

Ana Raquel Jesus Rua

**Qualidade de Vida relacionada com a Saúde Oral em Odontopediatria:
avaliação de crianças e adolescentes do agrupamento de escolas de Alijó.**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2014

Ana Raquel Jesus Rua

**Qualidade de Vida relacionada com a Saúde Oral em Odontopediatria:
avaliação de crianças e adolescentes do agrupamento de escolas de Alijó**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2014

Ana Raquel Jesus Rua

**A Saúde Oral e a Qualidade de Vida em crianças e adolescentes do
agrupamento de escolas de Alijó.**

(Ana Raquel Jesus Rua)

**Tese apresentada à Universidade Fernando Pessoa
como parte dos requisitos para obtenção do grau de**

**Mestre, sob a orientação
da Prof. Doutora Teresa Sequeira.**

Resumo

Introdução: A saúde oral é uma componente da saúde geral e é um elemento fundamental para a Qualidade de Vida. Este estudo tem como objectivo estudar a saúde oral e a sua relação com a Qualidade de Vida numa amostra de crianças e adolescentes.

Método: Fizeram parte deste estudo todos os alunos do agrupamento de escolas de Alijó com 6, 9, 12 e 15 anos de idade e que acederam a participar voluntariamente. A confidencialidade e o anonimato relativamente a todos os dados recolhidos foram garantidos. A avaliação da Qualidade de Vida e Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral foi realizada com aplicação de questionários dos índices EQ-5D-Y e OHIP-14. Todos os dados foram codificados e tratados com recurso ao programa informático SPSS, versão 20.0 para Windows. **Resultados:** As dimensões que descrevem frequências mais elevadas para a opção “Não tenho problemas” são “Fazer coisas normais” e “Cuidar de Mim”. As dimensões que possuem maior percentagem para a opção “problemas extremos” são “Ter dor” e “Sentir-se Preocupado”. O índice OHIP-14 denota valores desfavoráveis para auto percepção do impacto da saúde na qualidade de vida Os resultados obtidos nas faixas etárias (12-13 e 15-16 anos) não apresentaram diferenças significativas. **Conclusões:** De acordo com os resultados obtidos no agrupamento de escolas de Alijó, não foram encontradas diferenças significativas entres os grupos etários quanto à QdVRO e QdVRSO.. **Palavras-Chave:** Qualidade de Vida; Saúde Oral; Odontopediatria; Saúde e adolescência; Saúde e economia;

Abstract

Oral health is a component of overall health and is a key element of the Quality of Life. This study aims to study the oral health and its relationship to quality of life in a sample of children and adolescents. **Method:** This study included all students of Public Schools from Alijó of 6, 9, 12 and 15 years old and who agreed to participate voluntarily. The questionnaires used in this study were EQ-5D-Y and OHIP-14. All data were coded and processed using the SPSS software, version 20.0 for Windows. **Results:** The dimensions that describe higher frequencies for the "have no problems" are "Doing normal things" and "Take Care of Me." The dimensions that have higher percentage to the "extreme problems" are "Having pain" and "Feeling Worried". The OHIP-14 index denotes unfavorable to the self-perception of health impact on quality of life values. The values of both age groups (12-13 and 15-16 years) did not differ significantly. **Conclusions:** According to the results obtained in the grouping of schools Alijó, no significant differences between age groups regarding QdVRO and QdVRSO were found. **Keywords:** Quality of Life; Oral Health; Pediatric Dentistry; Health and adolescence; Health and economy.

Dedicatória

Aos meus pais e ao meu querido irmão, por todas as vezes que me apoiaram, pela maneira que me ajudaram a percorrer este percurso. Agradeço-vos do fundo do meu coração, por me mostrarem todos os dias que o fundamental e o mais importante da vida é estarmos junto dos que amamos e sermos felizes.

Ao meu namorado, por tudo. O teu carinho, paciência e dedicação foram cruciais.

Sem vocês não seria possível, por isso, divido esta conquista convosco ela é tão minha quanto vossa!!!

Agradecimentos

Em primeiro lugar, aos meus pais e ao meu irmão, obrigada por fazerem de mim a pessoa que sou hoje. Obrigado por todo o amor, todo o alento transmitido as vezes que foram necessárias.

À minha família, que sempre acreditou em mim, estando presente em todos os momentos da minha vida.

Ao fantástico grupo de orientação da Universidade Fernando Pessoa, nomeadamente, Prof. Doutora Augusta Silveira, Prof. Doutora Teresa Sequeira, Prof. Doutora Raquel Silva, Prof. Doutora Ana Teles, Mestre Frias Bulhosa, por terem acreditado no sucesso deste projecto, estando sempre disponíveis.

A todos os docentes e funcionários da Universidade Fernando Pessoa, pelo seu contributo ao longo desta etapa.

À directora do Agrupamento de Escolas de Alijó, Prof. Margarida Cascarejo. À Prof. Alice Aragão.

A todos os funcionários do Agrupamento de Escolas de Alijó e todos os Docentes, pela sua disponibilidade e colaboração.

A todos os alunos que, voluntariamente, participaram neste estudo, um enorme obrigada!!!

Aos encarregados de educação, pela sua permissão, foi indispensável.

A minha fantástica binómia, Maria Antunes, minha querida, vais ser sempre especial, obrigada por todos os momentos de partilha e todas as vivências ao longo deste percurso.

À minha querida amiga, Sara Correia, um enorme obrigada, sempre estiveste presente.

À minha companheira de casa e colega, Joana Duarte, viver contigo, foi sem dúvida uma aprendizagem.

Ao meu primo Tozé, à Sofia e à Cristina, pela disponibilidade e toda a dedicação.

A todos os amigos e colegas que fiz e que me acompanharam ao longo deste percurso, todos vocês são peças fundamentais na minha vida.

“O que quer que faças, faz com paixão”

Rui Sampaio

Glossário de Siglas

ACES – Agrupamentos de Centro de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde-

CS – Centro de Saúde

DGS – Direcção Geral de Saúde

OHIP – Oral Health Impact Profile

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNPSO – Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral

QdV – Qualidade de Vida

QdVRS – Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

QdVRSO – Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral

SNS – Sistema Nacional de Saúde

WHOQOL – World Health Organization Quality of Life

Índice

I - INTRODUÇÃO.....	1
1 - Conceito de Saúde.....	1
1.1 - Determinantes de Saúde.....	2
1.2 - Saúde <i>versus</i> Doença.....	2
1.3 - Promoção para a Saúde.....	3
1.4 – Educação para a Saúde.....	4
1.4.1 – Educação para a Saúde na Escola.....	4
2- Saúde e Qualidade de Vida.....	5
3 - Saúde Oral e Qualidade de Vida.....	6
3.1 - Fatores demográficos.....	8
3.2 - Fatores determinantes para o impacto oral no desempenho diário.....	9
3.3 - Impacto da condição oral na qualidade de vida das crianças e adolescentes	9
4 - Saúde Oral <i>versus</i> Saúde Geral.....	10
4.1. Papel dos Médicos Dentistas na Saúde Geral.....	11
5 - Promoção da Saúde Oral.....	12
5.1- Medidas Comunitárias de Prevenção.....	13
6 – Motivação do autor.....	14
7 – Objectivos.....	14

8 – Método.....	15
8.1.1 – Definição da Amostra.....	15
8.1.2 – Calibragem.....	16
8.2 – Pesquisa Bibliográfica.....	16
9 - Variáveis em estudo.....	17
10 - Plano operacional.....	17
10.1 - EuroQol five dimension scale Youth Version - EQ-5D-Y.....	17
10.2 – Perfil de Impacto de Saúde Oral (OHIP-14).....	19
II – RESULTADOS.....	21
1 - Caracterização da Amostra.....	21
1.1 - Caracterização sociodemográfica da Amostra.....	21
III – DISCUSSÃO	26
IV – CONCLUSÃO.....	30
V – BIBLIOGRAFIA.....	31
VI – ANEXOS.....	39

Índice de Anexos

Anexo I – Consentimento Informado.....	40
Anexo II – Questionário EuroQol five dimension scale Youth Version - EQ-5D-Y	43
Anexo III - Questionário de Impacto de Saúde - OHIP-14.....	44
Anexo IV – Ficha de Registo Clínico.....	45
Anexo V – Projecto.....	52

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Sistema Descritivo do EQ-5D-Y.....	18
Tabela 2 – Caracterização da amostra, por sectores e totais, do EQ-5D-Y.....	22
Tabela 3 – Caracterização da amostra, por dimensão e faixa etária, para o índice OHIP-14	24

Índice de Figuras

Figura 1 – Relação directa entre as percepções do individuo e o seu impacto na QdV.....	6
Figura 2 – Termómetro do EQ-VAS.....	19

I – INTRODUÇÃO

1 - Conceito de Saúde

A Organização Mundial de Saúde (OMS,1946), define “saúde” como o estado total de bem-estar físico, mental e social. Assim sendo, a definição de saúde, ultrapassa a ausência de doenças e afecções. O estilo de vida pode ser benéfico ou prejudicial à saúde (Ferreira, 1989).

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

A saúde pode ser interpretada, segundo Locker, como “uma experiência individual, subjectiva sobre o seu bem-estar funcional, social e psicológico”, referindo-se às experiências individuais e a consequências destas no dia-a-dia (Locker, 1997).

É relevante mencionar que a saúde e o desenvolvimento socioeconómico são dois conceitos interligados. Não há saúde sem desenvolvimento e nem desenvolvimento sem saúde (Saúde Pública, 2014).

1.1 – Determinantes de Saúde

Para facilitar a compreensão dos determinantes da saúde tem sido frequente agrupá-los nas seguintes categorias: Fixos ou biológicos (idade, género, factores genéticos); Sociais e económicos (pobreza, emprego, posição socioeconómica, exclusão social); Ambientais (habitat, qualidade do ar, qualidade da água, ambiente social); estilos de vida (alimentação, atividade física, tabagismo, álcool, comportamento sexual) e Acesso aos serviços (educação, saúde, serviços sociais, transportes, lazer).

O Departamento de Epidemiologia do Instituto Nacional de Saúde estuda e monitoriza um grande número de factores que condicionam positiva ou negativamente o estado de saúde, com a finalidade de enriquecer o conhecimento já existente sobre a frequência e a distribuição dos determinantes na população (Determinantes de Saúde, 2014].

Todos os determinantes mencionados influenciam, num ou noutro sentido, o estado de saúde individual, familiar ou comunitário. Se é certo que o sentido dessa influência é compreensível. É difícil ponderar o peso específico de cada um deles (Factores Determinantes da Saúde, 2014).

1.2 - Saúde *versus* Doença

A explicação do processo de 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 (Larcerda, 2005).

Um estado de doença não implica saúde e a ausência de saúde não implica doença. Estes dois conceitos dependem da experiência humana. Podem ser experimentados individualmente e não têm que ser coincidentes (Locker, 1997).

1.3 - Promoção para a Saúde

Segundo o Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO) da Direcção Geral de Saúde (DGS), a promoção para a saúde define-se como o processo de capacitação de indivíduos para que estes sejam capazes de executar um controle maior sobre a própria saúde visando melhorar o estado da mesma (Programa de Promoção da Saúde Oral nas Crianças e Adolescentes, 1999).

De acordo com a “Carta de Ottawa” (OMS, 1986), são propostos cinco mecanismos para a promoção da saúde: Desenvolvimento de estratégias individuais; Reorientação dos serviços de saúde; Promoção e políticas de saúde; Fortalecimento da acção comunitária e Criação de ambientes favoráveis à saúde.

Na promoção da saúde a prevenção é importante, contudo, o campo de acção é muito amplo, uma vez que é regida por dois conceitos: o carácter dinâmico e influência das suas determinantes (Sala, 1999).

