

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA

MARCELA VIEIRA CALMON

**QUALIDADE DE VIDA E FELICIDADE RELACIONADAS A SAÚDE BUCAL EM
ADOLESCENTES**

VITÓRIA
2021

MARCELA VIEIRA CALMON

**QUALIDADE DE VIDA E FELICIDADE RELACIONADAS A SAÚDE BUCAL EM
ADOLESCENTES**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Espírito Santo como requisito final à obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva, área de concentração em Epidemiologia.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Helena Monteiro de Barros Miotto.

VITÓRIA
2021

Ficha catalográfica disponibilizada pelo Sistema Integrado de
Bibliotecas - SIBI/UFES e elaborada pelo autor

C164g Calmon, Marcela Vieira, 1982-
Qualidade de vida e felicidade relacionadas a saúde bucal
em adolescentes / Marcela Vieira Calmon. - 2021.
132 f. : il.

Orientadora: Maria Helena Monteiro de Barros Miotto.
Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal
do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Qualidade de vida. 2. Adolescentes. 3. Saúde bucal. I.
Miotto, Maria Helena Monteiro de Barros. II. Universidade
Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde. III.
Título.

CDU: 614

MARCELA VIEIRA CALMON

**QUALIDADE DE VIDA E FELICIDADE RELACIONADAS A SAÚDE BUCAL EM
ADOLESCENTES**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Espírito Santo, em 13 de agosto de 2021, como requisito final à obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva, área de concentração em Epidemiologia.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Maria Helena Monteiro de Barros Miotto
Universidade Federal do Espírito Santo
Orientadora

Prof^ª. Dr^ª. Ana Paula Santana Coelho Almeida
Universidade Federal do Espírito Santo
Membro Interno

Prof. Dr^ª. Luciane Bresciani Salaroli
Universidade Federal do Espírito Santo
Membro Interno

Prof^ª. Dr^ª. Ludmilla Awad Barcellos
Membro Externo

Prof^ª. Dr^ª. Daniela Feu Rosa Kroeff de Souza Laignier
Membro Externo

À minha filha SOPHIA que me acompanhou desde o 4 mês de vida para a prova de seleção e mesmo sem saber o significado de tudo isso, aceitou a minha ausência por tantos momentos para que eu pudesse chegar até aqui. Filha, que um dia você entenda o quanto é importante sonhar e ir em busca daquilo que acredita.

Estarei sempre ao seu lado. Obrigada por tanto!

AGRADECIMENTOS

À DEUS por me guiar na estrada da vida e proporcionar-me saúde e proteção em todos os momentos.

Aos meus pais, DURVAL e MARIA DILZA, pelo esforço e dedicação em prol de minha formação humana e profissional. Muitas vezes tentamos entender os desígnios de Deus em nossas vidas, mas somente o tempo pode nos mostrar o sentido de tudo. Hoje eu entendo que cada dificuldade foi para algo maior e sou grata por isso.

Ao meus sogros, EDITE e EPAMINONDAS, que me apoiaram em todos os momentos e em tantas idas a Vitória me acolheram com carinho e amor.

À minha filha SOPHIA e ao TICO, pelos sorrisos, lambidas e abraços sinceros a cada retorno para casa. A NETE, minhas irmãs, amigas-irmãs, primos e primas, tios e tias por torcerem por mim.

Ao EDUARDO, pelas palavras de incentivo e por sempre acreditar que eu posso ir mais longe. Seu amor me faz querer ser melhor a cada dia, temos muito a viver juntos ainda.

Aos meus avós, em especial a vovó EDINA, exemplo de vida e amor que carrego em meu coração. Seus ensinamentos estarão para sempre presentes em minha vida. Te amo.

A minha professora, orientadora e grande amiga MARIA HELENA MONTEIRO DE BARROS MIOTTO por ser o espelho de professora e pesquisadora que busco em minha vida e pelo carinho diferencial de sempre. Meu mais sincero agradecimento, pela confiança constante, quando eu mesmo não acreditava em minha capacidade. Agradeço a Deus pela oportunidade de nossos caminhos terem se cruzado.

Aos professores e colegas do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, vocês foram fundamentais para tornar essa jornada leve e rica em sabedoria.

Aos colegas de profissão, em especial Breno e Rodrigo, que apoiaram a pesquisa de todas as formas.

Aos adolescentes que permitiram que eu os acompanhasse e aprendesse um pouquinho mais sobre esse universo do qual fiz parte um dia. Aos professores e funcionários das escolas que me acolheram e abraçaram essa pesquisa.

RESUMO

Introdução: A adolescência para a Odontologia representa um período considerado de risco em relação aos agravos de saúde bucal devido a um maior risco para inúmeros problemas bucais, em decorrência do limitado controle do biofilme dentário e da diminuição dos cuidados de higiene oral. **Objetivo:** Avaliar o impacto das desordens bucais na qualidade de vida; a relação da saúde bucal com a felicidade; e as associações entre qualidade de vida e felicidade e variáveis sociodemográficas, clínicas bucais e de utilização de serviços odontológicos em adolescentes. **Métodos:** A amostragem consistiu em 387 adolescentes de 05 escolas públicas das zonas urbana e rural. Quatro roteiros estruturados foram aplicados e exame clínico tátil visual foi realizado. Qualidade de vida associada à saúde bucal foi verificada pelo OHIP-14. Felicidade foi verificada pela SHS. A associação entre as variáveis foi verificada pelos testes estatísticos: Teste T; Teste Qui-Quadrado; Teste Exato de Fischer; Teste de Mantel-Haenzsel; Teste Razão dos Produtos Cruzados (OR). Foram ajustados modelos de regressão logística para cada dimensão do OHIP e teste t para associação entre qualidade de vida relacionada a saúde bucal e felicidade. O pacote estatístico *IBM SPSS 20* foi utilizado para esta análise. **Resultados:** A frequência de impacto da condição bucal na qualidade de vida foi de 26,4%. Morar na zona rural esteve associado a menor impacto da saúde bucal na qualidade de vida ($p=0,017$). Cárie e perda dentária foram estatisticamente significantes, todavia quando realizada a regressão logística a maior predição de impacto da saúde bucal na vida dos adolescentes esteve associada à sexo [OR 1,760 (1,078-2,875)], halitose [OR 2,383 (1,405-4,041)] e apinhamento [OR 2,072 (1,262-3,401)]. Foi encontrada média 4,84 de felicidade entre os adolescentes. Ser do sexo masculino ($p=0,011$), ter idade entre 17 e 19 anos ($p=0,019$), morar e estudar na zona rural ($p=0,000$) estiveram associados a melhores níveis de felicidade. Além disso, foi encontrada relação positiva entre a felicidade e a qualidade de vida relacionada a saúde bucal em adolescentes ($p=0,001$). **Considerações finais:** Esses resultados mostram-se importantes para redirecionar a atenção à saúde bucal para esse grupo específico. Baseando-se no impacto das condições bucais para os adolescentes, esforços de promoção da saúde devem

estar no centro das políticas públicas de saúde a esta população pois os problemas de saúde bucal são em sua maioria cumulativos e se agravarão com o passar do tempo.

Palavras-chave: Saúde Bucal. Adolescência. Qualidade de vida. Felicidade. Impacto social da doença.

ABSTRACT

Introduction: Adolescence for Dentistry represents a period considered at risk in relation to oral health problems due to a greater risk for numerous oral problems, due to the limited control of dental biofilm and the reduction in oral hygiene care.

