |

a. Lilliefors Significance Correction

**Tests of Normality**

| | Selante de fissura | Kolmogorov-Smirnov[a] | | | Shapiro-Wilk | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Statistic | df | Sig. | Statistic | df | Sig. |
| Tu dirias que a saúde dos teus dentes, lábi maxilares e boca é: | Tem selante de fis | ,248 | 55 | ,000 | ,884 | 55 | ,000 |
| | Não tem selante d fissura | ,265 | 109 | ,000 | ,874 | 109 | ,000 |
| Até que ponto a cond dos teus dentes, lábi maxilares e boca afe a tua vida, em geral? | Tem selante de fis | ,287 | 55 | ,000 | ,843 | 55 | ,000 |
| | Não tem selante d fissura | ,180 | 109 | ,000 | ,894 | 109 | ,000 |

a. Lilliefors Significance Correction

**Tests of Normality**

| | CPO | Kolmogorov-Smirnov[a] | | | Shapiro-Wilk | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Statistic | df | Sig. | Statistic | df | Sig. |
| Tu dirias que a saúde dos teus dentes, lábios maxilares e boca é: | Nenhum | ,240 | 32 | ,000 | ,863 | 32 | ,001 |
| | 1 a 5 | ,277 | 99 | ,000 | ,859 | 99 | ,000 |
| | Mais de 5 | ,230 | 33 | ,000 | ,896 | 33 | ,004 |
| Até que ponto a condiç dos teus dentes, lábios maxilares e boca afecta a tua vida, em geral? | Nenhum | ,276 | 32 | ,000 | ,864 | 32 | ,001 |
| | 1 a 5 | ,212 | 99 | ,000 | ,884 | 99 | ,000 |
| | Mais de 5 | ,217 | 33 | ,000 | ,882 | 33 | ,002 |

a. Lilliefors Significance Correction

**Tests of Normality**

| | IPB (graus | Kolmogorov-Smirnov[a] | | | Shapiro-Wilk | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Statistic | df | Sig. | Statistic | df | Sig. |
| Tu dirias que a saúde dos teus dentes, lábios maxilares e boca é: | Bom | ,277 | 80 | ,000 | ,875 | 80 | ,000 |
| | Médio | ,252 | 58 | ,000 | ,872 | 58 | ,000 |
| | Fraco | ,249 | 26 | ,000 | ,857 | 26 | ,002 |
| Até que ponto a condiç dos teus dentes, lábios maxilares e boca afect a tua vida, em geral? | Bom | ,239 | 80 | ,000 | ,885 | 80 | ,000 |
| | Médio | ,208 | 58 | ,000 | ,880 | 58 | ,000 |
| | Fraco | ,225 | 26 | ,002 | ,891 | 26 | ,010 |

a. Lilliefors Significance Correction

**Tests of Normality**

| | Kolmogorov-Smirnov[a] | | | Shapiro-Wilk | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Statistic | df | Sig. | Statistic | df | Sig. |
| CPQ | ,119 | 164 | ,000 | ,882 | 164 | ,000 |
| Limitações Funcionais | ,110 | 164 | ,000 | ,937 | 164 | ,000 |
| Sintomas Orais | ,134 | 164 | ,000 | ,959 | 164 | ,000 |
| Bem-estar Emocional | ,182 | 164 | ,000 | ,829 | 164 | ,000 |
| Bem-estar Social | ,224 | 164 | ,000 | ,744 | 164 | ,000 |

a. Lilliefors Significance Correction

**Tests of Normality**

| | Género | Kolmogorov-Smirnov[a] | | | Shapiro-Wilk | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Statistic | df | Sig. | Statistic | df | Sig. |
| CPQ | Masculino | ,132 | 79 | ,002 | ,895 | 79 | ,000 |
| | Feminino | ,113 | 85 | ,010 | ,865 | 85 | ,000 |
| Limitações Funcionai | Masculino | ,121 | 79 | ,006 | ,954 | 79 | ,006 |
| | Feminino | ,128 | 85 | ,002 | ,909 | 85 | ,000 |
| Sintomas Orais | Masculino | ,128 | 79 | ,003 | ,965 | 79 | ,030 |
| | Feminino | ,136 | 85 | ,001 | ,952 | 85 | ,003 |
| Bem-estar Emociona | Masculino | ,210 | 79 | ,000 | ,801 | 79 | ,000 |
| | Feminino | ,163 | 85 | ,000 | ,866 | 85 | ,000 |
| Bem-estar Social | Masculino | ,193 | 79 | ,000 | ,820 | 79 | ,000 |
| | Feminino | ,252 | 85 | ,000 | ,667 | 85 | ,000 |