Segundo o PNPSO a promoção da saúde alia-se à prestação de cuidados, numa parceria público-privado, com competências claramente definidas, tendo por base a intervenção comunitária. Ao sector público compete assegurar a promoção da saúde, a prevenção das doenças orais e a prestação de cuidados de saúde dentários, passíveis de serem realizados no Serviço Nacional de Saúde (SNS). Ao sector privado, através dos profissionais e agrupamentos de profissionais de estomatologia e medicina dentária, compete prestar, através de contratualização, os cuidados médico-dentários não satisfeitos pelo SNS (Programa de Promoção da Saúde Oral nas Crianças e Adolescentes, 1999).

1.4.1 - Educação para a Saúde

Actualmente é o nível socio cultural dos diferentes segmentos sociais que determina o acesso dos indivíduos para a saúde e para a educação. As privações a nível cultural e social podem ser a grande causa para a ausência de educação para a saúde nas diferentes classes sociais. Assim, não é possível condensar um conjunto de regras com o intuito de transmiti-las de forma linear a pais, alunos, professores, postos de saúde, quando o conceito é educação para a saúde. (Lervolino, 2000).

A União Internacional de Promoção e Educação em Saúde da OMS refere que de acordo com a combinação da acção social e as experiências de aprendizagem devem ter como finalidade dotar os indivíduos para adquirirem autodomínio no que concerne a determinantes da saúde. O seu comportamento na saúde e as condições sociais que possam interferir com o seu estado de saúde e dos que o rodeiam. (Lervolino, 2000).

1.4.1 - Educação para a Saúde na Escola

No ambiente escolar estão frequentemente reunidas as condições para que seja possível criar boas práticas na saúde oral. (Matos, *et al* 2006). É importante a aquisição de uma consciência crítica em crianças e adolescentes que promovam a manutenção e recuperação da própria saúde e da saúde comunitária. De acordo com cada faixa etária é necessário estabelecer a forma mais adequada para trabalhar a auto estima, promovendo a capacidade de aquisição de hábitos de higiene e adopção de estilos de vida saudáveis (Lervolino, 2000).

O “Manual de Boas Práticas de Saúde Oral” da DGS, refere que a educação para a saúde visa fundamentalmente, não só a aquisição de conhecimentos específicos e momentâneos, mas sobretudo o seu desenvolvimento, criação de hábitos e habilidades para a adopção de um estilo de vida mais saudável (Boas práticas de Saúde, 2014)].

2 - Saúde e Qualidade de Vida

Estudos onde é estabelecida a associação entre saúde e qualidade de vida têm aumentado significativamente nas últimas décadas (Silva *et al*, 2007).

O termo Qualidade de Vida (QdV), raramente usado até ao século XX como conceito de interesse, remota ao pós I Guerra Mundial, surgindo associado primeiramente à economia dos países desenvolvidos (Bech, 1993; Pimentel, 2003; Silva *et al*, 2007). Bech (Bech, 1993) vai além desta perspectiva, considerando a QdV num conceito político, dado ter sido introduzido na vida do dia-a-dia com a declaração do presidente americano Lyndon B. Johnson, em 1964, de que, não é possível medir o custo para atingir objectivos. O que deve ser avaliada é a QdV. Esta afirmação é o reconhecimento da primeira mudança social em relação ao valor do indivíduo e o reconhecimento de que o bem estar inclui forçosamente elementos positivos que transcendem a prosperidade económica (Diener, *et al*, 1999; Silva, *et al*, 2007).

QdV é uma noção eminente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa e social, ambiental e a 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; Silva, *et al*, 2007).

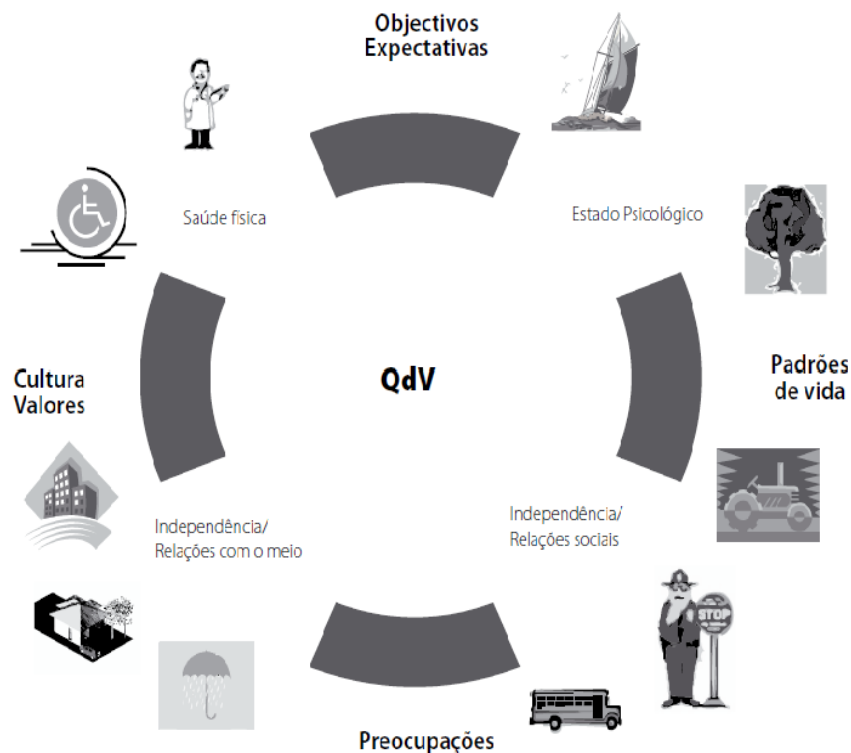


Figura 1 – Relação directa entre as percepções do indivíduo e o seu impacto na QdV. (Silva, *et al*, 2007).

Como consequência das desigualdades sociais, o conceito de QdV está interligado com os indicadores de desenvolvimento social. Este conceito é de carácter multidimensional e pretere os sectores. saúde, educação, morada, transporte, lazer e trabalho, que se denominam medidas da qualidade de vida objectivas (Larcerda, 2005).

O conceito da OMS (1998) refere que a QdV é a percepção que o indivíduo tem acerca da sua posição da vida de acordo com a cultura e os sistemas de valores onde está inserido e de acordo com os seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações (The WHOQOL Group, 1995).

3 - Saúde Oral e Qualidade de Vida

A saúde oral definida como ausência de dor facial e da boca, ausência de cancro oral e da garganta, de feridas orais, de defeitos congénitos orais como o lábio e/ou fenda palatina, de doença periodontal, de perda de dentes, outras doenças e perturbações orais

que afetam a cavidade oral, constitui um componente fulcral na qualidade de vida do indivíduo, afetando o seu bem-estar mental, físico e psicológico, e complementa o desenvolvimento social, ao interferir com a pronúncia das palavras, a vida social e a função alimentar (OMS cit. por Pinto, 2009).

Actualmente, apenas uma pequena percentagem tem consciência que as patologias orais podem ter impacto negativo na QdV (Fernandes, 2006).

Em 2005 entrou em vigor em Portugal o PSOP, onde pela primeira vez os médicos dentistas participaram. Este programa, embora tenha sofrido algumas alterações, actualmente ainda se encontra em vigor/decorre (Petersen, 2008)

A saúde oral em Portugal constitui um problema grave com repercussão directa na saúde geral dos indivíduos. Contudo, existem médicos dentistas suficientes para dar resposta às necessidades desta população. Estes profissionais encontram-se dotados de formação adequada e disponíveis para interagirem e/ou integrarem com as equipas hospitalares, dos Agrupamentos de Centros de Saúde (CS), ou nos seus próprios consultórios e clínicas privadas em regime de contratualização (A saúde oral em Portugal, 2011).

De acordo com o relatório de 2008 da OCDE, Portugal foi considerado o país com menor desenvolvimento favorável quanto à saúde oral da população. (Entidade Reguladora da Saúde, (2014). Segundo o Plano Nacional de Saúde (PNS), embora não existam estudos sobre a prevalência e a incidência das patologias orais na população, os serviços de saúde pública não estão dotados de recursos suficientes que permitam dar uma resposta às carências apresentadas pela população. Acções de prevenção e promoção da saúde oral realizadas nas escolas tendo como público-alvo as crianças têm como finalidade o crescimento na melhoria da saúde oral. Estas acções, devem ser estruturadas de forma a terem continuidade bem como as estratégias de saúde oral adoptadas se tornem cada vez mais eficazes às diferentes classes sociais e faixas etárias. É imperativo que a saúde oral seja vista como parte integrante da saúde geral. As patologias orais e programas de saúde oral deviam ter o mesmo ênfase por parte dos profissionais, media e dotação orçamental que as restantes doenças e enfermidades da saúde geral que afectam a população (A saúde oral em Portugal, 2010).

3.1 - Factores Demográficos

É cada vez mais evidente a influência que condição socioeconómica tem no quotidiano da população e a saúde oral não é excepção (Newton,2005). A Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral (QdVRSO) associada à perda dentária precoce tem um grande impacto na saúde pública. Deste modo, quanto maior for a perda dentária menor vai ser a QdVRSO (Jonh, 2004).

Contudo, não é possível afirmar que um estado de doença é sinónimo de uma QdVRSO menor e vice-versa (Jonh, 2004).

Newton, refere que as investigações epidemiológicas relativas a determinantes da saúde oral são restritas, uma vez que, não existem estruturas teóricas nesta área. Esta problemática reflete a complexidade dos processos de vida social e a sua relação com a saúde e doenças orais. Assim, os determinantes sociais são tratados como factores de risco isolados, atribuídos aos indivíduos, refletindo o seu impacto na saúde oral (Newton,2005).

3.2 - Factores determinantes para o Impacto da Saúde Oral no Desempenho Diário

Verifica-se que quanto mais nefasta é a condição da saúde oral, maior é a sua consciência e o seu impacto (Sheiman, 2001).

Segundo o conceito da OMS, a consciência de cada indivíduo é crucial para que seja possível formar uma definição de QdV relacionada com a saúde (QdVRS). (The WHOQOL Group, 1995).

Constata-se que a saúde oral está directamente relacionada com o acesso a medidas de controlo, prevenção e tratamento de patologias. Quanto menor e mais baixa for a condição socioeconómica, mais escassos vão ser os acessos, ou seja, mais baixa vai ser a condição de saúde (Russo, 2003).

Considera-se que o impacto social negativo e económico das patologias da cavidade oral, juntamente com a baixa de capacidade económica que existe na grande maioria da sociedade actual, demonstra que uma forma de diminuir o nível de doença ocorrente passa pela prevenção adequada, contínua e eficaz (Russo, 2003).

3.3 - Impacto da Condição Oral na Qualidade de Vida das Crianças e Adolescentes

Os estudos realizados sobre a QdVRS das crianças são escassos e recentes. Torna-se por isso difícil fazer considerações acerca desta questão. Por outro lado, a consciência que uma criança tem sobre o conceito de QdVRS não é o mesmo que tem um adulto. A QdVRS para uma criança pode não estar relacionada com as funções básicas (Eiser, 1997).

Da mesma forma que a faixa etária muda, as vivências de uma criança bem como a sua perspectiva também são alteradas (Jenney, 1997). É por isso necessário construir

instrumentos que avaliem de uma forma eficaz e adequada a QdVRS e a QdVRSO para a população infantil. Estes instrumentos devem estar em concordância com os padrões científicos, no que concerne à confiabilidade e validade, reflexão sobre múltiplos domínios, avaliando desde o comportamento até às atividades. A capacidade de adaptação a mudanças normativas de desenvolvimento e capacidade das crianças entenderem as causas, tratamentos e doenças vividas deve ser uma característica presente. Estes instrumentos devem ser adaptados para serem respondidos preferencialmente por crianças, embora possa ocorrer uma complementação de informação por parte dos pais ou responsáveis. Por fim, a sua aplicação deve ser realizada de forma breve (Eiser, 1997).