Objective: To assess the impact of oral disorders on quality of life; the relationship between oral health and happiness; and the associations between quality of life and happiness and sociodemographic variables, oral clinics and use of dental services in adolescents.

Methods: The sample consisted of 387 adolescents from 05 public schools in urban and rural areas. Four structured scripts were applied and visual tactile clinical examination was performed. Quality of life associated with oral health was verified by the OHIP-14. Happiness has been verified by SHS. The association between the variables was verified by statistical tests: Test T; Chi-Square Test; Fischer's exact test; Mantel-Haenzsel Test; Cross Products Ratio Test (OR). Logistic regression models were adjusted for each dimension of the OHIP and t-test for the association between quality of life related to oral health and happiness.

Results: The frequency of impact of oral condition on quality of life was 26.4%. Living in rural areas was associated with a lower impact of oral health on quality of life ($p=0,017$). Caries and tooth loss were statistically significant, however, when logistic regression was performed, the greatest prediction of the impact of oral health on adolescents' lives was associated with sex [OR 1,760 (1,078-2,875)], halitosis [OR 2,383 (1,405-4,041)] and crowding [OR 2,072 (1,262-3,401)]. An average of 4.84 happiness was found among adolescents. Being male ($p=0,011$), being between 17 and 19 years old ($p=0,019$), living and studying in the rural area ($p=0,000$) were associated with better levels of happiness. Furthermore, a positive relationship was found between happiness and quality of life related to oral health in adolescents ($p=0,001$).

Final considerations: These results are important to redirect oral health care to this specific group. Based on the impact of oral conditions on adolescents, health promotion efforts should be at the center of public health policies for this population, as oral health problems are mostly cumulative and will worsen over time.

Keywords: Oral Health. Adolescence. Quality of life. Happiness. Social impact of the disease.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Modelo explicativo da Qualidade de Vida Global proposto por Wilson e Cleary	19
Figura 2 – Variáveis explicativas para qualidade de vida relacionada a saúde bucal	37
Figura 3 – Variáveis explicativas para Felicidade	38
Quadro 1 – População e amostra dos adolescentes de 15 a 19 anos de Linhares, ES, 2018	35
Quadro 2 – Variáveis independentes, definição e operacionalização	39

ARTIGO 1

Figure 1. Flowchart of the process of identification and selection of articles for inclusion in the integrative review.....	52
Figure 2. Number of articles included in the integrative review according to the publication period.....	54

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1

Table 1. Search strategy and numbers of articles found in each database	50
Table 2. Characteristics of the instruments for assessing the impact of oral problems on quality of life	54
Table 3. Description of the psychometric properties of the Portuguese language versions of instruments developed in the context of the OHRQoL	59

ARTIGO 2

Tabela 1 – Dados demográficos de 387 adolescentes de 15 a 19 anos de um município do sudeste do Brasil	79
Tabela 2 – Utilização de serviços de saúde bucal e variáveis clínicas bucais de 387 adolescentes de 15 a 19 anos de um município do sudeste do Brasil	81
Tabela 3 – Impacto da saúde bucal de 387 adolescentes de 15 a 19 anos de um município do sudeste do Brasil	82
Tabela 4 – Distribuição de frequência das exposições quanto à prevalência de impacto na qualidade de vida por dimensão em 387 adolescentes de 15 a 19 anos de um município do sudeste do Brasil	83
Tabela 5 – Regressão logística do impacto de saúde bucal na qualidade de vida de 387 adolescentes de 15 a 19 anos de um município do sudeste do Brasil	85

ARTIGO 3

Tabela 1 – Dados demográficos de 387 adolescentes de 15 a 19 anos de um município do sudeste do Brasil	102
Tabela 2 – Escala subjetiva de felicidade de 387 adolescentes de 15 a 19 anos de um município do sudeste do Brasil	103
Tabela 3 – Felicidade segundo dados sociodemográficos de 387 adolescentes de 15 a 19 anos de um município do sudeste do Brasil	104
Tabela 4 – Média de felicidade de 387 adolescentes de 15 a 19 anos de um município do sudeste do Brasil, segundo a zona de moradia	104
Tabela 5 – Relação entre a felicidade e qualidade de vida relacionada a saúde bucal de 387 adolescentes de 15 a 19 anos de um município do sudeste do Brasil	105

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CPO-d	Índice de dentes cariados, perdidos e/ou obturados
CSE	Condição socioeconômica
DeCS	<i>Health Sciences Descriptors</i>
HRQoL	<i>Quality of life related to oral health</i>
ICC	<i>The intraclass correlation coefficient</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
Meshterms	Medical Subject Headings
OHIP	<i>Oral health impact profile</i>
OHRQoL	quality of life related to oral health
OMS	Organização Mundial da Saúde
OR	Teste Razão dos Produtos Cruzados
QVRSB	Qualidade de vida relacionada a saúde bucal
SHS	<i>The Subjective happiness scale</i>
TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	REVISÃO DE LITERATURA	18
2.1	QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA A SAÚDE	18
2.1.1	Medidas subjetivas de saúde bucal	20
2.1.2	Impacto da condição bucal na qualidade de vida	23
2.2	FELICIDADE E SAÚDE BUCAL	25
2.3	ADOLESCENCIA E SAÚDE BUCAL	28
3	OBJETIVOS	32
3.1	OBJETIVO DO ARTIGO 1	32
3.2	OBJETIVO DO ARTIGO 2	32
3.3	OBJETIVO DO ARTIGO 3	32
4	MATERIAIS E METODOS	33
4.1	TIPO DE ESTUDO E DELINEAMENTO DA PESQUISA	33
4.2	LOCAL DO ESTUDO	33
4.3	POPULAÇÃO – UNIVERSO AMOSTRAL	33
4.4	TAMANHO E SELEÇÃO DA AMOSTRA	34
4.5	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	36
4.6	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	36
4.7	VARIÁVEIS DEPENDENTES	36
4.8	VARIÁVEIS INDEPENDENTES	38
4.9	COLETA DE DADOS	40
4.10	TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS	44
4.11	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	45
5	RESULTADOS	46
5.1	ARTIGO 1	46
5.2	ARTIGO 2	72
5.3	ARTIGO 3	95
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	114
	REFERÊNCIAS	115
	APÊNDICES	121

APÊNDICE A – ROTEIRO PARA REGISTRO DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	121
APÊNDICE B – ROTEIRO PARA REGISTRO DAS VARIÁVEIS DE UTILIZAÇÃO DO SERVIÇO E CLÍNICAS BUCAIS	123
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	125
APÊNDICE D – TERMO DE ASSENSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	126
ANEXOS	127
ANEXO A – PERFIL DO IMPACTO DA SAÚDE BUCAL (OHIP-14)	127
ANEXO B – ESCALA SUBEJTIVA DA FELICIDADE (SHS)	128
ANEXO C – CARTA DE AUTORIZAÇÃO SEDU	129
ANEXO D – CARTA DE APROVAÇÃO CEP/UFES	130

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a qualidade de vida pode ser definida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHO, 1995. p. 1405).

As definições de qualidade de vida são diversas, contudo, o conceito só tem significado no nível pessoal. Questões muito particulares estão relacionadas com o termo qualidade e sua designação está também vinculada às percepções subjetivas (MOREIRA; NICO; TOMITA, 2007).

Da mesma forma, o termo felicidade tem sido relacionado com diversas definições associadas a uma construção multidimensional. O bem-estar subjetivo, também chamado de felicidade, é definido como uma ampla categoria que inclui respostas emocionais das pessoas, satisfações dominantes e julgamento global de satisfação de vida (DIENER, 2000; DIENER et al., 1999).