a. Lilliefors Significance Correction

**Tests of Normality**

| | | Kolmogorov-Smirnov[a] | | | Shapiro-Wilk | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Idade | Statistic | df | Sig. | Statistic | df | Sig. |
| CPQ | 11 - 12 anos | ,120 | 84 | ,005 | ,923 | 84 | ,000 |
| | 13 - 14 anos | ,165 | 80 | ,000 | ,815 | 80 | ,000 |
| Limitações Funciona | 11 - 12 anos | ,103 | 84 | ,027 | ,968 | 84 | ,033 |
| | 13 - 14 anos | ,126 | 80 | ,003 | ,874 | 80 | ,000 |
| Sintomas Orais | 11 - 12 anos | ,114 | 84 | ,009 | ,969 | 84 | ,040 |
| | 13 - 14 anos | ,175 | 80 | ,000 | ,935 | 80 | ,001 |
| Bem-estar Emociona | 11 - 12 anos | ,166 | 84 | ,000 | ,875 | 84 | ,000 |
| | 13 - 14 anos | ,221 | 80 | ,000 | ,747 | 80 | ,000 |
| Bem-estar Social | 11 - 12 anos | ,188 | 84 | ,000 | ,819 | 84 | ,000 |
| | 13 - 14 anos | ,258 | 80 | ,000 | ,631 | 80 | ,000 |

a. Lilliefors Significance Correction

**Tests of Normality**

| | | Kolmogorov-Smirnov[a] | | | Shapiro-Wilk | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Cárie | Statistic | df | Sig. | Statistic | df | Sig. |
| CPQ | Tem cárie | ,115 | 122 | ,000 | ,909 | 122 | ,000 |
| | Não tem cári | ,174 | 42 | ,003 | ,807 | 42 | ,000 |
| Limitações Funciona | Tem cárie | ,106 | 122 | ,002 | ,951 | 122 | ,000 |
| | Não tem cári | ,168 | 42 | ,004 | ,879 | 42 | ,000 |
| Sintomas Orais | Tem cárie | ,123 | 122 | ,000 | ,966 | 122 | ,003 |
| | Não tem cári | ,163 | 42 | ,006 | ,916 | 42 | ,004 |
| Bem-estar Emociona | Tem cárie | ,182 | 122 | ,000 | ,828 | 122 | ,000 |
| | Não tem cári | ,189 | 42 | ,001 | ,821 | 42 | ,000 |
| Bem-estar Social | Tem cárie | ,212 | 122 | ,000 | ,769 | 122 | ,000 |
| | Não tem cári | ,251 | 42 | ,000 | ,695 | 42 | ,000 |

a. Lilliefors Significance Correction

**Tests of Normality**

| | | Kolmogorov-Smirnov[a] | | | Shapiro-Wilk | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Selante de fissura | Statistic | df | Sig. | Statistic | df | Sig. |
| CPQ | Tem selante de fiss | ,113 | 55 | ,075 | ,872 | 55 | ,000 |
| | Não tem selante de fissura | ,141 | 109 | ,000 | ,883 | 109 | ,000 |
| Limitações Funcior | Tem selante de fiss | ,137 | 55 | ,012 | ,895 | 55 | ,000 |
| | Não tem selante de fissura | ,115 | 109 | ,001 | ,943 | 109 | ,000 |
| Sintomas Orais | Tem selante de fiss | ,122 | 55 | ,041 | ,941 | 55 | ,009 |
| | Não tem selante de fissura | ,140 | 109 | ,000 | ,958 | 109 | ,002 |
| Bem-estar Emocio | Tem selante de fiss | ,177 | 55 | ,000 | ,835 | 55 | ,000 |
| | Não tem selante de fissura | ,204 | 109 | ,000 | ,821 | 109 | ,000 |
| Bem-estar Social | Tem selante de fiss | ,216 | 55 | ,000 | ,751 | 55 | ,000 |
| | Não tem selante de fissura | ,228 | 109 | ,000 | ,741 | 109 | ,000 |