4 - Saúde Oral *versus* Saúde Geral

Actualmente tem-se verificado um aumento do reconhecimento do impacto das patologias da cavidade oral na saúde geral, nomeadamente no bem-estar físico, social e psicológico dos indivíduos (Silva, *et al*, 2007).

Este aumento verifica-se na mudança que ocorreu na abordagem dos profissionais de saúde para com os seus pacientes, bem como a predisposição e motivação dos mesmos na promoção do aumento na QdVRS como primeiro motivo do tratamento dentário (Fernandes, 2006).

Estudos que relacionam QdVRS com QdVRSO referem que devem ser abordadas 4 dimensões (Locker, 1997): dor e desconforto; aspectos funcionais (capacidade de mastigar e engolir os alimentos sem dificuldade, pronunciar palavras correctamente sem dificuldade); aspectos psicológicos (aparência e auto estima) e aspectos sociais (interação social e comunicação com as pessoas)

O Programa global de saúde oral da OMS tem monitorizado as suas actividades no sentido de situar a saúde oral como uma componente da saúde geral (Fernandes, 2006).

Os termos QdVRS e QdVRSO são frequentemente utilizados para relatar problemas da saúde oral e a terapêutica. Dosw mesmos (Silva, *et al*, 2007).

A Saúde Oral e a Qualidade de Vida em crianças e adolescentes do Agrupamento de escolas de Alijó.

A QdVRS é um conceito recente. Desta forma, medidas que primeiramente eram designadas como indicadores subjectivos de saúde oral, são actualmente designados como medidas de QdVRSO (Locker, 2007).

4.1 – Papel dos Médicos Dentistas na Saúde Geral

A OMD tem uma participação activa juntamente com o Ministério da Saúde, na apreciação jurídica, política de legislação diversa apresentada à OMD. Esta comunicação realça a saúde de uma forma geral, mas sobretudo à saúde oral (O Médico Dentista e Saúde, 2014).

É cada vez mais importante alertar e consciencializar os pacientes para as problemáticas criadas pela existência de doenças orais prevalentes, por exemplo, os efeitos nefastos que a cárie dentária e as periodontopatias podem ter na saúde geral de um individuo. Esta consciencialização pode partir tanto do médico dentista como do médico de família (Programa de Promoção da Saúde Oral nas Crianças e Adolescentes, 1999).

Na maioria dos casos, os profissionais no SNS estabelecem maior contacto com os pacientes. Estes profissionais, bem como o médico dentista, devem transmitir aos pacientes que os recursos necessários para a prevenção de uma patologia são menores que os custos de um tratamento. Estes custos, que além de monetários, podem passar pelo absentismo, subprodução, desregulação de outras patologias a não realização ou adiamento de cirurgias, má recuperação pós operatória, problemas sociais, etc (A saúde oral e os médicos dentistas, 2014)

O médico dentista também tem um papel importante no aconselhamento dietético e na desabitação de hábitos tabágicos (Melo, 2006).

É imperativo que os profissionais responsáveis pela saúde oral participem de uma forma activa na saúde geral dos seus pacientes, interagindo e estabelecendo contacto com o médico de família. Deste modo, torna-se possível desenvolver estratégias cada vez mais adaptadas a cada individuo melhorando os resultados (Melo, 2006).

5 - Promoção da Saúde

A promoção de saúde consiste no processo de consciencializar os indivíduos a melhorar o controlo sobre a sua saúde (Carta de Ottawa, 1986).

De acordo com, Administração Regional de Saúde do Norte, ARS NORTE I.P a *Carta de Bangkok para a promoção da saúde num mundo globalizado* (2005) parte dos valores, princípios e estratégias de intervenção estabelecidas na Carta de Ottawa, complementando-a. Com a promoção da saúde, surge a noção da “saúde como um recurso” e de esta ser um “empreendimento colectivo” (Promoção para a Saúde, 2005).

É necessário o estabelecimento de parcerias funcionais, de alianças e redes fortes para a promoção da saúde. O sector público e privado e outros grupos da sociedade civil, devem interagir, de modo a criar “*massa crítica*” para a promoção da saúde em diferentes configurações (escolas, locais de trabalho, locais de recreação e lazer, estabelecimentos de saúde, prisões, etc.) (Almeida, *et al*, 2003).

5.1 - Medidas Comunitárias de Prevenção

As medidas de prevenção podem ocorrer a diferentes níveis. Idealmente, devem ser adoptadas durante um estado de saúde, impedindo ocorrência de doença. Perante um episódio de doença, estas medidas têm como finalidade a irradicação da doença ou a não evolução da mesma (Sala, 1999).

Para qualquer doença existem vários níveis de prevenção. Em geral as actividades preventivas destacam-se em 3 níveis: prevenção primária (o objectivo é diminuir a probabilidade de ocorrência de doença); prevenção secundária (quando há ausência de prevenção primária ou esta fracassou. É realizado um tratamento precocemente para evitar progressão da doença e possíveis sequelas) e prevenção terciária (a doença está perfeitamente estabelecida; as medidas preventivas primárias e secundárias ou não ocorreram ou fracassaram. O objectivo é minimizar lesões existentes ou evitar que estas progridam) (Sala, 1999).

Atitudes como a higiene oral eficaz e frequente, consumo de açúcar racional, utilização de suplementos de flúor, aplicação de selantes de fissuras e acções de sensibilização e promoção da saúde oral, alertam a população quanto às problemáticas que patologias orais acarretam, constituindo medidas de prevenção eficazes. (Escolies, 1999; Rodrigues, 1997).

A motivação por parte do paciente é o ponto crucial no sucesso de qualquer medida ou tratamento. O profissional de saúde deve obter a cooperação do paciente para que este adopte estilos e hábitos saudáveis, contribuindo para a mudança do seu comportamento, atingindo desta forma o objectivo inicial, facultando as condições necessárias para o sucesso do tratamento (Hilton, 2007)

Contudo, nem sempre a comunicação entre o paciente e o profissional de saúde, neste caso o médico dentista é uma tarefa simples. Esta falta de comunicação vai dificultar a prestação de serviços por parte do médico dentista. Deste modo, deve atestar que o paciente entendeu todas as instruções, todos os passos do tratamento (caso ocorra) e

como deverá actuar a partir daí. É fundamental que o paciente saia do consultório motivado, competindo aos profissionais de saúde a habilidade de perceber que, cada indivíduo é singular e possui valores diferentes. O tratamento e a comunicação realizada devam ser a mais adaptada possível ao estilo de vida de cada indivíduo (Fisher, 2012).

6 – Motivação do autor

A escolha desta amostra prende-se com o facto de a autora ser natural de Alijó, pela curiosidade em conhecer e compreender melhor a realidade da condição oral de uma população infantil no interior do país.

7 - Objectivos

Estudar a QdVRS e QdVRSO numa amostra de crianças e adolescentes com 6, 9, 12 e 15 anos de idade. Assim pretende-se:

- Avaliar a QdVRS através do índice EuroQol five dimension scale Youth Version - EQ-5D-Y - na amostra;
- Avaliar a QdVRS através do índice de impacto de saúde oral - OHIP-14 - nas faixas etárias 12-13 e 15-16;
- Verificar se há relação entre a QdVRS avaliada pelo índice OHIP-14 e QdVRS avaliada pelo índice EQ-5D-Y nas faixas etárias 12-13 e 15-16.

A relação entre QdVRS e QdVRSO, actualmente é uma temática que tem aumentado o grau de interesse não só por parte de profissionais desta área, mas também da sociedade (Fernandes, 2006). Estudos com base nestas temáticas, tornam-se cada vez mais relevantes para a adopção e gestão de medidas e recursos necessários para melhorar a saúde (Lacerda, 2005). É pertinente consciencializar pacientes e profissionais dos impactos físicos, psíquicos e sociais que a saúde oral tem na saúde geral de cada indivíduo (Lacerda, 2005).

8 - Método

A observação realizada insere-se no âmbito de um projecto de saúde comunitária (Anexo V). Este estudo epidemiológico em crianças com idade escolar que se divide em dois grandes planos:

Para avaliação da condição oral:

- Avaliação de cárie;
- Avaliação da saúde periodontal;
- Avaliação da higiene oral;
- Avaliação da fluore dentária;
- Avaliação do traumatismo dentário;
- Avaliação da necessidade de tratamento ortodôntico;
- Avaliação da QdVRSO;

Para aferição:

- Estado nutricional;
- Hábitos alimentares;
- Actividade física;
- Hábitos de sono

Promoção da saúde oral:

- Informar e sensibilizar o público alvo para a importância da saúde oral e hábitos alimentares e consequentes implicações para a saúde em geral.

Tendo como unidade de análise o indivíduo desenhou-se um estudo observacional transversal.

8.1.1 – Definição da Amostra

A amostra foi dividida em três grupos etários (6-9 anos, 10-14 anos e 15-16 anos) no sentido de poder fazer comparações entre os mesmos.

8.1.2 - Calibragem

Antecipadamente à recolha dos dados foi realizada uma calibragem - com a duração de 4 horas teóricas e 4 horas práticas – feitas pelo Mestre Frias Bulhosa (teórica) e Prof. Doutoras Augusta Silveira e Ana Teles (Prática).

A amostra foi dividida em três grupos etários (6-9 anos, 10-14 anos e 15-16 anos) no sentido de poder fazer comparações entre os mesmos.

O tema abrangido tratado nesta Monografia é referente à QdVRSO.

8.2 – Pesquisa Bibliográfica

Para a realização deste trabalho foi efectuada uma pesquisa bibliográfica, em livros científicos disponíveis na biblioteca da Universidade Fernando Pessoa, assim como nas bases de dados Pubmed, Science Direct, B-on, Sielo, Elsevier e Google académico, entre os meses de Janeiro a Julho de 2014. As palavras-chave utilizadas foram Qualidade de Vida; Saúde Oral; Odontopediatria; Saúde e adolescência; Saúde e economia.

Os critérios de seleção dos artigos foram estudos escritos em português e inglês, publicados entre 1994 e 2014 de livre acesso e com amostras com características semelhantes à amostra do agrupamento de escolas de Alijó.

Os índices utilizados para avaliação do impacto da saúde oral na QdV foram OHIP-14 e EQ-5D-Y numa amostra de alunos do Agrupamento de Escolas de Alijó.

Cada indivíduo foi então sujeito a uma breve explicação aos pais do estudo e preenchimento do consentimento informado (Anexo I) pelo encarregado de educação; aplicação de um questionário com 7 perguntas relativas a dados sociodemográficos, 15

A Saúde Oral e a Qualidade de Vida em crianças e adolescentes do Agrupamento de escolas de Alijó.

perguntas relativas à saúde oral e 18 perguntas relativas ao estado nutricional, hábitos alimentares, exercício físico e desenvolvimento (Anexo IV);

Não foi realizado qualquer tipo de tratamento ou procedimento invasivo.

Todos os dados foram codificados e tratados com recurso ao programa informático SPSS, versão 20.0 para Windows.

Relativamente ao questionário, as respostas foram anotadas pelos colaboradores dos investigadores.

A confidencialidade e o anonimato relativamente a todos os dados recolhidos foram garantidos.

Para registar componentes como a idade, sexo e outros factores que foram considerados pertinentes para o estudo desta amostra, foi elaborado um questionário, aprovado previamente em Comissão de ética, para administrar nesta amostra (Anexo IV)

9 - Variáveis em Estudo

A variável dependente foi o Impacto da Saúde Oral na QdVRS colhida através dos índices, EQ-5D-Y, OHIP 14.