Os estudos envolvendo o bem-estar subjetivo têm grande importância no entendimento do ser humano a partir de suas potencialidades, de suas forças e de suas virtudes (PASSARELLI-CARRAZZONI; DA SILVA, 2012).

Os principais problemas bucais não apresentam ameaça a vida, sendo compostos de episódios agudos e prontamente tratáveis. Assim, muitas vezes, seus impactos no bem-estar não são tão visíveis podendo minimizar o contexto de outras condições crônicas mais sérias (MIOTTO et al., 2019).

A adolescência é um período de transição entre a infância e a vida adulta, caracterizado pelos impulsos do desenvolvimento físico, mental, emocional, sexual e social, e ainda pela necessidade do indivíduo em alcançar os objetivos relacionados às expectativas culturais da sociedade em que vive e ser aceito por ela (PAREDES et al., 2015).

A adolescência para a Odontologia representa um período considerado de risco em relação aos agravos de saúde bucal devido à possibilidade de ocorrência de

distúrbios alimentares, com uma tendência de aumento no consumo de alimentos mais açucarados e distúrbios comportamentais, com certa resistência em relação à higiene bucal, o que leva os jovens a apresentarem risco aumentado à cárie dentária e a doença periodontal (LIMA et al., 2016).

Apesar de um importante incremento nas pesquisas sobre o impacto das desordens bucais na qualidade de vida dos adolescentes, em sua maioria, essas investigações são limitadas a grupos específicos, e são raros aqueles relativos ao contexto brasileiro, como por exemplo um município de interior e ainda considerando os jovens que vivem na zona rural.

Assim, o presente estudo teve como objetivo avaliar o impacto das desordens bucais na qualidade de vida; a relação da saúde bucal com a felicidade; e as associações entre qualidade de vida e felicidade e variáveis sociodemográficas, clínicas bucais e de utilização de serviços odontológicos em adolescentes.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA A SAÚDE

A 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. O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

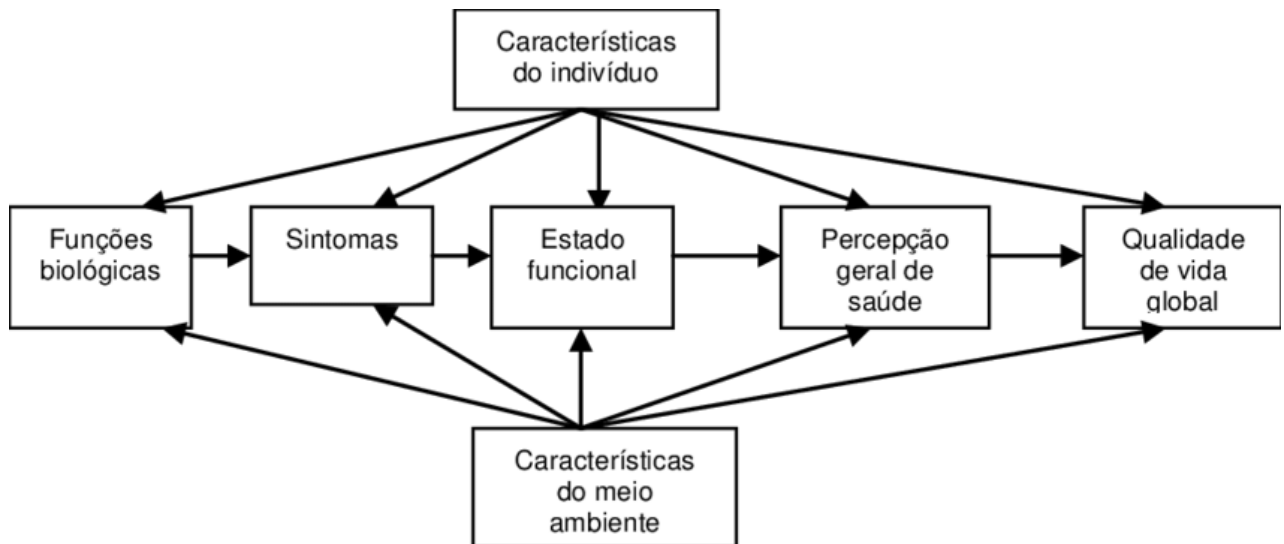
Segundo a OMS (1995), a qualidade de vida pode ser definida como a percepção individual sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais ele vive, e em relação aos objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Essa definição é centrada na percepção subjetiva das diversas dimensões, que incluem saúde física, estado psicológico, nível de independência, interações sociais com o meio ambiente e crenças religiosas, entre outros tantos aspectos que podem ser derivados dela.

Um amplo comportamento social veio para substituir o paradigma médico que valoriza a doença e não a saúde, e contemplou um novo modelo, o socioambiental, que valoriza a saúde e se compromete a desenvolver novas maneiras para medir percepções, sentimentos e comportamentos, dando uma crescente importância às experiências subjetivas de cada indivíduo e às suas interpretações de saúde e doença (LOCKER; ALLEN, 2007).

A qualidade de vida relacionada à saúde refere-se à percepção do indivíduo sobre a sua situação de vida frente a uma doença além de suas consequências e seus tratamentos, ou seja, como a enfermidade afeta sua condição de vida (DA CRUZ; COLLET; NÓBREGA, 2018).

De acordo com o modelo proposto por Wilson e Cleary (1995), a qualidade de vida relacionada à saúde experimentada por uma pessoa não é determinada apenas pela natureza e gravidade da doença, mas também por suas características individuais e do meio ambiente (Figura 1).

Figura 1 – Modelo explicativo da Qualidade de Vida Global proposto por Wilson e Cleary.



Fonte: Wilson e Cleary (1995).

O esquema fornece uma estrutura para o entendimento dos conceitos principais e relações entre indivíduos e variáveis ambientais, sintomas, funcionamento, percepções gerais de saúde e qualidade de vida global. A maior parte desses conceitos, representados como uma cadeia linear de variáveis biológicas até percepções globais de qualidade de vida, se enquadram no conceito amplo e inclusivo de qualidade de vida relacionada à saúde (FOSTER PAGE et al., 2013).

A qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB) compreende um conjunto aparentemente complexo de aspectos biológicos e psicológicos da saúde bucal. O modelo proposto torna-se importante pois garante a inclusão de todos os domínios

relevantes no constructo da qualidade de vida, mas por outro lado, dificulta a investigação e a interpretação dos dados sobre as questões subjetivas. Por esse motivo, uma série de estudos tentam descobrir as relações complexas entre QVRSB e as características sociodemográficas, psicossociais e clínicas dos indivíduos (FOSTER PAGE et al., 2013).

2.1.1 Medidas subjetivas de saúde bucal

Geralmente, a avaliação das necessidades das pessoas ignora os aspectos sociocomportamentais e culturais, levando em conta apenas as necessidades normativas sem considerar a percepção subjetiva do indivíduo (LEAO; SHEIHAM, 1996).

Sabe-se que os sinais clínicos da doença, observados profissionalmente, representam apenas um dos aspectos da saúde das pessoas. Para eliminar essa lacuna, há uma crescente inclusão das avaliações subjetivas da função e do bem-estar para descrever a saúde de pacientes e populações.

Nesse sentido, reconhecendo a limitação de estudos focados exclusivamente nos aspectos normativos, cada vez mais pesquisadores têm investigado os problemas de saúde bucal como importantes causadores de impacto negativo na qualidade de vida dos indivíduos.