a. Lilliefors Significance Correction

**Tests of Normality**

| | | Kolmogorov-Smirnov[a] | | | Shapiro-Wilk | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | CPO | Statistic | df | Sig. | Statistic | df | Sig. |
| CPQ | Nenhum | ,187 | 32 | ,006 | ,852 | 32 | ,000 |
| | 1 a 5 | ,144 | 99 | ,000 | ,882 | 99 | ,000 |
| | Mais de 5 | ,214 | 33 | ,001 | ,862 | 33 | ,001 |
| Limitações Funcionai | Nenhum | ,111 | 32 | ,200* | ,965 | 32 | ,369 |
| | 1 a 5 | ,134 | 99 | ,000 | ,923 | 99 | ,000 |
| | Mais de 5 | ,135 | 33 | ,132 | ,938 | 33 | ,058 |
| Sintomas Orais | Nenhum | ,184 | 32 | ,008 | ,909 | 32 | ,010 |
| | 1 a 5 | ,121 | 99 | ,001 | ,962 | 99 | ,006 |
| | Mais de 5 | ,162 | 33 | ,028 | ,940 | 33 | ,068 |
| Bem-estar Emociona | Nenhum | ,215 | 32 | ,001 | ,774 | 32 | ,000 |
| | 1 a 5 | ,188 | 99 | ,000 | ,827 | 99 | ,000 |
| | Mais de 5 | ,220 | 33 | ,000 | ,830 | 33 | ,000 |
| Bem-estar Social | Nenhum | ,258 | 32 | ,000 | ,744 | 32 | ,000 |
| | 1 a 5 | ,236 | 99 | ,000 | ,704 | 99 | ,000 |
| | Mais de 5 | ,164 | 33 | ,025 | ,855 | 33 | ,000 |

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

**Tests of Normality**

| | | Kolmogorov-Smirnov[a] | | | Shapiro-Wilk | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | IPB (graus) | Statistic | df | Sig. | Statistic | df | Sig. |
| CPQ | Bom | ,155 | 80 | ,000 | ,854 | 80 | ,000 |
| | Médio | ,126 | 58 | ,022 | ,904 | 58 | ,000 |
| | Fraco | ,185 | 26 | ,022 | ,904 | 26 | ,019 |
| Limitações Funciona | Bom | ,121 | 80 | ,006 | ,929 | 80 | ,000 |
| | Médio | ,113 | 58 | ,065 | ,920 | 58 | ,001 |
| | Fraco | ,110 | 26 | ,200* | ,963 | 26 | ,462 |
| Sintomas Orais | Bom | ,144 | 80 | ,000 | ,937 | 80 | ,001 |
| | Médio | ,147 | 58 | ,003 | ,952 | 58 | ,022 |
| | Fraco | ,148 | 26 | ,146 | ,964 | 26 | ,483 |
| Bem-estar Emociona | Bom | ,175 | 80 | ,000 | ,840 | 80 | ,000 |
| | Médio | ,164 | 58 | ,001 | ,875 | 58 | ,000 |
| | Fraco | ,373 | 26 | ,000 | ,659 | 26 | ,000 |
| Bem-estar Social | Bom | ,215 | 80 | ,000 | ,777 | 80 | ,000 |
| | Médio | ,240 | 58 | ,000 | ,743 | 58 | ,000 |
| | Fraco | ,269 | 26 | ,000 | ,727 | 26 | ,000 |

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

**Anexo 10** – Testes não paramétricos de Kruskal-wallis e de Mann-Whitney

**Test Statistics[a]**

| | Tu dirias que a saúde dos teus dentes, lábios, maxilares e boca é: | Até que ponto a condição dos teus dentes, lábios, maxilares e boca afectam a tua vida, em geral? |
|---|---|---|
| Mann-Whitney U | 3295,000 | 3232,000 |
| Wilcoxon W | 6950,000 | 6887,000 |
| Z | -,221 | -,430 |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | ,825 | ,668 |

a. Grouping Variable: Género

**Test Statistics[a]**

| | Tu dirias que a saúde dos teus dentes, lábios, maxilares e boca é: | Até que ponto a condição dos teus dentes, lábios, maxilares e boca afectam a tua vida, em geral? |
|---|---|---|
| Mann-Whitney U | 2659,000 | 2848,000 |
| Wilcoxon W | 5899,000 | 6088,000 |
| Z | -2,477 | -1,752 |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | ,013 | ,080 |

