

## IMPACTO DA SAÚDE ORAL NA QUALIDADE DE VIDA DE JOVENS ENTRE OS 11 E OS 14 ANOS

**Daniel Sá Alves**

Aluno da Licenciatura em Medicina Dentária  
Faculdade de Ciências da Saúde – UFP  
danielsaalves@gmail.com

**Ana Gonçalves**

Docente de Saúde Comunitária  
Faculdade de Ciências da Saúde – UFP  
anag@ufp.edu.pt

**RESUMO**

Introdução: O conceito de saúde varia desde o funcionamento do corpo até ao estado completo de bem-estar. Objectivos: Avaliar a percepção dos adolescentes sobre a sua Saúde Oral e o impacto desta na Qualidade de Vida. Métodos: Aplicou-se um questionário sobre a percepção que os impactos orais têm no quotidiano. Resultados: O questionário teve como valor médio 22. Conclusões: Os indivíduos com cárie atribuíram uma Saúde Oral inferior aos indivíduos sem cárie.

**PALAVRAS-CHAVE**

Saúde Oral, Qualidade de Vida

**ABSTRACT**

Introduction: The concept of health can change from the working of the body to the state of complete well-being. Objectives: Assessing the perception of adolescents of their Oral Health and how it interferes with the Quality of Life. Methods: A questionnaire about the perception of oral impacts was applied. Results: The questionnaire was to average 22. Conclusions: The subjects with caries have presented an oral health lower than who had no caries.

**KEYWORDS**

Oral Health, Quality of Life

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1. 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 associado aos indicadores de desenvolvimento social. Assume um carácter multidimensional e abrange os sectores: saúde, educação, habitação, 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 Organização Mundial de Saúde (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, p. 1403).

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).

### 1.2 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).

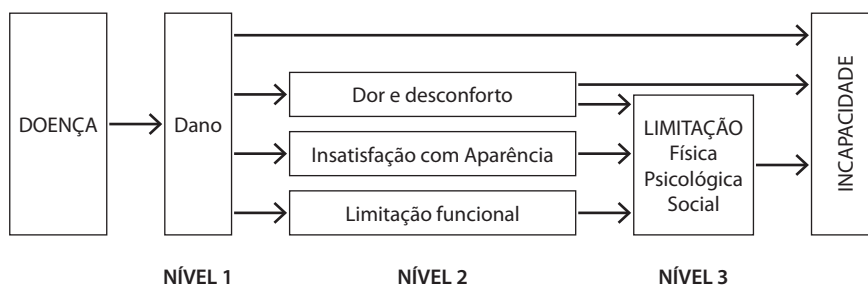
Nos últimos anos, tem havido um aumento do reconhecimento que os problemas de saúde oral têm um impacto significativo no bem-estar físico, social e psicológico dos indivíduos. Isto resultou, do ponto de vista clínico, numa abordagem com vista ao melhoramento da qualidade de vida como primeiro motivo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

ção 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 devam 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 Organização Mundial de Saúde (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 (Lacerda, 2005) (Figura 1).



**Figura 1.** Modelo teórico de avaliação da saúde oral proposto por Locker em 1988 (adaptado de Lacerda, 2005).

A Organização Mundial de Saúde (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* (Petersen, 2008).

Os termos “qualidade de vida relacionada com a saúde oral” e “qualidade de vida” são agora comumente 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).

## 2. OBJECTIVOS

### 2.1 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.

### 2.2 OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

Conhecer a condição de saúde oral dos jovens estudados; medir 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 do Índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPOD) e do Índice de placa bacteriana (IPB); identificar as variáveis de estilo 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.

## 3. MATERIAIS E MÉTODOS

### 3.1. TIPO DE ESTUDO

Este estudo caracteriza-se como sendo um *Observacional Transversal*.

### 3.2. AMOSTRA

A amostra é constituída por 164 crianças sendo 52% do género feminino e 48% do género masculino, com idades compreendidas entre os 11 e os 14 anos (média de 12,3 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.

### 3.3. MATERIAIS

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

### 3.4. 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 (estudante do 6º ano do curso de Medicina Dentária da Faculdade de Ciências da Saúde da UFP), 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.

### 3.5. VARIÁVEIS EM ESTUDO

A variável dependente foi o Impacto da Saúde Oral na Qualidade de Vida colhida pelo índice CPQ<sub>11-14</sub> elaborado por Jokovic et al. (2002). 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 itens 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).

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 (Índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPOD) e Índice de placa bacteriana (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).