Os indicadores objetivos tradicionalmente utilizados, constituem medidas clínicas úteis para mensurar a necessidade normativa de tratamento sob a ótica do profissional, contudo, não trazem informações a respeito do impacto que a condição bucal possui na qualidade de vida (BIAZEVIC et al., 2008).

A criação dos indicadores de QVRSB surge da necessidade de conhecer a condição de saúde percebida subjetivamente ou o impacto dos problemas de saúde bucal sobre a qualidade de vida, levando-se em consideração aspectos sociopsíquicos que, até então, eram ignorados pelos sistemas normativos de determinação dessas necessidades (LEAO; SHEIHAM, 1996).

Para Biazevic et al. (2008), os indicadores subjetivos em saúde bucal produzem maior evidência na detecção de problemas que os indicadores objetivos não identificam, tais como percepção da condição bucal, impacto da percepção na qualidade de vida e alterações na produtividade de uma sociedade.

Sua utilização deve ser complementar à dos indicadores objetivos, permitindo uma visão ampla do diagnóstico e dos objetivos do tratamento, envolvendo as percepções normativas e subjetivas, que consideram a qualidade de vida do paciente de maneira igualmente importante (FEU; QUINTÃO; MIGUEL, 2010).

Avaliar o impacto da QVRSB torna-se importante, uma vez que a interpretação da saúde deve ser multidimensional, levando-se em conta tantos os indicadores biológicos quanto os não biológicos e auxiliar na formulação de políticas públicas de promoção a saúde (DOS SANTOS et al., 2020).

Desde o final da década de 80, houve a publicação de artigos propondo medidas subjetivas relacionadas a saúde bucal (CUSHING; SHEIHAM; MAISELS, 1986), ademais percebe-se que a partir do ano 2000 esse número tem aumentado, mostrando uma preocupação antiga, mas permanente para explicar o desfecho qualidade de vida.

Os primeiros instrumentos foram desenvolvidos para o público de idosos e adultos (CUSHING; SHEIHAM; MAISELS, 1986; ATCHISON; DOLAN, 1990; STRAUSS; HUNT, 1993; LOCKER; MILLER, 1994; LEAO; SHEIHAM, 1996; SLADE; SPENCER, 1994). Mais tarde, novas medidas propuseram avaliar crianças de diversas idades (GHERUNPONG; TSAKOS; SHEIHAM, 2004; JOKOVIC et al., 2002; JOKOVIC et al., 2004), e a partir de 2006, os adolescentes também passaram a ser incluídos nas medidas da QVRSB (KLAGES et al., 2006).

Um desses instrumentos, proposto por Slade e Spencer (1994) para ser usado de maneira complementar aos indicadores objetivos, foi então desenvolvido e testado para avaliar o impacto social da doença bucal – *Oral Health Impact Profile (OHIP)* / Perfil do impacto da saúde bucal.

Possui, em sua versão original, 49 itens subdivididos nas sete dimensões propostas. Com o propósito de produzir uma versão mais reduzida e menos complexa do

instrumento original, um novo estudo foi realizado com uma amostra aleatória estratificada de idosos com 60 anos ou mais, residentes na Austrália, no período de 1991 a 1992. Foram eliminadas as questões que causavam maiores problemas de interpretação, e testes estatísticos foram utilizados na intenção de construir um subgrupo de dez a quinze questões que abrangessem a maior quantidade de informações contidas no OHIP original. O autor concluiu que 14 itens eram efetivos para determinar as mesmas associações com os fatores clínicos e sociodemográficos, apresentando, assim, boa confiabilidade, validade e precisão (SLADE, 1997).

Desenvolvido originalmente no idioma inglês e em diferente contexto sociocultural, ao longo do tempo o OHIP tem sido traduzido em diversos idiomas. Inclusive foi traduzido transculturalmente e validado para o idioma português do Brasil (OLIVEIRA; NADANOVSKY, 2005).

O OHIP foi desenvolvido utilizando-se do modelo conceitual adaptado por Locker (1988), que supõe que o conteúdo qualidade de vida relacionada com a saúde bucal apresenta sete dimensões conceituais: limitação funcional; dor física; desconforto psicológico; incapacidade física; incapacidade psicológica; incapacidade social; e deficiência.

As quatorze questões são divididas duas a duas em cada uma das dimensões. Limitação funcional diz respeito a problemas na fala ou em sentir o sabor dos alimentos; dor física aborda questões sobre dor e incômodo para comer por causa de problemas bucais; desconforto psicológico se refere a preocupação com a situação da boca; incapacidade física se refere à impressão de que a alimentação ficou pior por causa de problemas com a boca; incapacidade psicológica diz respeito ao sentimento de vergonha ou dificuldade em descansar/relaxar por causa da boca; incapacidade social aborda irritação ou dificuldade de realizar as atividades diárias; e a deficiência diz respeito a incapacidade para a realização das tarefas diárias bem como menor satisfação por causa da condição bucal. Essas dimensões apresentam-se em uma ordem hierárquica de impacto crescente na vida do indivíduo e, coletivamente, indicam o “impacto social” da doença.

O OHIP é um indicador subjetivo desenvolvido para fornecer uma medida abrangente das disfunções, desconforto e incapacidade autoavaliada atribuída à condição bucal, complementando os indicadores tradicionais de epidemiologia bucal e, desse modo, fornecendo informações da percepção sobre o impacto dos problemas bucais (BOMBARDA-NUNES; MIOTTO; BARCELLOS, 2008).

É uma medida que produz evidências de validade podendo ser utilizado para mensurar o impacto dos problemas de saúde bucal na qualidade de vida das pessoas, principalmente se for utilizado como complementar aos indicadores objetivos tradicionalmente utilizados.

Tem sido o instrumento mais utilizado para avaliar o impacto causado por condições bucais no bem-estar e na qualidade de vida das pessoas (SANDERS et al., 2009; GABARDO; MOYSÉS; MOYSÉS, 2013). E sua utilização pode ser útil para o planejamento dos serviços odontológicos, priorizando o atendimento das pessoas com alta prevalência de impactos (MIOTTO; BARCELLOS; VELTEN, 2012).

Dessa forma, as avaliações subjetivas devem ser interpretadas como aportes críticos essenciais aos indicadores clínicos, auxiliando no refinamento dos diagnósticos e na identificação de pessoas ou grupos populacionais em situação de vulnerabilidade, que precisam de intervenções complexas e, muitas vezes, personalizadas (GABARDO; MOYSÉS; MOYSÉS, 2013).

2.1.2 Impacto da condição bucal na qualidade de vida

A condição de saúde bucal tende a ter um impacto negativo na qualidade de vida do adolescente, independente da área demográfica (urbana ou rural) em que residam. (MATOS et al., 2020). Dentre as diversas desordens bucais que podem influenciar a vida das pessoas, destacam-se a cárie, a perda dentária, as más oclusões, a halitose e o traumatismo dental.

A cárie é a principal causa de perda dentária e sabe-se que seu tratamento melhora a qualidade de vida relacionada a saúde bucal a longo prazo (DE PAULA et al., 2015).

As más oclusões também possuem impacto social negativo devido à sua associação com limitações estéticas e funcionais (CORSO et al., 2016). Este efeito pode ser mais evidente durante a adolescência e puberdade, pois traços oclusais não estéticos podem induzir respostas sociais desfavoráveis entre jovens (DA ROSA et al., 2016).

Além da presença da má oclusão ter um impacto negativo na qualidade de vida, quanto mais grave ela for maior será o impacto (DA ROSA et al., 2016). Esse impacto negativo provavelmente está relacionado ao comprometimento estético dental e/ou esquelético causado no rosto do indivíduo. Um sorriso alterado ou uma aparência facial desfavorável pode causar desconforto psicológico em jovens afetados pela má oclusão, inibindo-os de manter interações sociais com seus pares (ROQUE et al., 2021).