a. Grouping Variable: Idade

**Test Statistics[a]**

| | Tu dirias que a saúde dos teus dentes, lábios, maxilares e boca é: | Até que ponto a condição dos teus dentes, lábios, maxilares e boca afectam a tua vida, em geral? |
|---|---|---|
| Mann-Whitney U | 2659,000 | 2848,000 |
| Wilcoxon W | 5899,000 | 6088,000 |
| Z | -2,477 | -1,752 |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | ,013 | ,080 |

a. Grouping Variable: Idade

**Test Statistics[a]**

| | Tu dirias que a saúde dos teus dentes, lábios, maxilares e boca é: | Até que ponto a condição dos teus dentes, lábios, maxilares e boca afectam a tua vida, em geral? |
|---|---|---|
| Mann-Whitney U | 2623,000 | 2856,000 |
| Wilcoxon W | 4163,000 | 4396,000 |
| Z | -1,401 | -,513 |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | ,161 | ,608 |

a. Grouping Variable: Selante de fissura

**Test Statistics[a,b]**

| | Tu dirias que a saúde dos teus dentes, lábios, maxilares e boca é: | Até que ponto a condição dos teus dentes, lábios, maxilares e boca afectam a tua vida, em geral? |
|---|---|---|
| Chi-Square | 15,559 | ,788 |
| df | 2 | 2 |
| Asymp. Sig. | ,000 | ,674 |

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: CPO

**Test Statistics[a]**

| | CPQ | Sintomas Orais | Limitações Funcionais | Bem-estar Emocional | Bem-estar Social |
|---|---|---|---|---|---|
| Mann-Whitney U | 3050,000 | 2792,500 | 3143,000 | 3350,500 | 2950,500 |
| Wilcoxon W | 6705,000 | 6447,500 | 6798,000 | 6510,500 | 6605,500 |
| Z | -1,012 | -1,868 | -,708 | -,023 | -1,359 |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | ,311 | ,062 | ,479 | ,981 | ,174 |

a. Grouping Variable: Género

**Test Statistics[a]**

| | CPQ | Sintomas Orais | Limitações Funcionais | Bem-estar Emocional | Bem-estar Social |
|---|---|---|---|---|---|
| Mann-Whitney U | 2175,000 | 2490,000 | 2449,000 | 2601,500 | 2532,000 |
| Wilcoxon W | 5415,000 | 5730,000 | 5689,000 | 5841,500 | 5772,000 |
| Z | -3,900 | -2,876 | -3,005 | -2,514 | -2,764 |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | ,000 | ,004 | ,003 | ,012 | ,006 |

a. Grouping Variable: Idade

**Test Statistics[a]**

| | CPQ | Sintomas Orais | Limitações Funcionais | Bem-estar Emocional | Bem-estar Social |
|---|---|---|---|---|---|
| Mann-Whitney U | 2347,000 | 2256,000 | 2547,500 | 2542,500 | 2387,000 |
| Wilcoxon W | 3250,000 | 3159,000 | 3450,500 | 3445,500 | 3290,000 |
| Z | -,810 | -1,158 | -,055 | -,074 | -,669 |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | ,418 | ,247 | ,956 | ,941 | ,503 |

a. Grouping Variable: Cárie

**Test Statistics[a]**

| | CPQ | Sintomas Orais | Limitações Funcionais | Bem-estar Emocional | Bem-estar Social |
|---|---|---|---|---|---|
| Mann-Whitney U | 2959,500 | 2826,000 | 2935,500 | 2937,000 | 2962,000 |
| Wilcoxon W | 4499,500 | 4366,000 | 8930,500 | 8932,000 | 8957,000 |
| Z | -,132 | -,600 | -,217 | -,212 | -,125 |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | ,895 | ,548 | ,829 | ,832 | ,900 |

a. Grouping Variable: Selante de fissura

**Test Statistics[a,b]**

| | CPQ | Sintomas Orais | Limitações Funcionais | Bem-estar Emocional | Bem-estar Social |
|---|---|---|---|---|---|
| Chi-Square | 6,518 | 9,132 | ,491 | 4,769 | 8,717 |
| df | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Asymp. Sig. | ,038 | ,010 | ,782 | ,092 | ,013 |