A interpretação de cada índice está relatada nos pontos que se seguem, respectivamente.

As variáveis independentes foram: a idade (indivíduos de 6, 9, 12 e 15 anos), o género (masculino e feminino), a percepção de saúde oral (baseada na auto avaliação do paciente acerca da sua saúde oral), e a condição de bem-estar (relacionar a condição de saúde oral com a saúde geral de cada individuo).

10 - Plano Operacional.

10.1 - EuroQol five dimension scale Youth Version - EQ-5D-Y

O EuroQol five dimension scale Youth Version (EQ-5D-Y, anexo IV) é um instrumento genérico da medição da QdVRS, que permite gerar um índice, representando o valor do estado de saúde de um indivíduo. É baseado num sistema de classificação que descreve a saúde com base em 5 dimensões: Mobilidade, Cuidados Pessoais, Actividades habituais, Dor/Mal-estar e Ansiedade/ Depressão. Cada dimensão tem três níveis de gravidade associados, correspondendo a sem problemas (nível 1), alguns problemas (nível 2) e problemas extremos (nível 3) vividos ou sentidos pelo indivíduo. (Ferreira, *et al* 2013).

Assim, este índice permite descrever um total de 243 estados de saúde distintos:

Tabela 1 – Sistema Descritivo do EQ-5D-Y (Ferreira, *et al* 2013)

Dimensão	Nível	
Mobilidade	1	Não tenho Problemas em andar
	2	Tenho alguns problemas em andar
	3	Tenho que estar na cama
Cuidados Pessoais	1	Não tenho problemas em cuidar de mim
	2	Tenho alguns problemas em lavar-me ou vestir-me
	3	Sou incapaz de me levantar ou vestir sozinho/a
Actividades Habituais	1	Não tenho dificuldade em desempenhar as minhas tarefas habituais
	2	Tenho alguns problemas em desempenhar as minhas tarefas habituais
	3	Sou incapaz de desempenhar as minhas tarefas habituais
Dor Mal-Estar	1	Não tenho dores ou mal-estar
	2	Tenho dor ou mal-estar moderados
	3	Tenho dor ou mal-estar extremos
Ansiedade/Depressão	1	Não estou ansioso/a ou deprimido/a
	2	Estou moderadamente ansioso/a ou deprimido/a
	3	Estou extremamente ansioso/a ou deprimido/a

Assim, para cada indivíduo é um resultado de 5 dígitos, ou seja, por exemplo, 21132 – indivíduo com problemas em andar, sem problemas em cuidar de si e em desempenhar

as actividades habituais, com dor ou mal-estar extremo e moderadamente ansioso/a ou deprimido/a. (Ferreira *et al*, 2013).

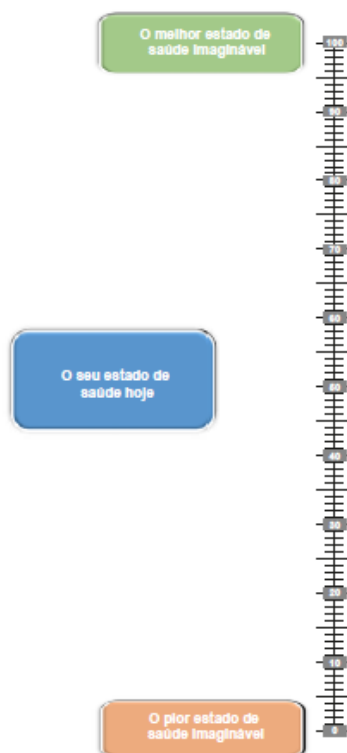


Fig. 2 – Termómetro EQ-VAS. (Ferreira *et al*, 2013).

Ao participante é dada a possibilidade de definir qual o seu estado de saúde, permitindo que este circunscreva o seu estado de saúde numa escala visual analógica (EQ-VAS), como o representado na figura 2. Considerando 0 o pior estado de saúde imaginável e 100 o melhor estado de saúde imaginável (Fig. 2). (Ferreira *et al*, 2013).

10.2 - Perfil de Impacto de Saúde Oral (OHIP-14)

Este questionário propõe-se a avaliar a QdVRSO, dando ênfase a aspectos sociais, físicos e psicológicos. O seu objectivo é facultar uma dimensão do impacto das patologias orais. Tem como base uma hierarquia teórica dos resultados da saúde oral (Allen, 2003).

A Saúde Oral e a Qualidade de Vida em crianças e adolescentes do Agrupamento de escolas de Alijó.

O OHIP-14 vai fornecer uma medida que contempla a auto disfunção descrita, desconforto e incapacidade que sejam provenientes das condições orais. (Allen, 2003).

Este índice aborda 7 dimensões distintas: Limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social, deficiências; (49 questões). Devido à sua extensão, foi realizada uma versão reduzida do mesmo, possuindo apenas 14 questões, ou seja, 2 questões por cada uma das 7 dimensões. (Allen, 2003).

As respostas obtidas são codificadas de acordo com uma escala codificada como:

- 0 = Nunca;
- 1 = Raramente;
- 2 = Às vezes;
- 3 = Frequentemente;
- 4 = Sempre.

Quanto maior o valor atribuído pelo respondente, pior é o impacto percebido. (Allen, 2003).

O perfil de impacto sobre a saúde oral coloca à disposição uma ferramenta válida e leal para que seja possível proceder à medição minuciosa sobre o impacto social relativo a patologias orais, possuindo potenciais benefícios para a tomada de decisão clínica e de pesquisa. (Allen, 2003).

II - RESULTADOS

1 – Caracterização da amostra

1.1 – Caracterização sociodemográfica da amostra.

Da amostra inicial, de 220 crianças recrutadas, foram excluídas 25 crianças pois não apresentavam informação para os índices OHIP-14 e EQ-5D-Y utilizados para avaliação desta amostra. Assim, esta análise inclui 195 indivíduos das quais 53% (n=103) são do sexo feminino e 47% do sexo masculino (n=92).

Na tabela 2 que se segue, estão descritos os resultados obtidos na aplicação do índice EQ-5D-Y.

Tabela 2 – Caracterização da amostra, por sectores e totais do índice EQ-5D-Y.

EQ-5D-Y	6-7 Anos		9-10 Anos		12-13 Anos		15-16 Anos	
	Média± Desvio Padrão	%(n)	Média± Desvio Padrão	%(n)	Média± Desvio Padrão	%(n)	Média± Desvio Padrão	%(n)
Ter Dor	1,3±0,48		1,2±0,39		1,1±0,33		1,4±0,56	
1		76.3(45)		81.8(45)		88.2(45)		66.7(20)
2		22.0(13)		18.2(10)		11.8(6)		30.0(9)
3		1.7 (1)		0(0)		0(0)		3.3(1)
Cuidar de Mim	1,2±0,53		1,2±0,45		1,1±0,33		1,4±0,56	
1		83.1 (49)		89.1(49)		100(51)		100(30)
2		11.9 (7)		7.3(4)		0(0)		0(0)
3		5.1 (3)		3.6(2)		0(0)		0(0)
Mobilidade	1,1±0,42		1,1±0,23		1,0±0,20		1,1±0,25	
1		91.5 (54)		94.5(52)		96.1(49)		93.3(28)
2		5.1 (3)		5.5(3)		3.9(2)		6.7(2)
3		3.4 (2)		0(0)		0(0)		0(0)
Fazer Coisas Normais	1.1±0,31		1,1±0,26		1,0±0,20		1,1±0,25	
1		94.9(56)		92.7(51)		100(51)		93.3(28)
2		3.4(2)		7.3(4)		0(0)		6.7(2)
3		1.7(1)		0(0)		0(0)		0(0)
Sentir-se Preocupado	1,2±0,53		1,2±0,43		1,2±0,42		1,2±0,43	
1		78,0(46)		76.4(42)		78.4(40)		76.7(23)
2		16,9(10)		23.6(13)		21.6(11)		23.3(7)
3		5.1(3)		0(0)		0(0)		0(0)
Total	5,9±1,48		5,7±1,15		5,4±0,69		5,7±0,83	
EQ-VAS		100(59)		95(52)		100(51)		88.1(26)

De acordo com os resultados apresentados na tabela 2, verifica-se que a maioria dos indivíduos de todos os intervalos etários seleccionados, afirmam “não ter problemas” para a dimensão de “Dor/ Mal-estar”. Apenas uma pequena percentagem relatou ter “alguns problemas”, sendo a maioria dos indivíduos pertencentes à faixa etária dos 15-16 anos com uma percentagem de 30,0%.

Quanto ao nível 3, ou seja, “problemas extremos”, apenas, 1.7% dos indivíduos do grupo etário dos 6-7, e 3.3% indivíduos do grupo etário dos 15-16 anos consideram ter problemas desta gravidade.

Para a dimensão “cuidar de mim”, a maioria dos indivíduos de todas as faixas etárias afirmam “não ter problemas”, sendo que na faixa etária dos 12-13 e 15-16 anos, 100% da amostra relata esta opção. Relativamente à faixa etária dos 6-7 e 9-10 anos, 11.9% e

7.3% relatam ter “alguns problemas”, respectivamente. Apenas indivíduos com 6-7 e 9-10 anos afirmam ter “problemas extremos”, com uma percentagem de 5.1% e 3.6%, respectivamente.

Na dimensão “Mobilidade”, a maioria dos indivíduos de todos os intervalos etários, com percentagens superiores a 90%, referem “não ter problemas”. Apenas 3.4% indivíduos com 6-7 anos referem ter “problemas extremos”. No que concerne

à categoria “alguns problemas” o valor mais elevado foi registado nos indivíduos com 15-16 anos com 6.7%

Na dimensão “Actividades Habituais”, os indivíduos das faixas etárias referidas, referem, com uma percentagem superior a 90%, “não ter problemas”, sendo que, este valor é de 100% em indivíduos com 12-13 anos.

Apenas 1.7% dos indivíduos com 6-7 anos referem ter “problemas extremos”. Para a categoria “alguns problemas”, a percentagem mais elevada é de 7.3% e pertence a indivíduos de 9-10 anos.

Por fim, para a categoria “Ansiedade/Depressão”, cerca de 70% dos indivíduos de todas as faixas etárias referem “não ter problemas”. Apenas 5.1% dos indivíduos com 6-7 anos relatam ter “problemas extremos”. Com percentagens muito similares, cerca de 20% dos indivíduos de todas as faixas etárias referem ter “alguns problemas”.

De uma forma geral, as dimensões “Dor/Mal-estar” e “Cuidados Pessoais” são as que apresentam maior percentagem de indivíduos com “problemas extremos”.

As dimensões “Ansiedade e Depressão”, “Dor/Mal-estar” e “Mobilidade” são as que apresentam maior relato de indivíduos com “alguns problemas”.

Apesar de em todas as dimensões, os indivíduos referirem “não ter problemas” a dimensão que apresenta maior percentagem é “Actividades Normais” seguindo-se as dimensões “Cuidados Pessoais” e “Mobilidade” com valores muito semelhantes.

A questão “EQ-VAS” verifica-se um valor maior nos indivíduos da faixa etária de 6-7 anos e de 12-13 anos com um valor 100.0%, enquanto o valor mais baixo se verifica nos indivíduos de 15-16 anos com um valor de 88.1%. Deste modo, indivíduos de faixas etárias mais baixas descrevem melhor um estado de saúde mais elevado.

Através do resumo de teste de hipótese, verifica-se que as medianas do EQ-5D-Y são as mesmas independentemente da faixa etária. Que as significâncias exibidas são assintomáticas, sendo o nível de significância de 0.05 (teste de Mann Whitney).