Pesquisa realizada com o objetivo de avaliar o impacto da condição bucal na qualidade de vida em adolescentes de áreas rurais mostrou que indivíduos cujas famílias possuíam renda mensal menor e más oclusões mais graves tiveram uma percepção mais negativa da QVRSB, tendo o principal efeito negativo da má oclusão no bem-estar emocional (ROQUE et al., 2021). Isso demonstra consciência crescente de que distúrbios bucais podem impactar significativamente os jovens no seu bem-estar físico, social e psicológico.

Outra condição bucal importante para ser avaliada é a halitose. Ela pode ser medida através de aparelhos específicos para essa finalidade, mas também pode ser aferida pela percepção do indivíduo. A halitose apresenta um forte impacto social além de interferir na qualidade de vida e ser um importante indicador de doenças sistêmicas (LOPES et al., 2016).

O traumatismo dental possui alta prevalência entre crianças e adolescentes. Revisão crítica da literatura relata que os dentes anteriores quando traumatizados podem levar ao constrangimento tanto social como psicológico. Dessa forma, a medida da QVRSB é de suma importância para compreender as percepções subjetivas dos

indivíduos em relação à sua saúde e entender como o traumatismo dental pode se tornar um problema e afetar a vida de crianças, adolescentes e suas famílias (MARINHO et al., 2019).

No último levantamento epidemiológico de saúde bucal, intitulado SB Brasil 2010 – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2012), os adolescentes de 15 a 19 anos apresentaram ao menos um impacto em sua qualidade de vida relacionada a condições bucais em 39,4% da amostra. Condições bucais como, presença de carie, perda dentária, má oclusão entre outras, aumentaram negativamente o impacto na qualidade de vida nesses adolescentes.

Pesquisa realizada com adolescentes na região sudeste do Brasil apontou que 26,2% dos entrevistados relataram impacto na qualidade de vida em decorrência das condições bucais (MIOTTO et al., 2019), e em outro estudo realizado na região Sul do país o impacto chegou a 27,4% (DALLÉ et al., 2019).

Deve-se considerar que os problemas bucais são cumulativos e se agravam com o envelhecimento, assim esse resultado pode ser considerado bastante expressivo quando comparado a outros estudos realizadas em adultos e idosos que apresentaram frequências similares, 29% (BOMBARDA-NUNES; MIOTTO; BARCELLOS, 2008), 32,5% (MIOTTO; ALMEIDA; BARCELLOS, 2014) e 35% (MIOTTO; BARCELLOS; VELTEN, 2012).

Além disso, variáveis como sexo, raça/cor da pele, escolaridade, condição socioeconômica, representaram diferenças no impacto na qualidade de vida dos jovens em situação menos favorecida (BRASIL, 2012).

A condição socioeconômica tem sido relatada como importante preditor de impacto na QVRSB. Piores indicadores de renda média do bairro da escola, renda familiar e escolaridade materna, estão associadas a maiores impactos na QVRSB em adolescentes ao longo do tempo (SFREDDO et al., 2019).

2.2 FELICIDADE E SAÚDE BUCAL

Assim como a qualidade de vida, o termo felicidade tem sido usado com diversas definições. Essas diferentes interpretações e "significados" são muitas vezes misturadas e quando usada em um sentido amplo, a palavra felicidade chega a ser usada como sinônimo de 'qualidade de vida' ou 'bem-estar' (VEENHOVEN, 2015).

Avaliar o efeito da felicidade na saúde requer, antes de tudo, que definamos claramente esses conceitos (VEENHOVEN, 2008).

O bem-estar subjetivo, também chamado de felicidade, é definido como uma ampla categoria que inclui respostas emocionais das pessoas, satisfações dominantes e julgamento global de satisfação de vida (DIENER, 2000; DIENER et al., 1999).

Ambas as terminologias têm surgido ultimamente com muita frequência no campo das pesquisas na Psicologia Positiva. Essa nova abordagem tem procurado mensurar os mais diversos aspectos saudáveis que compõem a vida humana (PEREIRA; DE ARAÚJO, 2018).

A felicidade é definida, como a apreciação geral da vida como um todo, em resumo, o quanto se gosta da vida que se vive. De acordo com Veenhoven (2008), diversas pesquisas mostram que a felicidade facilita a criação e manutenção de redes de apoio, redes sociais. Melhora a saúde através de seus efeitos ativadores mais amplos, mantendo o corpo em forma e resiliente. Ainda as pessoas felizes fazem melhores escolhas na vida, porque estão mais abertas ao mundo e mais autoconfiantes.

A saúde tem sido definida como o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença, contudo esse conceito está distante de ser uma realidade, mas simboliza um compromisso, um objetivo a ser conquistado (WHO, 1995).

Os estudos envolvendo o bem-estar subjetivo têm grande importância no entendimento do ser humano a partir de suas potencialidades, de suas forças e de suas virtudes (PASSARELLI-CARRAZZONI; DA SILVA, 2012).

A felicidade tem sido relacionada a diversas definições associadas a uma construção multidimensional. Geralmente, correlaciona-se a uma série de resultados

de saúde favoráveis por meio de sua relação com respostas biológicas positivas ao estresse, e ainda, com estilos de vida saudáveis e comportamentos prudentes em relação a saúde (PIQUERAS et al., 2011). Incluindo nesse contexto os desfechos relacionados a saúde bucal.

Pesquisa realizada no sul do Brasil aponta que os problemas bucais, como cárie e má oclusão, são determinantes na redução do grau de felicidade em crianças (TUCHTENHAGEN et al., 2015). A má oclusão pode afetar outros aspectos subjetivos da vida da criança, como a felicidade autorrelatada (DA ROSA et al., 2016).

Ainda, aspectos sociodemográficos como baixa renda e piores condições de moradia reduzem a felicidade de adolescentes. Da mesma forma, aqueles que não tinham visitado o dentista nos últimos 6 meses e possuíam mais lesões de cárie obtiveram pontuações menores nos índices de felicidade (TUCHTENHAGEN et al., 2020).

É possível relacionar a qualidade de vida e a felicidade. Estudo longitudinal aponta que um maior impacto na QVRSB foi associado com menores níveis de felicidade (TUCHTENHAGEN et al., 2020). Essa constatação de que a felicidade agrega à saúde abre novos caminhos para a promoção da saúde e os cuidados de saúde pública preventiva, em particular. Isso implica que se pode tornar as pessoas mais saudáveis tornando-as mais felizes.

Investigar a felicidade de um indivíduo, um grupo de pessoas, país ou população, torna-se algo possível com a existência de um adequado instrumento de pesquisa. Tomando como base essa possibilidade, os estudiosos recorreram às mais variadas fontes teóricas, filosóficas e estatísticas ao longo do tempo para a construção de medidas que pudessem atender ao objetivo de avaliar a felicidade das pessoas. (PEREIRA; DE ARAÚJO, 2018).

Atualmente existem diversas medidas utilizadas para a mensurar a felicidade. Um desses instrumentos é conhecido como a Escala Subjetiva da Felicidade - *The Subjective Happiness Scale* (SHS). Desenvolvido por Lyubomirsky e Lepper (1999), o instrumento possibilita a mensuração da felicidade subjetiva através de dois componentes: afetivo, relacionado as experiências afetivas versus as

desagradáveis; e cognitivo, relacionado ao atendimento de suas necessidades. Conta com quatro itens para avaliar a felicidade dos adolescentes e utiliza uma escala de frequência do tipo Likert com sete opções em grau crescente de felicidade.