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: CPO

**Test Statistics[a]**

| | CPQ | Sintomas Orais | Limitações Funcionais | Bem-estar Emocional | Bem-estar Social |
|---|---|---|---|---|---|
| Mann-Whitney U | 1374,000 | 1360,500 | 1466,500 | 1521,500 | 1308,000 |
| Wilcoxon W | 1902,000 | 1888,500 | 1994,500 | 2049,500 | 1836,000 |
| Z | -1,126 | -1,204 | -,631 | -,338 | -1,508 |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | ,260 | ,229 | ,528 | ,735 | ,132 |

a. Grouping Variable: CPO

**Test Statistics[a]**

| | CPQ | Sintomas Orais | Limitações Funcionais | Bem-estar Emocional | Bem-estar Social |
|---|---|---|---|---|---|
| Mann-Whitney U | 331,500 | 318,500 | 478,500 | 387,000 | 319,500 |
| Wilcoxon W | 859,500 | 846,500 | 1006,500 | 915,000 | 847,500 |
| Z | -2,580 | -2,764 | -,652 | -1,859 | -2,777 |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | ,010 | ,006 | ,515 | ,063 | ,005 |

a. Grouping Variable: CPO

**Test Statistics[a]**

| | CPQ | Limitações Funcionais | Sintomas Orais | Bem-estar Emocional | Bem-estar Social |
|---|---|---|---|---|---|
| Mann-Whitney U | 1276,000 | 1620,000 | 1165,000 | 1252,000 | 1224,000 |
| Wilcoxon W | 6226,000 | 6570,000 | 6115,000 | 6202,000 | 6174,000 |
| Z | -1,880 | -,071 | -2,474 | -2,018 | -2,175 |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | ,060 | ,943 | ,013 | ,044 | ,030 |

a. Grouping Variable: CPO

**Test Statistics[a,b]**

| | CPQ | Sintomas Orais | Limitações Funcionais | Bem-estar Emocional | Bem-estar Social |
|---|---|---|---|---|---|
| Chi-Square | 4,141 | 4,917 | ,580 | 3,447 | 1,989 |
| df | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Asymp. Sig. | ,126 | ,086 | ,748 | ,178 | ,370 |

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: IPB (graus)

## **Anexo 11 –** Testes não paramétricos de Wilcoxon

**Test Statistics[c]**

| | Z | Asymp. Sig. (2-tailed) |
|---|---|---|
| Limitações Funcionais - Sintomas Orais | -1,270[a] | ,204 |
| Bem-estar Emocional - Sintomas Orais | -2,281[b] | ,023 |
| Bem-estar Social - Sintomas Orais | -5,309[b] | ,000 |
| Bem-estar Emocional - Limitações Funcionais | -3,311[b] | ,001 |
| Bem-estar Social - Limitações Funcionais | -5,993[b] | ,000 |
| Bem-estar Social - Bem-estar Emocional | -3,135[b] | ,002 |

a. Based on negative ranks.

b. Based on positive ranks.

c. Wilcoxon Signed Ranks Test

**Anexo 12 –** Quadros com as distribuições de frequências para as dimensões do $CPQ_{11-14}$

**Limitações Funcionais**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | 0 | 10 | 6,1 | 6,1 | 6,1 |
| | 1 | 12 | 7,3 | 7,3 | 13,4 |
| | 2 | 13 | 7,9 | 7,9 | 21,3 |
| | 3 | 13 | 7,9 | 7,9 | 29,3 |
| | 4 | 17 | 10,4 | 10,4 | 39,6 |
| | 5 | 12 | 7,3 | 7,3 | 47,0 |
| | 6 | 15 | 9,1 | 9,1 | 56,1 |
| | 7 | 16 | 9,8 | 9,8 | 65,9 |
| | 8 | 12 | 7,3 | 7,3 | 73,2 |
| | 9 | 9 | 5,5 | 5,5 | 78,7 |
| | 10 | 3 | 1,8 | 1,8 | 80,5 |
| | 11 | 8 | 4,9 | 4,9 | 85,4 |
| | 12 | 3 | 1,8 | 1,8 | 87,2 |
| | 13 | 8 | 4,9 | 4,9 | 92,1 |
| | 14 | 4 | 2,4 | 2,4 | 94,5 |
| | 15 | 2 | 1,2 | 1,2 | 95,7 |
| | 16 | 3 | 1,8 | 1,8 | 97,6 |
| | 17 | 2 | 1,2 | 1,2 | 98,8 |
| | 20 | 1 | ,6 | ,6 | 99,4 |
| | 26 | 1 | ,6 | ,6 | 100,0 |
| | Total | 164 | 100,0 | 100,0 | |