A tabela que se segue demonstra a caracterização da amostra, por dimensão, para o índice OHIP-14 para a faixa etária 12-13 e 15-16 Anos.

Tabela 3 – Caracterização da amostra, por dimensão, para o índice OHIP-14 para as faixas etárias 12-13 e 15-16 Anos.

	12-13 Anos (n = 51)	15-16 Anos (n= 30)
OHIP-14	Média (Desvio Padrão)	Média (%) (Desvio Padrão)
Limitação Funcional	0.36 (0.05)	0.34 (0.05)
Dor Física	0.45 (0.06)	0.31 (0.07)
Desconforto Psicológico	0.30 (0.09)	0.39 (0.06)
Incapacidade Física	0.29 (0.04)	0.31 (0.05)
Incapacidade Psicológica	0.22 (0.04)	0.18 (0.05)
Incapacidade Social	0.19 (0.08)	0.05 (0.03)
Desvantagem (Handicap)	0.18 (0.04)	0.15 (0.06)

De acordo com os resultados apresentados na tabela 3 é possível verificar que na dimensão “Limitação Funcional” e “Dor Física” a média é mais elevado para os indivíduos de 12-13 anos. Na dimensão “Desconforto Psicológico” e Incapacidade Física” a média é mais elevada nos indivíduos de 15-16 anos. Quanto às dimensões “Incapacidade Psicológica”, “Incapacidade Social” e “Desvantagem (Handicap)” o valor de média é mais elevado para indivíduos de 12-13 anos.

A Saúde Oral e a Qualidade de Vida em crianças e adolescentes do Agrupamento de escolas de Alijó.

Desta forma, verifica-se que os valores de média e desvio padrão são muito próximos para as dimensões do OHIP-14 para as idades referidas.

Para o índice OHIP-14, para as faixas etárias descritas na tabela 3, são exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é de 0.05 (teste de Mann Whitney).

Os dados descritos na tabela 3 foram interpretados de acordo com o descrito em 9.1.

III – DISCUSSÃO

É necessário investir na promoção e prevenção da saúde oral (Bica, 2012). Definir qual o nível de conhecimento de cada paciente, para que seja possível adoptar o melhor e mais eficaz programa preventivo - é fundamental (Bica, 2012).

Quanto mais precocemente forem tomadas medidas de prevenção e promoção da saúde oral, melhor será o diagnóstico.

Em medicina dentária ainda se verifica falta de informação para grande parte da população. É essencial investir na prevenção e educação de saúde oral, para haver dissipação de dúvidas quanto ao impacto positivo desta ao nível da saúde (Rank, 2006).

Através da análise do EQ-5D-Y, verifica-se que uma elevada percentagem dos indivíduos afirmam não ter problemas quanto ao seu estado de saúde (nível 1) para qualquer das dimensões avaliadas. Através de estudos realizados em outras populações é possível verificar que os resultados obtidos no Agrupamento de escolas de Alijó, é semelhante ao obtido noutros estudos abaixo descritos.

Em Espanha, numa amostra de 620 crianças verifica-se que na dimensão de “Mobilidade”, 96.8% relatam “não ter problemas”, 2.6% relatam ter “alguns problemas” e apenas 0.6 relatam ter “problemas extremos”. Na dimensão “Cuidar de Mim” 96.6% revelam “não ter problemas”, 3.1% revelam ter “alguns problemas” e 0.3% revelam ter “problemas extremos”. Na dimensão “Fazer coisas normais” 92.7% revelam “não ter problemas”, 6.1% revelam ter “alguns problemas” e 1.0% revela ter “problemas extremos”. Na dimensão de “Ter dor” 84.2% revelam “não ter problemas”, 15.0% revela ter “alguns problemas” e 0.8% revela ter “problemas extremos”. Na dimensão “Sentir-se preocupado”, 79.8% revela “não ter problemas”, 18.9 refere ter “alguns problemas” e 1.1% refere ter “problemas extremos” (Gusi, *et al*, 2013);

Também, em Espanha, estudo realizado numa outra amostra de 973 de crianças, revela que a maioria dos inquiridos relatam “não ter problemas” para todas as dimensões. A

dimensão que apresenta um valor mais elevado para a opção “não tenho problemas” é “Cuidar de Mim” com 98.6%, e a que apresenta um valor menor é “Sentir-se infeliz” com 76.9%. Para a opção “alguns problemas” as dimensões que revelam valores maiores e menores, respectivamente, são, “Sentir-te Infeliz” com 22.0% e “Sentir-se Infeliz” com 19.0%. As dimensões que revelam valores mais elevados e menores para a opção “problemas extremos” são, “Sentir-se Infeliz” com 1.1% e “Dor e Desconforto” com 1.0%. Esta amostra relatou uma percentagem para a questão EQ-VAS de 88.8% (Wille, *et al*, 2010)

Na Austrália, numa amostra de 100 crianças, é possível verificar que, a maioria dos pacientes não tinham problemas nas dimensões medidas variando entre 69,7% para a dimensão “Dor e Desconforto” e 98,6% para a dimensão “Cuidar de Mim”. Os valores mais elevados para o nível dois, ou seja “alguns problemas” foram relatados nas dimensões observados de “Dore e desconforto” (25,7%) e de “Ansiedade e depressão” (14,7%). A maior percentagem de “problemas extremos” verificou-se na dimensão “Dor e desconforto” (4,6%) (Brennan, *et al*, 2004);

Na Alemanha, uma amostra de 756 crianças, divulga que a maioria dos indivíduos refere “não ter problemas”. Nas dimensões “Mobilidade”, “Cuidar de mim” e “Fazer coisas habituais” mais de 90% dos inquiridos referem “não ter problemas”. No entanto para as dimensões “Dor e Desconforto” e “Sentir-se Infeliz” só cerca de 60% dos inquiridos afirmam “não ter problemas”. As dimensões onde se registam valores mais elevados quando a resposta é “alguns problemas” são “Dor e Desconforto” e “Sentir-se Infeliz”. Esta amostra apresentou um resultado para o EQ-VAS de 83.7% (Wille, *et al*, 2010).

Na Africa do Sul, uma amostra de 258 crianças, revela que a maioria dos inquiridos “não tem problemas”. Sendo que, a dimensão que apresenta um valor mais elevado para os indivíduos que relatam “não ter problemas” é “Cuidar de Mim” com 96.6%, e a que apresenta um valor menor é “Dor e Desconforto” com 52.8%. A dimensão que relata um valor mais elevado para a opção “alguns problemas” é “Dor e Desconforto” com 45.5%, e a que revela valor mais baixo é “Cuidar de Mim” com 2.8%. As dimensões que apresentam valores mais elevados e menores para a opção “problemas extremos” são “Sentir-se Infeliz” com 3.9% e “Mobilidade” e Cuidar de Mim” ambas com 0.4%.

Esta amostra obteve uma percentagem de 77.3% para a questão EQ-VAS(Wille, *et al*, 2010).

No Agrupamento de escolas de Alijó, para uma amostra de 195 crianças, os resultados demonstram que as dimensões que descrevem com frequências mais elevadas a opção “não tenho problemas” são “Fazer coisas normais” e “Cuidar de Mim”, tal como é relatado nos estudos descritos. As dimensões que possuem maior percentagem para a opção “problemas extremos” são “Ter dor” e “Sentir-se preocupado”.

Deste modo, os resultados obtidos para esta amostra estão em concordância com os das amostras acima descritas.

O índice OHIP-14 denota valores desfavoráveis para a auto percepção do impacto da QdVRS na QdVRSO. Os valores obtidos através da análise deste índice para indivíduos de 12-13 anos e 15-16 anos são muito semelhantes para todas as dimensões avaliadas. Apesar de vários autores relatarem a existência de correlação para o impacto da saúde oral na QdV, nesta amostra não se verifica (Ferreira, *et al*, (2004); Biazzevic *et al* (2008), Alves e Gonçalves (2009)).

De acordo com os resultados obtidos no agrupamento de escolas de Alijó, OHIP-14 não foram encontradas diferenças significativas entres os grupos etários. As causas para estes resultados podem ser diversas, como por exemplo, a dimensão da amostra (comparativamente aos estudos mencionados é consideravelmente menor), a distribuição da amostra não ser normal, a ausência de estudos realizados nesta população, a carência de informação sobre saúde oral, realçando a sua importância e esclarecendo quais as consequências que podem surgir quando esta não existe; a carência de informação relativamente ao agregado, como por exemplo, nível socioeconómico e habilitações literárias, seriam uma mais-valia para este estudo, pois possibilitavam o cruzamento de mais variáveis, obtendo mais informação para esta população jovem e saudável. Este questionário, não permitiu assim, obter resultados significativos na avaliação diferentes comportamentos nas faixas etárias em causa.

Nesta população, não se verifica causa-efeito entre a QdVRS e a QdVRSO.

Populações do interior do país, semelhantes à amostra do agrupamento e escolas de Alijó, merecem uma maior atenção dos decisores de Políticas de saúde - é necessário melhorar este quadro. Este estudo, ao possibilitar um aumento do conhecimento da

A Saúde Oral e a Qualidade de Vida em crianças e adolescentes do Agrupamento de escolas de Alijó.

população em causa, poderá contribuir para a optimização de estratégias efectivas na promoção da saúde oral.

É fundamental mencionar que a realização deste estudo só foi possível graças à colaboração de todos os patrocinadores : moradores do concelho de Alijó que contribuíram para a compra de todo o material necessário à realização deste estudo.

IV – CONCLUSÃO

Os objectivos inicialmente propostos foram cumpridos.

Nos últimos anos tem-se verificado um aumento da promoção da saúde oral, contudo, é necessário continuar a persistir em medidas preventivas e instruções de higiene oral o mais precocemente possível.

Apesar de serem imensas as vantagens para os pacientes, nomeadamente para a sua saúde, o gasto (tanto pessoal como monetário) é mais elevado no tratamento de patologias do que na sua prevenção.

Cabe a todos os profissionais de saúde criar/fortificar actividades que enfatizem a saúde oral bem como a prevenção de doenças orais. É importante por isso, motivar educadores, professores, pais, etc., na implementação de boas práticas de higiene oral, alimentação saudável, consumindo com moderação alimentos cariogénicos, fortificando a vigilância de sinais de alerta.

Estudos em amostras semelhantes à descrita são poucos, principalmente em populações infantis e ausentes de patologias. Deste modo o investimento na saúde oral e na QdVRS não pode ser esquecido. Profissionais de saúde, professores e pais ou responsáveis, devem promover actividades que estimulem o desenvolvimento das crianças, aumento o seu conhecimento na educação para a saúde e desenvolvendo a sua capacidade autocrítica.

V – BIBLIOGRAFIA

Almeida, C., *et al.* (2003). Changing oral health status of 6-and years old schoolchildren in Portugal. *Community Dental Health*, 20, pp. 211-216.

Alves, D. (2009). *Avaliação do Impacto da Saúde Oral na Qualidade de Vida em Indivíduos entre os 11 e os 14 anos de Idade*. [Monografia apresentada à Universidade Fernando Pessoa para obtenção do grau de licenciado em Medicina Dentária] Universidade Fernando Pessoa, Faculdade Ciências da Saúde, Porto.

Alves, D. e Gonçalves, A. (2009). Impacto da saúde oral na qualidade de vida de jovens entre os 11 e os 14 anos. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, 6, pp. 296-308.

A saúde oral e os médicos dentistas “*Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral*” [em linha]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/promocao-da-saude/saude-escolar/programas-e-projectos/programa-nacional-de-promocao-da-saude-oral.aspx> [Consultado em: 15/06/2014].