## 4. DISCUSSÃO

### 4.1. 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 Faculdade de Ciências da Saúde 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<sub>11-14</sub> não está traduzido e validado para Portugal, tendo sido adaptado o questionário CPQ<sub>11-14</sub> que está traduzido e validado em português para o Brasil com ligeiras adaptações de português.

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.

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.

## 4.2. CONSISTÊNCIA INTERNA/ FIABILIDADE

**Tabela 1.** Consistência interna da escala deste estudo.

	N.º de itens	Alpha de Cronbach ( $\alpha$ )
Total CPQ <sub>11-14</sub>	37	0,90
<b>Sub-escalas do CPQ<sub>11-14</sub></b>		
Sintomas Oraís	6	0,62
Limitações Funcionais	10	0,67
Bem-Estar Emocional	9	0,85
Bem-Estar Social	12	0,81

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 Oraís ( $\alpha = 0,62$ ); Limitações Funcionais ( $\alpha = 0,67$ ); Bem-Estar Emocional ( $\alpha = 0,85$ ) e Bem-Estar Social ( $\alpha = 0,81$ ).

**Tabela 2.** Estatísticas descritivas (sub-escalas ordenadas por ordem decrescente da média), relativas à escala total e sub-escalas do CPQ<sub>11-14</sub>\*

	N	Média ( $\pm$ Dp)	N.º de itens	Min.	Máx.
Total CPQ <sub>11-14</sub>	164	22,0 ( $\pm$ 15,6)	37	2	82
<b>Sub-escalas do CPQ<sub>11-14</sub></b>					
Limitações Funcionais	164	6,4 ( $\pm$ 4,6) <sup>a</sup>	10	0	26
Sintomas Oraís	164	6,0 ( $\pm$ 3,6) <sup>a</sup>	6	0	16
Bem-Estar Emocional	164	5,4 ( $\pm$ 5,9) <sup>b</sup>	9	0	25
Bem-Estar Social	164	4,2 ( $\pm$ 5,5) <sup>c</sup>	12	0	28

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

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 Oraís".

**Tabela 3.** Valores do coeficiente de correlação de Spearman entre a escala total e as sub-escalas do Questionário CPQ<sub>11-14</sub>\*

Sub-escalas do CPQ <sub>11-14</sub>	Total CPQ	Limitações Funcionais	Sintomas Oraís	Bem-estar Emocional	Bem-estar Social
Total CPQ	1				
Limitações Funcionais	0,709**	1			
Sintomas Oraís	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 entre a escala total e todas as sub-escalas.

### 4.3. VALIDADE DE CONSTRUCTO

**Tabela 4.** Correlação de Spearman entre a escala total e as sub-escalas do CPQ<sub>11-14</sub> e a avaliação global de saúde oral e bem-estar.

Avaliação Global	TotalCPQ	Limitações Funcionais	Sintomas Oraís	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)

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<sub>11-14</sub>), bem como entre a classificação global e cada sub-escalas do CPQ<sub>11-14</sub> (Sintomas Oraís, Limitações Funcionais, Bem-estar Emocional e Bem-estar Social) utilizando o coeficiente de correlação não paramétrico de *Spearman*.

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

#### 4.4. PERCEÇÃO 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).

**Tabela 5.** Análise da percepção de saúde oral e da percepção de bem-estar relativamente à idade, à presença ou não de cárie e ao Índice CPO (variáveis que apresentaram diferenças estatisticamente significativas).

	Percepção de Saúde Oral	Condição de Bem-estar
<b>Idade</b>		
11 – 12 anos (n = 84)	2,1 (±0,8) <sup>a</sup>	1,5 (±1,0)
13 – 14 anos (n = 80)	1,8 (±0,9) <sup>b</sup>	1,3 (±1,2)
<b>Cárie</b>		
Tem cárie (n = 122)	2,1 (±0,8) <sup>a</sup>	1,4 (±1,1)
Não tem cárie (n = 42)	1,5 (±0,9) <sup>b</sup>	1,3 (±1,1)
<b>Índice de dentes Cariados, Perdidos e Obturados - CPO</b>		
Nenhum (n = 32)	1,4 (±0,8) <sup>b</sup>	1,3 (±1,1)
1 a 5 (n = 99)	2,0 (±0,8) <sup>a</sup>	1,4 (±1,1)
Mais de 5 (n = 33)	2,2 (±0,9) <sup>a</sup>	1,5 (±1,0)

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

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; 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. 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” 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.

#### 4.5. 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 é realizada 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<sub>11-14</sub> 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<sub>11-14</sub> 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 do mínimo de 2 para o máximo de 82, ou seja, nenhum indivíduo respondeu “nunca” a todas as perguntas, o resultado no Brasil foi semelhante, do mínimo de 0 para o máximo de 88. 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 (Oliveira, 2007).