**Sintomas Orais**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | 0 | 5 | 3,0 | 3,0 | 3,0 |
| | 1 | 5 | 3,0 | 3,0 | 6,1 |
| | 2 | 22 | 13,4 | 13,4 | 19,5 |
| | 3 | 18 | 11,0 | 11,0 | 30,5 |
| | 4 | 19 | 11,6 | 11,6 | 42,1 |
| | 5 | 9 | 5,5 | 5,5 | 47,6 |
| | 6 | 17 | 10,4 | 10,4 | 57,9 |
| | 7 | 13 | 7,9 | 7,9 | 65,9 |
| | 8 | 8 | 4,9 | 4,9 | 70,7 |
| | 9 | 21 | 12,8 | 12,8 | 83,5 |
| | 10 | 8 | 4,9 | 4,9 | 88,4 |
| | 11 | 5 | 3,0 | 3,0 | 91,5 |
| | 12 | 7 | 4,3 | 4,3 | 95,7 |
| | 13 | 2 | 1,2 | 1,2 | 97,0 |
| | 14 | 4 | 2,4 | 2,4 | 99,4 |
| | 16 | 1 | ,6 | ,6 | 100,0 |
| | Total | 164 | 100,0 | 100,0 | |

**Bem-estar Emocional**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | 0 | 36 | 22,0 | 22,0 | 22,0 |
| | 1 | 16 | 9,8 | 9,8 | 31,7 |
| | 2 | 20 | 12,2 | 12,2 | 43,9 |
| | 3 | 12 | 7,3 | 7,3 | 51,2 |
| | 4 | 11 | 6,7 | 6,7 | 57,9 |
| | 5 | 12 | 7,3 | 7,3 | 65,2 |
| | 6 | 9 | 5,5 | 5,5 | 70,7 |
| | 7 | 6 | 3,7 | 3,7 | 74,4 |
| | 8 | 6 | 3,7 | 3,7 | 78,0 |
| | 9 | 4 | 2,4 | 2,4 | 80,5 |
| | 10 | 3 | 1,8 | 1,8 | 82,3 |
| | 11 | 4 | 2,4 | 2,4 | 84,8 |
| | 12 | 1 | ,6 | ,6 | 85,4 |
| | 13 | 1 | ,6 | ,6 | 86,0 |
| | 14 | 4 | 2,4 | 2,4 | 88,4 |
| | 15 | 3 | 1,8 | 1,8 | 90,2 |
| | 16 | 3 | 1,8 | 1,8 | 92,1 |
| | 17 | 3 | 1,8 | 1,8 | 93,9 |
| | 18 | 2 | 1,2 | 1,2 | 95,1 |
| | 19 | 3 | 1,8 | 1,8 | 97,0 |
| | 20 | 1 | ,6 | ,6 | 97,6 |
| | 21 | 1 | ,6 | ,6 | 98,2 |
| | 22 | 1 | ,6 | ,6 | 98,8 |
| | 23 | 1 | ,6 | ,6 | 99,4 |
| | 25 | 1 | ,6 | ,6 | 100,0 |
| | Total | 164 | 100,0 | 100,0 | |

**Bem-estar Social**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | 0 | 47 | 28,7 | 28,7 | 28,7 |
| | 1 | 23 | 14,0 | 14,0 | 42,7 |
| | 2 | 18 | 11,0 | 11,0 | 53,7 |
| | 3 | 14 | 8,5 | 8,5 | 62,2 |
| | 4 | 11 | 6,7 | 6,7 | 68,9 |
| | 5 | 5 | 3,0 | 3,0 | 72,0 |
| | 6 | 8 | 4,9 | 4,9 | 76,8 |
| | 7 | 6 | 3,7 | 3,7 | 80,5 |
| | 8 | 3 | 1,8 | 1,8 | 82,3 |
| | 9 | 6 | 3,7 | 3,7 | 86,0 |
| | 10 | 4 | 2,4 | 2,4 | 88,4 |
| | 11 | 6 | 3,7 | 3,7 | 92,1 |
| | 12 | 1 | ,6 | ,6 | 92,7 |
| | 13 | 2 | 1,2 | 1,2 | 93,9 |
| | 14 | 2 | 1,2 | 1,2 | 95,1 |
| | 15 | 1 | ,6 | ,6 | 95,7 |
| | 16 | 2 | 1,2 | 1,2 | 97,0 |
| | 19 | 1 | ,6 | ,6 | 97,6 |
| | 26 | 2 | 1,2 | 1,2 | 98,8 |
| | 27 | 1 | ,6 | ,6 | 99,4 |
| | 28 | 1 | ,6 | ,6 | 100,0 |
| | Total | 164 | 100,0 | 100,0 | |