A escala considera a felicidade da própria perspectiva do respondente. Os itens que compõem a escala mostraram excelente consistência interna (Alfa de Cronbach 0,86). A variabilidade teste-reteste variou de 0,55 a 0,90, com média 0,72. A escala é, portanto, adequada para diferentes grupos etários, ocupacionais, linguísticos e culturais, além de ser fácil de implementar, com formato reduzido e mesmo assim preciso (LYUBOMIRSKY; LEPPER, 1999).

Validado no Brasil, o instrumento apresentou propriedades psicométricas satisfatórias produzindo medidas validas e confiáveis para avaliar a felicidade (DAMÁSIO; ZANON; KOLLER, 2014; RODRIGUES; SILVA, 2010).

Apesar de um incremento recente nas pesquisas sobre o impacto das desordens bucais na felicidade das pessoas, em sua maioria essas investigações são limitadas a grupos específicos, sendo raros aqueles relativos ao contexto brasileiro, em especial em adolescentes, incluindo os que vivem na zona rural.

2.3 ADOLESCENCIA E SAÚDE BUCAL

A adolescência, período da vida humana entre a infância e a idade adulta, é uma fase específica do desenvolvimento, caracterizada por uma série de mudanças e transformações anatômicas, fisiológicas, psicológicas e sociais (LIMA et al., 2016).

A OMS circunscreve a adolescência à segunda década da vida (de 10 a 19 anos) e considera que a juventude se estende dos 15 aos 24 anos. Esses conceitos comportam desdobramentos, identificando-se adolescentes jovens (de 15 a 19 anos) e adultos jovens (de 20 a 24 anos). A lei brasileira considera adolescente a faixa etária de 12 a 18 anos (BRASIL, 2007).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e de Estatística (IBGE), no censo de 2010, o Brasil registrou 190.755.799 milhões de habitantes, sendo que 17,9% estavam no período da adolescência (BRASIL, 2010).

Importante contextualizar que a adolescência deve ser definida por aquilo que está ao redor, pelos contextos socioculturais, pela sua realidade, situando-as em seu tempo, em sua cultura. Usar esse ponto de vista é passar a fazer perguntas a respeito do sujeito, nas dimensões social, político-institucional e pessoal, e, a partir daí, identificar questões que podem aumentar o grau de vulnerabilidade dos adolescentes frente aos riscos, tais como: questões de gênero cruzadas com raça/etnia e classe social; condições de vida; condições de saúde; acesso ou não à informação; insuficiência de políticas públicas em saúde e educação (BRASIL, 2007).

Vulnerabilidade significa a capacidade do indivíduo ou do grupo social de decidir sobre sua situação de risco, estando diretamente associada a fatores individuais, familiares, culturais, sociais, políticos, econômicos e biológicos (BRASIL, 2007).

Essa fase de desenvolvimento é caracterizada por diversos conflitos, inseguranças, descobertas e intensidade na vivência, com os envolvimento afetivos e sexuais e o contato físico mais forte. Nesse contexto de intensidades, pode acontecer o negligenciamento das medidas de autocuidado com a saúde, sendo, portanto, um período considerado de risco em relação aos agravos de saúde bucal (PAREDES et al., 2015).

A adolescência para a Odontologia representa, portanto, um período de atenção em relação aos agravos de saúde bucal devido à possibilidade de ocorrência de distúrbios alimentares, com uma tendência de aumento no consumo de alimentos mais açucarados e distúrbios comportamentais, com certa resistência em relação à higiene bucal, o que leva os jovens a apresentarem risco aumentado à cárie dentária e a doença periodontal (LIMA et al., 2016).

Nesse período da vida, é observado um maior risco para inúmeros problemas bucais, em decorrência do limitado controle do biofilme dentário e da diminuição dos cuidados de higiene oral (DOS SANTOS et al., 2020).

A literatura tem apontado a necessidade de se avaliar o padrão de utilização dos serviços odontológicos bem como a regularidade do hábito de se visitar o dentista (ECHEVERRIA et al., 2020) pois a regularidade no cuidado sugere melhores condições de saúde bucal.

Segundo a última pesquisa nacional de saúde bucal, 13,7% dos adolescentes brasileiros têm necessidades de próteses dentais, 28,4% possuem cálculo dental e apenas 23,9% deles estão livres de cárie. A média de dentes cariados entre 15 e 19 anos é exatamente o dobro do número médio de dentes afetados aos 12 anos. Estes fatos demonstram a descontinuidade do cuidado bucal ao final da infância e conseqüente abandono dele na adolescência (BRASIL, 2012).

A saúde bucal é importante em vários cenários da vida do adolescente. Fatores como aparência pessoal, sexualidade, emprego e saúde, tornam-se motivadores do cuidado com a saúde (PAREDES et al., 2015). Ainda, devem ser consideradas as dimensões sociais da saúde bucal e o real impacto dos agravos na qualidade de vida dos indivíduos.

Deve-se estimular a utilização dos serviços odontológicos com frequência e periodicidade adequadas, em especial nos grupos de jovens, a fim de se consolidar comportamentos saudáveis (ECHEVERRIA et al., 2020).

Em face das vulnerabilidades pelas quais essa população se expõe, a saúde do adolescente deve ser contemplada de uma maneira holística, e não voltada ao modelo biomédico que fragmenta o indivíduo, com foco apenas nas doenças. A análise de fatores sociodemográficos torna-se relevante, visto que condições de saúde bucal são influenciadas não somente por hábitos comportamentais, mas também por questões sociais (PAREDES et al., 2015).

Uma revisão sistemática sobre os fatores associados à autopercepção negativa em saúde de adolescentes apontou que fatores socioeconômicos, relação com famílias e amigos, estresse, aspectos psicológicos e comportamentos de risco à saúde estão interligados à autopercepção negativa em saúde de adolescentes (SILVA et al., 2016).

Os indivíduos com piores condições socioeconômicas tendem a fazer escolhas prejudiciais e a perceber sua saúde como pior e essa observação também pode ser aplicável à felicidade subjetiva (LEAL; FLÓRIO; DE SOUZA, 2020). Além disso, resultados de outro estudo apontam para desigualdades no uso regular dos serviços odontológicos relacionados a fatores socioeconômicos e menor uso entre jovens com piores condições de saúde bucal (ECHEVERRIA et al., 2020).

Assim, estudantes com elevada condição socioeconômica apresentam indicadores sociais e de saúde pessoal mais positivos, são mais otimistas, apresentam autoestima mais elevada e maior satisfação com o suporte social, relacionadas com os pais e os amigos. Desemprego, pobreza, exclusão e marginalidade de algum tipo, tantas vezes associadas a baixa condição socioeconômica, são fatores de grave risco social e psicológico (GASPAR; BALANCHO, 2017).

O local de residência configura-se uma dimensão constitutiva da situação de saúde bucal de grupos sociais. As áreas rurais brasileiras apresentam os piores indicadores de renda, de saneamento básico e de níveis de escolaridade, acredita-se que possam configurar em importante polo de concentração para os agravos à saúde bucal (CAVALCANTI; GASPAR; DE GOES, 2012).

Dessa forma, é importante avaliar a população rural pois existem diferenças sociais em relação a população urbana que podem afetar de maneiras distintas a saúde, qualidade de vida e felicidade.