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 Oraís” (média = 6,0). 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”.

**Tabela 6.** Comparação dos valores da média (desvio padrão) da escala total e das sub escala do CPQ<sub>11-14</sub> de acordo com as variáveis socio-demográficas e grupos clínicos (n = 164).

	Total CPQ	Limitações Funcionais	Sintomas Oraís	Bem-estar Emocional	Bem-estar Social
<b>Género</b>					
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)
<b>Idade</b>					
11 - 12 anos (n = 84)	26,0 (±16,3) <sup>a</sup>	7,4 (±4,5) <sup>a</sup>	6,8 (±3,7) <sup>a</sup>	6,4 (±6,0) <sup>a</sup>	5,4 (±6,1) <sup>a</sup>
13 - 14 anos (n = 80)	17,8 (±13,8) <sup>b</sup>	5,5 (±4,6) <sup>b</sup>	5,2 (±3,3) <sup>b</sup>	4,3 (±5,6) <sup>b</sup>	2,8 (±4,4) <sup>b</sup>
<b>Cárie</b>					
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)
<b>Selante de fissuras</b>					
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)
<b>CPO</b>					
Nenhum (n = 32)	18,1 (±13,2) <sup>b</sup>	5,7 (±3,8)	5,0 (±3,2) <sup>b</sup>	4,8 (±6,0)	2,7 (±3,7) <sup>b</sup>
1 a 5 (n = 99)	21,4 (±15,3) <sup>a,b</sup>	6,6 (±4,8)	5,8 (±3,4) <sup>b</sup>	5,1 (±5,7)	4,0 (±5,6) <sup>b</sup>
Mais de 5 (n = 33)	27,4 (±17,6) <sup>a</sup>	6,7 (±4,8)	7,8 (±3,8) <sup>a</sup>	6,8 (±6,3)	6,1 (±6,3) <sup>a</sup>
<b>IPB</b>					
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 homogêneos de acordo com o teste de Mann-Whitney, a 95 % de confiança

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 Oraís”, “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 caria-

dos, 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”.

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”.

#### **4.6. 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 morbidades 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).

### **5. 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:

- 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 cáries. Quanto ao CPO, a conclusão 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). 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.
- Os impactos da condição oral na qualidade de vida mais referidos foram “Limitações Funcionais” e “Sintomas Oraís”. 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”.

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.

## BIBLIOGRAFIA

- ADULYANON, S.; VOURAPUKJARU, J.; SHEIHAM, A. (1996). Oral Impacts affecting daily performance in a low dental disease Thai population. In: *Community, Dentistry and Oral Epidemiology*, 24 (6/December), pp.385-89.
- CARVALHO, B. M.; SILVA, P. V.; CIMÕES, R.; ARAÚJO, A. C. S. (2007). Influência do Número de dentes no desempenho de actividades diárias. In: *Odontologia Clínica e Científica*, 6 (3/ Jul.-Set.), pp. 229-32.
- 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. In: *Community, Dentistry and Oral Epidemiology*, 34 (1/February), pp. 53-62.
- 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. In: *Journal of Dental Research*, 81(7), pp.459-63.

- 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.
- 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.
- LOCKER, D.; ALLEN, F. (2007). What do measures of 'oral health-related quality of life' measure?. In: *Community, Dentistry and Oral Epidemiology*, 35 (6/December) pp. 401-11.
- MASALU, J. R.; ASTROM, A. N. (2002). Social and behavioral correlates of oral quality of life studied among university students in Tanzania. In: *Acta Odontologica Scandinavica*. 60 (6/ December), pp. 353-9.
- MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, 5 (1), pp. 7-18.
- 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.
- 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.
- PETERSEN, P. E. (2008). World Health Organization global policy for improvement of oral health – World Health Assembly 2007, World Health Organization Geneva, Switzerland. In: *International Dental Journal*, 58 (2008) pp. 115-21.
- 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. In: *Community, Dentistry and Oral Epidemiology*, 29 (3/June), pp. 195-203.
- 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, 93-104.
- 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. In: *Community, Dentistry and Oral Epidemiology*, 32 (2/April), pp. 107-14.
- THE WHOQOL GROUP (1995). **Special Issue on Health-Related Quality of Life: what is it and how should we measure it?**. In: *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.
- TSAKOS, G.; MARCENES, W.; SHEIHAM, A. (2001). Cross-cultural differences in oral impacts on daily performance between Greek and British older adults. In: *Community Dental Health*, 18, pp.209-13.