**Anexo 13 –** Testes não paramétricos do Qui-quadrado

**Crosstab**

| | | | Cárie | | Total |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Tem cárie | Não tem cárie | |
| Género | Masculino | Count | 58 | 21 | 79 |
| | | % within Cárie | 47,5% | 50,0% | 48,2% |
| | Feminino | Count | 64 | 21 | 85 |
| | | % within Cárie | 52,5% | 50,0% | 51,8% |
| Total | | Count | 122 | 42 | 164 |
| | | % within Cárie | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

**Chi-Square Tests**

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|---|---|---|---|---|---|
| Pearson Chi-Square | ,076[b] | 1 | ,783 | | |
| Continuity Correction[a] | ,009 | 1 | ,923 | | |
| Likelihood Ratio | ,076 | 1 | ,783 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | ,859 | ,461 |
| Linear-by-Linear Association | ,075 | 1 | ,784 | | |
| N of Valid Cases | 164 | | | | |

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 20,23.

**Crosstab**

| | | | Cárie | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Tem cárie | Não tem cárie | Total |
| Idade | 11 - 12 anos | Count | 65 | 19 | 84 |
| | | % within Cárie | 53,3% | 45,2% | 51,2% |
| | 13 - 14 anos | Count | 57 | 23 | 80 |
| | | % within Cárie | 46,7% | 54,8% | 48,8% |
| Total | | Count | 122 | 42 | 164 |
| | | % within Cárie | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

**Chi-Square Tests**

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|---|---|---|---|---|---|
| Pearson Chi-Square | ,808[b] | 1 | ,369 | | |
| Continuity Correction[a] | ,519 | 1 | ,471 | | |
| Likelihood Ratio | ,809 | 1 | ,368 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | ,378 | ,236 |
| Linear-by-Linear Association | ,804 | 1 | ,370 | | |
| N of Valid Cases | 164 | | | | |

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 20,49.

**Crosstab**

| | | | IPB (graus) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Bom | Médio | Fraco | Total |
| Género | Masculino | Count | 35 | 31 | 13 | 79 |
| | | % within IPB (graus) | 43,8% | 53,4% | 50,0% | 48,2% |
| | Feminino | Count | 45 | 27 | 13 | 85 |
| | | % within IPB (graus) | 56,3% | 46,6% | 50,0% | 51,8% |
| Total | | Count | 80 | 58 | 26 | 164 |
| | | % within IPB (graus) | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

**Chi-Square Tests**

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|---|---|---|---|
| Pearson Chi-Square | 1,308[a] | 2 | ,520 |
| Likelihood Ratio | 1,310 | 2 | ,519 |
| Linear-by-Linear Association | ,726 | 1 | ,394 |
| N of Valid Cases | 164 | | |

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12,52.

**Crosstab**

| | | | IPB (graus) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Bom | Médio | Fraco | Total |
| Idade | 11 - 12 anos | Count | 42 | 31 | 11 | 84 |
| | | % within IPB (graus) | 52,5% | 53,4% | 42,3% | 51,2% |
| | 13 - 14 anos | Count | 38 | 27 | 15 | 80 |
| | | % within IPB (graus) | 47,5% | 46,6% | 57,7% | 48,8% |
| Total | | Count | 80 | 58 | 26 | 164 |
| | | % within IPB (graus) | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

**Chi-Square Tests**

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|---|---|---|---|
| Pearson Chi-Square | ,994[a] | 2 | ,608 |
| Likelihood Ratio | ,996 | 2 | ,608 |
| Linear-by-Linear Association | ,503 | 1 | ,478 |
| N of Valid Cases | 164 | | |

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12,68.