Nesse contexto, a saúde do adolescente é um tema que deve fazer parte da atenção dos serviços de saúde, por se tratar de uma etapa diferenciada do ciclo de vida, na qual ocorrem transformações comportamentais que podem gerar conflitos internos, físicos, psicossociais e emocionais.

3 OBJETIVOS

Avaliar o impacto das desordens bucais na qualidade de vida; a relação da saúde bucal com a felicidade; e as associações entre qualidade de vida e felicidade e variáveis sociodemográficas, clínicas bucais e de utilização de serviços odontológicos em adolescentes.

3.1 OBJETIVOS DO ARTIGO 1

Identificar os instrumentos utilizados para medir a qualidade de vida relacionada à saúde bucal bem como as medidas que foram adaptadas para a língua portuguesa do Brasil.

3.2 OBJETIVOS DO ARTIGO 2

Avaliar o impacto das desordens bucais na qualidade de vida e associações com variáveis sociodemográficas, clínicas bucais, de utilização de serviços de saúde bucal em adolescentes estudantes da zona urbana e rural de uma cidade do sudeste do Brasil.

3.3 OBJETIVOS DO ARTIGO 3

Avaliar a felicidade e associações com variáveis sociodemográficas, clínicas bucais, de utilização de serviços de saúde bucal e sua relação com a qualidade de vida em adolescentes da zona urbana e rural de uma cidade do sudeste do Brasil.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO E DELINEAMENTO DA PESQUISA

Utilizou-se nesta pesquisa um estudo analítico, observacional, com delineamento transversal. Esse delineamento representa uma forma simples de pesquisa populacional. É uma pesquisa em relação à exposição-efeito e é examinada em um particular momento.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado nas escolas públicas estaduais do município de Linhares no Espírito Santo (ES).

Linhares está situada na região norte do estado, segundo dados do site do IBGE, possui área territorial de 3.496,263 km², população estimada de 176.688 pessoas para o ano de 2020 e índice de desenvolvimento humano municipal de 0,724.

4.3 POPULAÇÃO – UNIVERSO AMOSTRAL

Segundo informações da Secretaria de Estado da Educação, atualizadas em julho de 2018, o município contava com 09 escolas de ensino médio com 4.056 alunos matriculados na zona urbana e rural com idades entre 15 e 19 anos.

4.4 TAMANHO E SELEÇÃO DA AMOSTRA

Para o cálculo amostral foi verificado o número de estudantes matriculados nas escolas públicas estaduais de ensino médio de Linhares - ES. Os estudantes deveriam ter nascido entre 1999 e 2003, ou seja, entre a faixa etária de 15 a 19 anos completados em 2018.

Utilizou-se o *software Epi Info* e os seguintes parâmetros para o cálculo amostral: nível de confiança de 95%; margem de erro de 5%; e frequência esperada de 50% com o intuito de maximizar a amostra. Foi obtida uma amostra mínima de 351 indivíduos e para compensar uma possível perda igual a 20%, foi acrescido a esse número 70 pessoas, resultando em uma amostra de 421 indivíduos.

A amostra foi aleatória, dando oportunidade igual a todos os indivíduos de 15 a 19 anos de participar da pesquisa. A aleatorização dos participantes foi realizada através da lista de frequência de cada turma, como segue no exemplo: caso a turma tenha 30 alunos e sejam necessários 10 alunos para participação na pesquisa, foram convidados a cada três intervalos, por exemplo, o terceiro aluno, depois o sexto, em seguida o nono aluno da lista e assim por diante. Esse processo eliminou os vícios de seleção, não havendo possibilidade de que preferências pessoais da pesquisadora alterassem os resultados da pesquisa. Em caso de ausência, era feito contato posterior e a data da coleta novamente agendada.

Foi mantida a proporção de alunos matriculados nas nove escolas estaduais, conforme apresentada na Quadro 1.

Quadro 1 – População e amostra dos adolescentes de 15 a 19 anos de Linhares, ES, 2018.

ESCOLA	NÚMERO (%)	AMOSTRA PROPORCIONAL
GRUPO 1 – EEEFM NSC	146 (3,6%)	15,1903353
GRUPO 2 – EEEFM PLI	663 (16,3%)	68,9807692
GRUPO 3 – EMG	1906 (47%)	198,306706
GRUPO 4 – EEEM SMC	51 (1,3%)	5,30621302
GRUPO 5 – EEEFM ABF	333 (8,2%)	34,6464497
GRUPO 6 – CEEFMTI BC	327 (8,1%)	34,0221893
GRUPO 7 – EEEFM MSS	147 (3,6%)	15,2943787
GRUPO 8 – EEEFM – PRBP	330 (8,1%)	34,3343195
GRUPO 9 – EEEFM MA	153 (3,8%)	15,9186391
TOTAL	4056	422

Fonte: autoria própria.

Foram excluídas, num primeiro momento, as escolas que obtiveram proporcionalmente ao tamanho da amostra menos de 20 alunos, portanto os grupos 1, 4, 7 e 9. Essa perda foi redistribuída entre as demais escolas participantes, a fim de não prejudicar o tamanho final da amostra. Além disso, não houve perda de representatividade pois as escolas tinham características semelhantes e estavam localizadas em bairros semelhantes.

Após isso, foi incluída separadamente, a única escola da zona rural do município – grupo 7, localizada no distrito de São Rafael com o intuito de relacionar as informações de saúde dos adolescentes que moram e estudam na zona rural.

4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram considerados como critérios de inclusão:

- Adolescentes de 15 a 19 anos, nascidos entre 1999 e 2003, regularmente matriculados nas escolas públicas estaduais de Linhares.

4.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

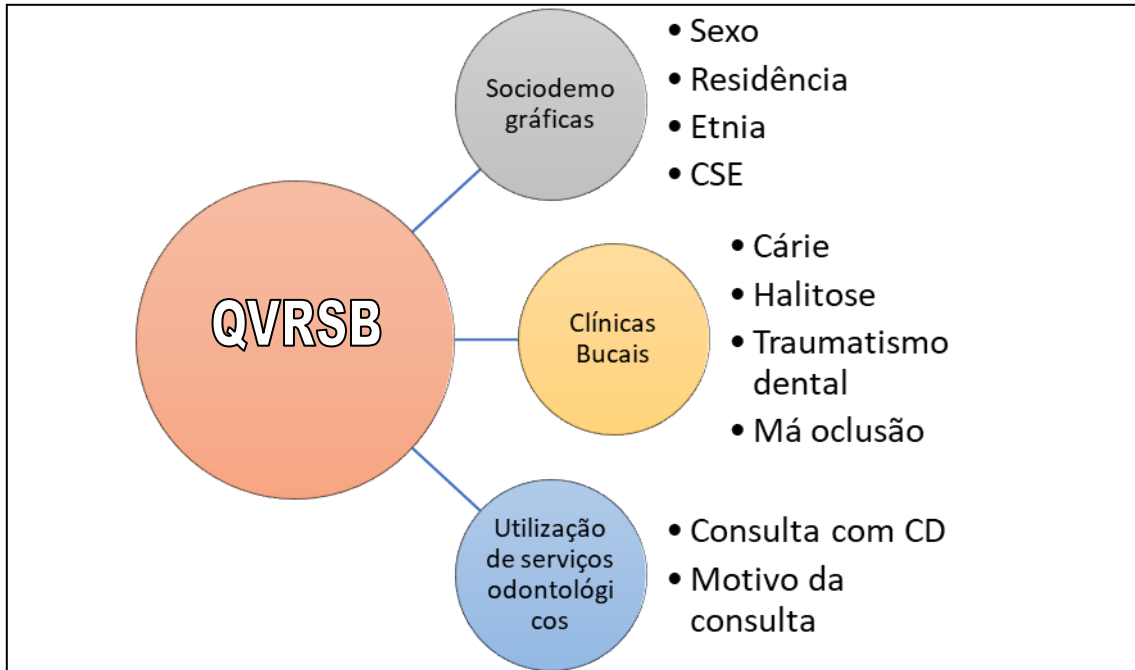
Foram excluídos da amostra:

- Pessoas com problemas de saúde com manifestação bucal, como agenesia total;
- Pessoas em tratamento ou que já tenham realizado tratamento ortodôntico pois afetaria os resultados de má oclusão.