A saúde oral em Portugal “*PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2011-2016*” *Estratégia de saúde oral em Portugal – um conceito de transversalidade que urge implementar (proposta conceptual*” [em linha] Disponível em: <http://pns.dgs.pt/files/2010/06/omd.pdf> [Consultado em: 15/06/2014].

A Saúde Oral e a Qualidade de Vida em crianças e adolescentes do Agrupamento de escolas de Alijó.

Bastos, R. (2009). *Impacto das condições de saúde bucal em relação à qualidade de vida de adolescentes escolares de 15 e 19 anos, numa dicotomia socioeconómica, no município de Bauru*. [Monografia apresentada à Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo para obtenção do grau de doutorado em Odontopediatria] Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo, São Paulo.

Bech, P. (1993). Quality of life measurement in chronic disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 59, pp. 1-10.

Biazevic, M., *et al.* (2008). Relationship between oral health and its impact on of life among adolescents. *Braz Oral Res.*,22(1), pp. 36-42.

Boas práticas de Saúde, “*Manual de Boas Práticas de Saúde Oral*” [em linha] Disponível em: (http://www.paediatricdentistry.com/docs/Manual_de_Boas_Praticas_em_Saude_Oral.pdf). [Consultado em 12/06/2014]).

Botello-Harbaum, M., *et al.* (2012). Level of oral health impacts among patients participating in PEARL: A dental practice–based research network. *Community Dent Oral Epidemiol*, 40, pp. 332-342.

Crespo, M., *et al.* (2011). O papel do médico dentista baseado no Diagnóstico e Sinalização do Abuso de Crianças. *Acta Med Port*, 24, pp. 939-948.

Determinantes da Saúde; “*Determinantes de Saúde*” [em linha] Disponível em: <http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/AreasCientificas/Epidemiologia/AreasTrabalho/Determinantes/Paginas/inicio.aspx> [Consultado em 13/05/2014].

A Saúde Oral e a Qualidade de Vida em crianças e adolescentes do Agrupamento de escolas de Alijó.

Determinantes da Saúde; “*Factores Determinantes da Saúde*”, [em linha] Disponível em: www.dgs.pt [Consultado em 10/06/2014].

Diener, E., *et al.* (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), pp. 176-302.

Direcção-Geral da Saúde. (2000). Estudo Nacional de Prevalência da Cárie Dentária na População Escolarizada. *Europress*. Lisboa.

Duhamel, F. & Fortin, M. (1999). Os estudos de tipo descritivo. In: Marie-Fabieen Fortin, *Processo de enfermagem: da concepção à realização*. Loures: Lusociência. pp.161-172.

Eiser, C. (1997). *QI*. *Archives Disease Childhood*, London, 77 (4), pp. 350-354.

Eiser, C. (2001). Can parents rate their child’s health-related quality of life. Results of systematic review. *Quality of Life Research, Oxford*, 10 (4), pp. 347-357.

Entidade Reguladora da Saúde, (2014), *Acesso, Concorrência, e Qualidade no Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral*, pp. 1-149.

Fernandes, M., *et al.* (2006). Assessing oral health-related quality of life general dental practice in Scotland: Validation of the OHIP-14, Community. *Dentistry and Oral Epidemiology*, 34 (1), pp. 53-62.

Ferreira, F. (1989). *Sistema de Saúde e Seu Funcionamento*. Lisboa Editora Fundação Calous Glubenquien.

A Saúde Oral e a Qualidade de Vida em crianças e adolescentes do Agrupamento de escolas de Alijó.

Ferreira, C e Araújo, V. (2004). Propriedades psicométricas de indicador subjectivo aplicado em crianças. *Revista de Saúde Pública*, 38 (3), pp. 445-452.

Ferreira, P. , *et al* (2013). Contributos para a Validação da Versão Portuguesa do EQ-5D. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*. 26 (6). Pp. 664-675.

Fisher, J. e Glick, M. (2012). A new model for caries classification and management: The FDI World Dental Federation Caries Matrix. *J Am Dent Assoc*, 143(6), pp. 546-551.

Gil-Montoya, J., (2013). Association of the oral health impact profile with malnutrition risk in Spanish elders. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 57, pp. 398–402

Gusi, N., *et al*. (2013). *Validez y fiabilidad de la version proxy del EQ-5D-Y en español*.. Faculdade de Ciências de Deporte, Universidade de Extremadura, Cáceres, Espanha; Universidade Autónoma do Chile, Talca, Chile.

Haikal, D., *et al*. (2011). Autopercepção da saúde bucal e impacto na qualidade de vida do idoso: uma abordagem quanti-qualitativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7), pp. 3317-3329.

Iatros (2002). *Estatística e pesquisa científica para profissionais de saúde*. [em linha], disponível em: <http://www.vademecum.com.br> [consultado em 05/06/2013].

Jenny, M. e Campbell, S. (1997). Measuring quality of life. *Archives Disease Childhood*, 77 (4), pp. 347-349.

A Saúde Oral e a Qualidade de Vida em crianças e adolescentes do Agrupamento de escolas de Alijó.

John, M. *et al.* (2004). Demographic factors, denture status and oral health-related quality of life. *Community, Dentistry and Oral Epidemiology*, 32 (2), pp. 125-32.

Larcerda, J. (2005). *Impacto da saúde bucal na qualidade de vida*. [Monografia apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do grau de Doutorado] São Paulo, pp. 1-173.

Lervolino, S. (2000). *Escola Promotora de Saúde – Um Projecto de Qualidade de Vida*. [Monografia apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo] São Paulo, pp. 1-167.

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. 105-112.

Locker, D. e Allen, F. (2007). What do measures of “oral health-related quality of life” measure. *Community, Dentistry and Oral Epidemiology*, 35 (6), pp. 401-411.

Matos, M., Dadds, M. e Barrett, P. (2006). Family-school issues and the mental health of adolescents: post hoc analysis from the Portuguese National Health Behaviour in School aged children survey. *Journal of Family Studies*, 2, pp. 261-274.

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

A Saúde Oral e a Qualidade de Vida em crianças e adolescentes do Agrupamento de escolas de Alijó.

Minayo, M.; Hartz, Z. e Buss, P. (2000). Qualidade de Vida e Saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Colectiva*, 5 (1), pp. 7-18.

Neto, A. (2003). Grau de satisfação do utente relativamente ao acolhimento proporcionado pelo enfermeiro no serviço de urgência. “*Servir*”, 51 (5), pp. 214-227.

Newton, J. e 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), pp. 25-34.

Osta, N., *et al.* (2014). The pertinence of oral health indicators in nutritional studies in the Elderly. *Clinical Nutrition*, 33, pp. 316-321.

O Médico Dentista e Saúde, “*Medicina Dentária e Saúde Pública*” [em linha] Disponível em: <http://www.omd.pt/info/sobre/saudepublica>, [Consultado em 20/06/2014].

Peres, M., *et al.* (2003). Determinantes sociais e biológicos da cárie dentária em crianças de 6 anos de idade: um estudo transversal aninhado numa coorte de nascidos vivos no Sul do Brasil. *Rev. Bras. Epidemiol.*, 6(4), pp. 293-306

Petersen, P. (2008). World Health Organization global polity for improvement of oral health world - Health Assembly 2007, *World Health*.

Pimentel, F. (2003). *Qualidade de vida do doente oncológico*. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Medicina apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

A Saúde Oral e a Qualidade de Vida em crianças e adolescentes do Agrupamento de escolas de Alijó.

Pinto, P. (2009). *Qualidade de vida relacionada com a saúde oral em idosos: Um estudo exploratório*. Retirado de http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2151/1/22284_ulfp034903_tm.pdf.

PNSO “*Saúde Oral*” [em linha] disponível em <http://www.dgs.pt/promocao-da-saude/saude-escolar/areas-de-intervencao/saude-oral.aspx> [Consultado em 06/05/2013].

Promoção para a Saúde, “*Carta de Bangkok*”, [em linha], Disponível em: <http://portal.arsnorte.minsaude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Sa%C3%BAdede%20P%C3%BAblica/Promo%C3%A7%C3%A3o%20da%20Sa%C3%BAdede>, [Consultado em: 20/06/2014]

Saúde Oral. (2007) “*A saúde não é do pescoço para baixo*”. [em linha], Disponível em: <http://www.saudeoral.pt/content.aspx?menuid=18&eid=4743> [consultado em 06/12/2013]

Rank, R., Rank, M. e Dib, J. (2006). Dificuldades maternas quanto ao uso do fio dental em crianças. *Publ. UEPG Ci. Biol. Saúde*, 12 (3), pp. 31-38.

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

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

A Saúde Oral e a Qualidade de Vida em crianças e adolescentes do Agrupamento de escolas de Alijó.

Sanders, A., *et al.* (2006). The Shape of socioeconomic – oral health gradient: Implications for theoretical explanations, *Community, Dentistry and Oral Epidemiology*, 34 (4), pp. 310-319

Saúde Pública; “*Conceito de Saúde*” [em linha] disponível em: <http://www.franciscojorge.pt/29301/29422.html> [Consultado em 12/05/2014]

Saúde Oral “*Saúde Oral em Crianças*” [em linha] disponível em <http://www.ond.pt/publico/criancas> [Consultado em 06/11/2013].

Sheiham, A., *et al.* (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), pp. 195-203

Silva, I., *et al.* (2007). *Avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde Oral*. Disponível em: <<https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/452/1/264-274%20FCHS04-18.pdf>>, [Consultado em 7/12/2013].

Valente, A., *et al.* (2013). Hábitos e percepções de Saúde Oral em crianças e adolescentes. *Rev port estomatol med dent cir maxilofac*, 54(S 1), pp.e1–e59.

The WHOQOL Group (1995). Special Issue on Health-Related Quality of Life: what is QoL and how should we measure it? *The World Health Organisation, Social Science and Medicine*, 41 (10), pp. 1403-1409.

Wille N., *et al.* (2010). Development of the EQ-5D-Y: a child-friendly version of the EQ-5D. *Qual Life Res*; 19(6): pp. 875-886.

VI – ANEXOS

Anexo I – Consentimento Informado

Estudo Epidemiológico e Promoção da Saúde em crianças com idade escolar: Saúde Oral e Hábitos Alimentares em foco.

Este projecto consiste no estudo epidemiológico em crianças com idade escolar para aferição da condição oral: Avaliação de cárie; avaliação de saúde periodontal; avaliação da Higiene Oral; avaliação de fluorose dentária; avaliação de traumatismo dentário; avaliação da necessidade de tratamento ortodôntico; avaliação da estética dentária; avaliação da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral; Estudo epidemiológico em crianças com idade escolar para aferição estado nutricional; hábitos alimentares; actividade física; hábitos de sono.

Os Investigadores responsáveis deste projecto são: Professora Doutora Augusta Silveira; Professora Doutora Ana Moura Teles; Mestre Frias Bulhosa; Professora Doutora Raquel Silva; Professora Doutora Teresa Sequeira.

Estes elementos serão responsáveis pelo estabelecimento das directrizes gerais do projecto, pela supervisão e orientação científica, análise e tratamento dos dados bem como pela disseminação dos resultados.

Os alunos participantes são: Ana Rua; Ana Rita Pires; Joana Duarte; Márcia Sousa; Sara Saraiva; Luíza Vilela; Sherida Mansur; que estarão envolvidos na recolha de dados, sua codificação e armazenamento bem como nas iniciativas no âmbito da Promoção da Saúde.

Todos os procedimentos decorrerão de acordo com os princípios definidos pela Organização

Mundial de Saúde.
Não será realizado qualquer tipo de tratamento Dentário.
De forma a assegurar a confidencialidade dos dados, todos os questionários e declarações de consentimento informado serão separados e guardados em local seguro, de forma a garantir a impossibilidade de os emparelhar e aos quais só terá acesso, a equipa responsável pelo estudo.

Terminada a pesquisa, estes documentos serão destruídos.

A Saúde Oral e a Qualidade de Vida em crianças e adolescentes do Agrupamento de escolas de Alijó.

Os questionários serão codificados e tratados estatisticamente. Os Encarregados de Educação têm a possibilidade de optar por receber ou não, a informação recolhida do seu educando. Assim, devem indicar abaixo qual a sua opção, devolvendo este documento juntamente com o Consentimento Informado que se segue.

Desejo receber a informação recolhida do meu educando.

Não, desejo receber a informação recolhida do meu educando.

O encarregado de Educação:

O Investigador responsável:

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Designação do Estudo (em português):

Eu, abaixo-assinado (nome completo) -----

-----,

responsável pelo participante no projecto (nome completo) -----

-----, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da sua participação na investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que será incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos e os métodos. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a sua participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.

Foi-me ainda assegurado que os registos em suporte papel e/ou digital (sonoro e de imagem) serão confidenciais e utilizados única e exclusivamente para o estudo em causa, sendo guardados em local seguro durante a pesquisa e destruídos após a sua conclusão.

Por isso, consinto em participar no estudo em causa.

Data: ____/____/20__

Assinatura do Responsável pelo participante no projecto: _____

O Investigador responsável:

Nome:

Assinatura: Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa

EQ-5D-Y

Como está a tua saúde HOJE

Em cada grupo, põe uma cruz (X) no quadrado que melhor representa a tua saúde HOJE.

Mobilidade (andar)

Não tenho dificuldade em andar

Tenho alguma dificuldade em andar

Tenho muita dificuldade em andar

Cuidar de mim

Não tenho dificuldade a lavar-me ou a vestir-me

Tenho alguma dificuldade a lavar-me ou a vestir-me

Tenho muita dificuldade a lavar-me ou a vestir-me

Fazer coisas normais (por exemplo: ir à escola, passatempos, fazer desporto, brincar, estar com a família ou com amigos/as)

Não tenho dificuldade em fazer as coisas normais

Tenho alguma dificuldade em fazer as coisas normais

Tenho muita dificuldade em fazer as coisas normais

Ter dor ou mal-estar

Não tenho dor ou mal-estar

Tenho alguma dor ou mal-estar

Tenho muita dor ou mal-estar

Sentir-se preocupado/a, triste ou infeliz

Não estou preocupado/a, triste ou infeliz

Estou um pouco preocupado/a, triste ou infeliz

Estou muito preocupado/a, triste ou infeliz

Anexo III – Questionário do Impacto da Saúde Oral

Durante o último ano, com que frequência tens tido os seguintes problemas?
Por favor, coloca um círculo à volta da tua resposta.

	Quase Sempre	Muitas vezes	Às vezes	Quase nunca	Nunca	Não Sei
1 Tens tido alguns problemas a <u>pronunciar as palavras</u> , devido a problemas com os seus dentes ou boca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Tens sentido que o teu <u>paladar</u> piorou devido a problemas com os seus dentes ou boca? ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Tens tido <u>dores</u> na boca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Tens sentido algum <u>desconforto ao comer algumas comidas</u> devido a problemas com os seus dentes ou boca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Tens-te sentido <u>inseguro/a</u> devido a problemas com os teus dentes ou boca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Tens sentido alguma <u>tensão</u> devido a problemas com os teus dentes ou boca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Tens-te sentido <u>insatisfeito/a com a sua alimentação</u> devido a problemas com os teus dentes ou boca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Tiveste de <u>interromper refeições</u> devido a problemas com os teus dentes ou boca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Tens tido <u>dificuldades em descansar</u> devido a problemas com os seus dentes ou boca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Tens-te sentido um pouco <u>embaraçado/a</u> devido a problemas com os teus dentes ou boca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Tens-te <u>irritado um pouco com outras pessoas</u> devido a problemas com os teus dentes ou boca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Tens tido <u>dificuldade em realizar as tuas tarefas normais</u> devido a problemas com os teus dentes ou boca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Tens-te sentido <u>menos satisfeito/a</u> com a tua vida em geral devido a problemas com os teus dentes ou boca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Tens sido <u>totalmente incapaz de desempenhar</u> as tuas funções devido a problemas com os teus dentes ou boca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MUITO OBRIGADO PELA TUA COLABORAÇÃO

Anexo IV – Ficha de Registo Clínico



**ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO E PROMOÇÃO DA SAÚDE EM CRIANÇAS COMUNIDADE ESCOLAR:
SAÚDE ORAL E HÁBITOS ALIMENTARES EM FOCO.**

FICHA DE REGISTO CLÍNICO

NÚMERO:

ÍNDICE DE RESÍDUOS	Molar direito		Anteriores	Molar Esquerdo		Total	
	V	L		V	L	V	L
Maxila		:			:		:
Mandíbula	-			-			

ÍNDICE DE TÁRTARO	Molar direito		Anteriores	Molar Esquerdo		Total	
	V	L		V	L	V	L
Maxila		:			:		:
Mandíbula	-			-			

CP0d/CP0d

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	16	15	14	13	12	11

35	34	33	32	31	30	29	28	27	26	25
25	24	23	22	21	20	19	18	17	16	15

Índice de Dean

DENTES MAIS AFECTADOS	CLASSIFICAÇÃO

Avaliação de Traumatismo Dentário

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	16	15	14	13	12	11

35	34	33	32	31	30	29	28	27	26	25
25	24	23	22	21	20	19	18	17	16	15



ICFN

Avaliação da Oclusão

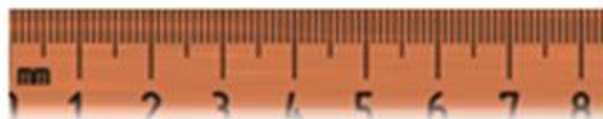
CONDIÇÃO		ESTÁ PRESENTE?	MILÍMETROS
APINHAMENTO	Maxila		
	Mandíbula		
DIÁSTEMA	Maxila		
	Mandíbula		
DIÁSTEMA CENTRAL			
IRREGULARIDADES ANTERIORES	Maxila		
	Mandíbula		
SOBRERSALIÊNCIA	Maxila		
	Mandíbula		
MÓRIDA ABERTA	Anterior		
	Posterior		
MÓRIDA CRUZADA	Posterior	Unilateral	Direita ou Esquerda
		Bilateral	Direita Esquerda
	Anterior		
DESLÓCAMENTO DENTÁRIO	Maxila		
	Mandíbula		

RELAÇÃO MÓLAR	CLASSE	DIREITA	ESQUERDA
	Classe II (meia cúspide)		
Classe II (uma cúspide)			
Classe III (meia cúspide)			
Classe III (uma cúspide)			
Classe I			

	Milímetros	Com trauma?
OVERJET		
OVERBITE		

PÓSICÃO DAS LINHAS MÉDIAS INCISIVAS	Desvio para a esquerda	Desvio para a direita	Milímetros
Incisivos Superiores			
Incisivos Inferiores			

	Está presente a condição?	Dentes
Dentes impedidos		
Erupção dentária parcial		
Dentes supernumerários		
Mixodontia		
Fissura labial ou palatina		
Manutenção da dentição decidua		





Estudo epidemiológico e Promoção da Saúde em crianças em idade escolar: Saúde Oral e Hábitos Alimentares em foco

Este questionário serve para te conhecermos melhor quanto à tua saúde oral, os teus hábitos alimentares e de actividade física. Não há respostas certas ou erradas. Deves responder com sinceridade. Obrigada pela tua colaboração!

A. DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

1. Data de nascimento: __/__/__ 2. Género: F__ M__ 3. Idade: ____ (anos)
4. Escolaridade: ____ (anos completos) 5. Agrupamento Escolar: Murça__ Alijó__
6. Concelho de residência: _____ 7. Agregado familiar: pais__ irmão(s)__ irmã(s)__ avó(s)__ outro__

B. DADOS DA SAÚDE ORAL

1. Gostas de lavar os dentes?
- a) Sim
 - b) Não
- 1.1 Se sim, porquê?
- a) Gosto do sabor da pasta
 - b) Gosto de sentir a boca fresca
 - c) Gosto de ter os meus dentes limpos
 - d) Outro. Qual? _____
- 1.2 Se não, porquê?
- a) Sinto dificuldade
 - b) Tenho preguiça
 - c) Sabe-me mal a pasta
 - d) Demora muito tempo
 - e) Outro. Qual? _____
2. Quando escovas os dentes?
- a) De manhã, antes do pequeno-almoço
 - b) De manhã, depois do pequeno-almoço
 - c) Depois do almoço
 - d) Antes de deitar
 - e) Nunca
 - f) Às vezes
3. O que usas para lavar os dentes?
- a) Escova
 - b) Escovilhão
 - c) Fita/ fio dentário
 - d) Pasta dentífrica (pasta dos dentes)
 - e) Elixir/ colutório (líquido para bochechar)
 - f) Dedo

4. Como deves lavar os dentes?
 - a) Movimentos circulares na parte de fora e de vaivém na parte de dentro e na parte que mastiga
 - b) Escovar sempre a língua
 - c) Usar só líquido para bochechar
 - d) Escovar bem só a parte de fora (que é a parte que se vê)

5. Lavo os dentes durante...
 - a) Menos de 30 segundos
 - b) Mais de 30 segundos
 - c) Mais de 1 minuto e menos de 2 minutos
 - d) Não sei
 - e) Outro. Qual? _____

6. Que cuidados deves ter com a escova de dentes? (escolhe apenas 1 opção)
 - a) Emprestá-la aos meus amigos, sempre que eles se esqueçam da deles
 - b) Trocar todos os meses, mesmo que os pelos não estejam deformados
 - c) Escolher sempre uma escova eléctrica
 - d) Escolher uma escova macia

7. A escova de dentes é só tua?
 - a) Sim
 - b) Não

8. Utilizas suplementos de flúor?
 - a) Comprimidos
 - b) Bochechos
 - c) No dentista
 - d) Não uso

9. Tomas algum medicamento frequentemente?
 - a) Comprimidos
 - b) Xarope
 - c) Outros _____
 - d) Não tomo

10. Quais destas opções podem indicar que tens uma cárie?
 - a) Manchas nos dentes
 - b) Ter dentes muito grandes
 - c) Buracos nos dentes
 - d) Língua comprida
 - e) Ter dentes tortos

11. Onde te ensinaram a lavar os dentes pela primeira vez?

- a) Em casa
- b) Na escola
- c) No centro de saúde
- d) No dentista
- e) Nos meios de comunicação social (televisão, jornais, rádio, revistas)
- f) Nunca me ensinaram
- g) Não me lembro
- h) Outro. Qual? _____

12. Escovas os dentes na escola?

- a) Sim
- b) Não

13. Na minha escola...

- a) O meu professor(a) já me falou sobre a saúde da boca
- b) Já fomos visitados por pessoas que nos falaram sobre a saúde da boca
- c) Não me lembro de ouvir falar sobre a saúde da boca

14. Já alguma vez foste ao dentista?

- a) Sim
- b) Não

14.1. Se sim, que idade tinhas na primeira vez?

- a) _____ anos
- b) Não me lembro

14.2. Porque é que foste?

- a) Para ver a saúde dos dentes (rotina)
- b) Porque tinha problemas nos dentes (cárie, apinhamento, ...)
- c) Porque me doíam os dentes
- d) Outro. Qual? _____

15. Quantas vezes vais ao dentista?

- a) Todos os meses
- b) De 3 em 3 meses
- c) De 6 em 6 meses
- d) 1 vez por ano
- e) Nunca
- f) Não sei
- g) Outro. Qual? _____

ID:

C. ESTADO NUTRICIONAL, HÁBITOS ALIMENTARES, EXERCÍCIO FÍSICO E DESENVOLVIMENTO

1. Peso: ___Kg 2. Estatura: ___m 3. IMC: ___kg/m 4. VAbd: ___cm

5. Já és menstruada? Sim ___ Não ___

5.1.1 Se sim, desde que idade? ___anos

5.1.2 O teu período é irregular? Sim ___ Não ___

6.1. A que horas costumas deitar-te à semana (de Domingo a 5ª feira)? ___h ___mins

6.2. A que horas costumas levantar-te à semana (de Domingo a 5ª feira)? ___h ___mins

6.3. A que horas costumas deitar-te ao fim-de-semana (de 6ª feira a Sábado)? ___h ___mins

6.4. A que horas costumas levantar-te ao fim-de-semana (de 6ª feira a Sábado)? ___h ___mins

6.5. Tens problemas de sono ou dificuldade em adormecer? Sim ___ Não ___

6.5.1. Se sim, qual(ais)? _____

7. Tomas ou já tomaste (riscar o que não interessa) algum medicamento ou suplemento vitamínico e/ou mineral?

Sim ___ Não ___ 7.1. Se sim, qual(ais)? _____

8. Sofres de alguma doença que exija cuidados médicos regulares? Sim ___ Não ___

8.1. Se sim, qual(ais)? _____

9. Realizas aulas práticas de Educação Física na escola? Sim ___ Não ___

10. Para além das aulas de Educação Física na escola, praticas outro tipo de exercício físico? Sim ___ Não ___

10.1. Se sim, qual(ais) a(s) modalidade(s) praticada(s)? _____

10.2. Quantas vezes por semana? _____ 10.3. Quantas tempo por dia? _____

10.3. Que tipo de prática desportiva praticas? Recreativa Federada

10.4. Época do ano em que pratica? Todo o ano ___ Mais no Verão ___ Mais no Inverno ___

11. Tomas sempre o pequeno-almoço? Sim ___ Não ___ 11.1. Se sim, onde? _____

12. Lanchas sempre a meio da manhã? Sim ___ Não ___ 12.1. Se sim, onde? _____

13. Lanchas sempre a meio da tarde? Sim ___ Não ___ 13.1. Se sim, onde? _____

14. Levas o lanche de casa ou compra na escola? _____

ID:

15. O que costumás comer ao:

Alimentos	Pequeno-almoço	Lanche da manhã	Lanche da tarde
Pão simples			
Pão com manteiga			
Pão com queijo			
Pão com fiambre			
Pão com doce			
Leite simples			
Leite achocolatado			
Leite com cereais			
Iogurte			
Bebido de fruta			
Sumo fruta natural			
Sumos			
Refrigerantes			
Bebidas energéticas			
Chá			
Bolachas			
Bolos			
Batatas fritas			
Chocolate			
Fruta			
Outros			
Nenhum			

16. Indica o que costumás comer ao almoço ou ao jantar: (marcar apenas 1 opção com uma cruz(x)):

Alimentos	Todos os dias	1x/dia/semana <small>(riscar o que não interessa)</small>	2-3x/dia/semana <small>(riscar o que não interessa)</small>	4-5x/dia/semana <small>(riscar o que não interessa)</small>
Carne				
Pizza				
Fruta				
Peixe				
Hamburguer				
Agus				
Batata frita				
Refrigerantes (ice-tes, coca-cola, bongo)				
Sopa				
Geledos				
Bolachas				
Chocolates, gomas, chichlets				
Bolos				

17. Qual(ais) o(s) teu(s) alimento(s) preferido(s)? _____

18. Qual(ais) o(s) teu(s) alimento(s) preferido(s)? _____

Obrigada pela tua colaboração!

Anexo V – Projecto

COMISSÃO DE ÉTICA UFP

Estudo epidemiológico e Promoção da Saúde em crianças com idade escolar:

Saúde Oral e Hábitos Alimentares em foco.

1. Objectivos da Investigação:

O projeto desenvolver-se-á sob dois grandes planos:

1. Estudo epidemiológico

A) Estudo epidemiológico em crianças com idade escolar para aferição da condição oral:

- Avaliação de cárie,
- Avaliação de saúde periodontal,
- Avaliação da Higiene Oral,
- Avaliação de fluorose dentária,
- Avaliação de traumatismo dentário,
- Avaliação da necessidade de tratamento ortodóntico,
- Avaliação da estética dentária,
- Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral.

B) Estudo epidemiológico em crianças com idade escolar para aferição

- estado nutricional,
- hábitos alimentares,
- actividade física,
- hábitos de sono.

2. Promoção da Saúde

Informar e sensibilizar o público-alvo sobre a importância da saúde oral e dos hábitos alimentares e consequentes implicações para a saúde em geral.

- Contribuir para o aumento dos conhecimentos da população-alvo nas temáticas seleccionadas.
- Promoção da saúde enfatizando a adopção de estilos de vida saudáveis

2. Participantes

a) Internos à UFP:

a1) Investigadores responsáveis:

Professora Doutora Augusta Silveira
Professora Doutora Ana Moura Teles
Mestre Fria Bulhosa
Professora Doutora Raquel Silva
Professora Doutora Teresa Sequeira

Estes elementos serão responsáveis pelo estabelecimento das directrizes gerais do projecto, pela supervisão e orientação científica, análise e tratamento dos dados bem como pela disseminação dos resultados.

a2) Alunos da UFP

Ana Rua
Ana Rita Pires
Joana Duarte
Márcia Sousa
Sara Saraiva

Estarão envolvidos na recolha de dados, sua codificação e armazenamento bem como nas iniciativas no âmbito da Promoção da Saúde.

b) Externos à UFP:

Alunos de ambos os géneros que frequentem o 1º, 2º, 3º ciclos e Ensino Secundário dos Agrupamentos de Escolas de Murça e Alijó e com a idade de 6, 9, 12 ou 15 anos.
Número previsto = 400

c) Características sócio-demográficas:

- Idade
- Género
- Idade
- Agrupamento Escolar
- Escolaridade
- Concelho de residência
- Agregado familiar

d) Características clínicas:

- Detecção e avaliação de cárie; Índices de cárie;
- Índice de Tratamentos Restauradores;
- Avaliação da condição periodontal;
- Índice de Inflamação gengival;
- Índice de Higiene Oral;
- Avaliação de placa;
- Avaliação de fluorose;
- Avaliação da necessidade de tratamento ortodóntico;
- Relação molar;
- Overjet/overbite (mordida aberta/sobremordida);
- Mordida cruzada unilateral ou bilateral; alveolares ou funcionais;
- Posição das linhas médias incisivas;
- Avaliação da estética dentária;
- Identificação de traumatismos.

e) Caracterização do estado nutricional, hábitos alimentares, actividade física, sono, desenvolvimento e eventual medicação

- Peso,
- Estatura,
- Índice de Massa Corporal,
- Volume abdominal,
- Avaliação dos hábitos:
 - alimentares (questionário semi-quantitativo de frequência alimentar),
 - de actividade física
 - e de sono,
- Idade de menarca, eventuais irregularidades menstruais,
- Eventual toma de medicamento e/ou suplemento
- Eventual presença de doença que exijam vigilância médica regular.

Todos os procedimentos decorrerão de acordo com os princípios definidos pela Organização Mundial de Saúde.

3. Cópia dos instrumentos a utilizar (questionários, guiões das entrevistas...) com referência à sua articulação com os objectivos da investigação;

- 1) Ficha clínica para registo dos parâmetros definidos.
- 2) OHP 14 - Oral Health Impact Profile.

- auto-percepção de disfunção, desconforto e incapacidade fornecendo uma medida abrangente da condição oral.

3) Aplicação de um questionário semi-quantitativo relativo aos conhecimentos e hábitos de higiene oral bem como quanto à frequência alimentar respeitante ao último mês em relação à data da entrevista, incluindo a hora e o local das refeições, assim como, preferências alimentares.

4. Sempre que os elementos a utilizar não tenha sido desenvolvidos pelo proponente do projecto, estes deverão ser autorizados de autorização para a sua utilização por parte do(s) seu(s) autore(s):

- Não se aplica

5. Descrição detalhada do procedimento de acesso aos participantes do estudo e da obtenção do consentimento informado dos próprios ou dos tutores legais dos mesmos;

A informação a disponibilizar ao participante do projeto de investigação será entregue sob a forma escrita e contempla, obrigatoriamente, em linguagem acessível, os itens abaixo indicados:

- Identificação do projeto de investigação;
- Identificação do investigador responsável e contactos (e-mail institucional e/ou telefone);
- Objetivo do projeto de investigação;
- Metodologia (resumida) a utilizar;
- Voluntariedade da participação no projeto de investigação;
- Tempo disponível para refletir sobre o pedido de participação no projeto de investigação incluindo, possivelmente, tempo para consulta de familiares e/ou amigos;
- Liberdade para decidir – se sim ou não;
- Possibilidade de abandonar a participação no projeto de investigação, sem prejuízo de relacionamento com os demais profissionais, nem o respeito pelos direitos à assistência que lhe é devida;
- Garantia da privacidade, da confidencialidade e da proteção dos dados pessoais, de acordo com a legislação em vigor.

6. Descrição detalhada do procedimento de aplicação dos instrumentos, incluindo referencia às formas como serão garantidos o anonimato (caso esteja em causa) e a confidencialidade;

Após autorização das Escolas, os alunos serão convidados a participar voluntariamente no estudo, sendo que os objectivos e o método de trabalho serão explicados e qualquer dúvida será esclarecida e garantido o anonimato e confidencialidade de todos os dados recolhidos.

Depois da obtenção do consentimento informado (em anexo) pelos Encarregados de Educação será aplicado um questionário específico para o efeito (em anexo), que envolverá a recolha de dados.

De forma a assegurar a confidencialidade dos dados, todos os questionários e declarações de consentimento informado serão separados e guardados em local seguro, de forma a garantir a impossibilidade de os emparelhar e aos quais só terá acesso, a equipa responsável pelo estudo. Terminada a pesquisa, estes documentos serão destruídos.

Os questionários serão codificados e tratados estatisticamente.

7. Caso existam registos de som ou imagem, deverá ser discriminada a forma como estes serão obtidos e guardados e ainda como será obtida autorização dos participantes/tutores legais para o efeito;

- Não se aplica

8. Cópia do formulário do consentimento informado da UFP;

- Enviado em anexo ("Consentimento Informado")

9. Em projectos sob orientação (trabalhos desenvolvidos em unidades curriculares, projectos de Graduação, dissertações de Mestrado e teses de Doutoramento), carta do orientador, atestando ter conhecimento e dar o seu acordo;

- Não se aplica

10. Checklist da CE devidamente preenchida.

Anexo	Elemento a incluir nos projetos para apreciação pela CE	Não se aplica
X	1. Objetivos da investigação	
X	2. Participantes	
X	3. Cópia dos instrumentos, com referencia à sua articulação com os objectivos da investigação	
	4. Autorização para a utilização dos instrumentos por parte do(s) seu(s) autore(s)	X
X	5. Descrição detalhada do procedimento de acesso aos participantes do estudo e da obtenção do consentimento informado dos próprios ou tutores legais dos mesmos	
X	6. Descrição detalhada do procedimento de aplicação dos instrumentos, incluindo referencias às formas como serão garantidos o anonimato (caso esteja em causa) e confidencialidade	
	7. Descrição detalhada da forma como os registos de som ou de imagem serão obtidos e guardados e ainda como será obtida autorização dos participantes/tutores legais para o efeito	X
X	8. Cópia do formulário do consentimento informado da UFP	
	9. Carta do orientador, atestando ter conhecimento e dar o seu acordo	X