4.7 VARIÁVEIS DEPENDENTES

Qualidade de vida relacionada aos problemas bucais medida pelos escores do OHIP-14 nas sete dimensões de impacto: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, inaptidão física, inaptidão psicológica, inaptidão social e deficiência.

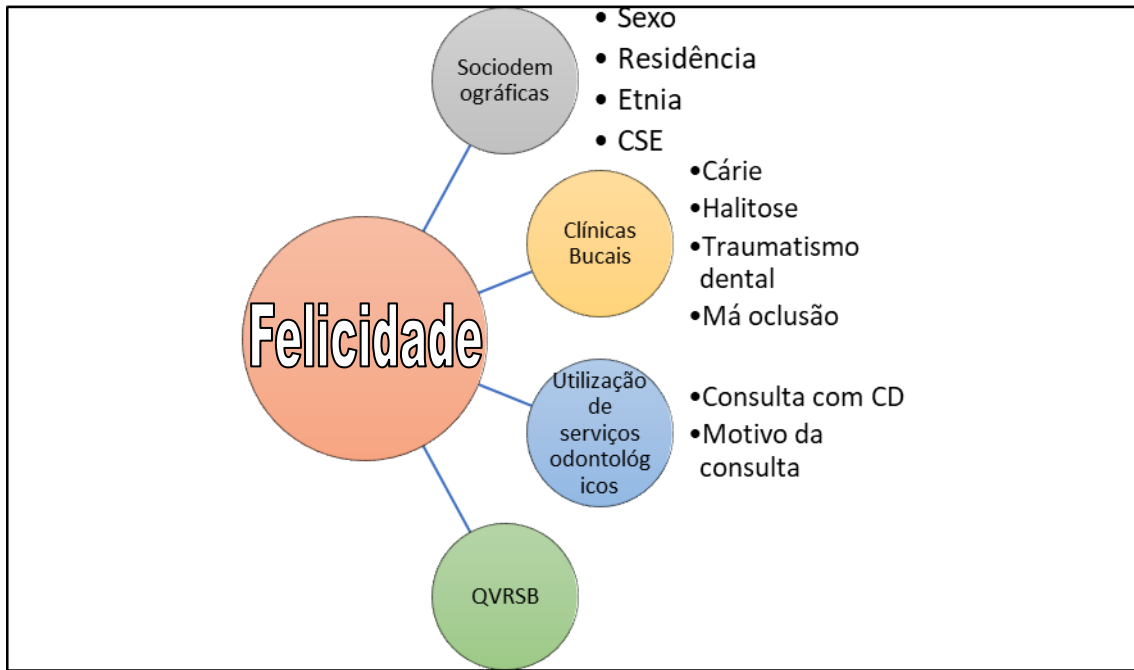
Figura 2 – Variáveis explicativas para qualidade de vida relacionada a saúde bucal.



Fonte: autoria própria.

Felicidade medida pela SHS, com quatro itens e sete opções em grau crescente de felicidade.

Figura 3 – Variáveis explicativas para Felicidade.



Fonte: autoria própria.

4.8 VARIÁVEIS INDEPENDENTES

As variáveis independentes do estudo estão descritas e definidas no Quadro 2.

Quadro 2 – Variáveis independentes, definição e operacionalização.

	Variável	Definição	Operacionalização
VARIÁVEIS SÓCIODEMOGRÁFICAS	Sexo		1 – Masculino 2 – Feminino
	Residência	Local de moradia do participante	1 – Urbana 2 – Rural
	Idade	Anos desde o nascimento	1 – 15 anos 2 – 16 anos 3 – 17 anos 4 – 18 anos 5 – 19 anos
	Raça/cor	Cor da pele ou grupo étnico autodeclarada	1 – Branca 2 – Negra 3 – Amarela 4 – Parda 5 – Indígena
	Condição socioeconômica (CSE)	Novo Critério de Classificação Econômica Brasil – ABEP 2018	1 – A 2 – B 1 3 – B 2 4 – C 5 – D/E
	VARIÁVEIS CLÍNICAS BUCAIS E DE UTILIZAÇÃO DO SERVIÇO ODONTOLÓGICO	Visita ao CD	Visita ao CD nos últimos seis meses
Motivo da consulta		Motivo da última consulta ao CD	1 – Dor/Tratamento 2 – Rotina/Prevenção/Outros
Cárie dentária		Número de dentes cariados, perdidos e/ou obturados	Média do CPO-d
Halitose medida		Presença	1 – Sim 2 – Não
Halitose percebida		Relato	1 – Sim 2 – Não
Traumatismo dentário		Presença	1 – Sim 2 – Não
Má oclusão		Presença das seguintes condições	1 – Vedamento Labial 2 – Apinhamento 3 – Diastema 4 – Mordida aberta 5 – Overjet maxilar 6 – Overjet mandibular 7 – Relação de molar antero-posterior

Fonte: autoria própria.

4.9 COLETA DE DADOS

Foram utilizados roteiros estruturados com as informações sociodemográficas, de utilização dos serviços de saúde, variáveis clínicas bucais, OHIP-14 e a SHS. Após a entrevista inicial os adolescentes foram convidados a participar do exame clínico nas dependências da escola.

Os exames foram realizados em sessão única e por uma única examinadora para cada pessoa entrevistada. Para tal, foi utilizada a luz artificial do local do exame, com aproveitamento da luz natural quando possível, e os voluntários sentaram-se em cadeiras de frente para a examinadora.

A verificação da concordância intra-examinador foi realizada no início da coleta dos dados, através da repetição do exame sete dias após a coleta na primeira escola, em aproximadamente 10% da amostra, com posterior comparação entre cada par de exames. A comparação foi realizada através do índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPO-d) através do Coeficiente Kappa e segundo as características deste estudo. Foram adotados os parâmetros propostos por Frias; Antunes; Narvai (2004) e a porcentagem de concordância foi de 92%, demonstrando um parâmetro de boa concordância.

Os seguintes roteiros foram utilizados na pesquisa:

Roteiro para registro das variáveis sociodemográficas (APENDICE A):

Foi realizado o levantamento de dados sobre algumas características sociodemográficas para categorizar o respondente, quanto ao sexo, idade, raça/cor da pele. Utilizou-se ainda o Critério de Classificação Econômica Brasil (BRASIL, 2018) com os seguintes cortes: Classe A (45 a 100 pontos); Classe B1 (38 a 44 pontos); Classe B2 (29 a 37 pontos); Classe C1 (23 a 28 pontos); Classe C2 (17 a 22 pontos); Classe D (11 a 16); e Classe E (1 a 10 pontos).

Roteiro para registro das variáveis clínicas bucais e de utilização dos serviços odontológicos (APENDICE B):

Associado a outros itens, esse roteiro permitiu conhecer as características da população estudada, a que teve acesso aos serviços de saúde bucal e a razão que o levou a procurar um serviço. Este tipo de informação possibilitou verificar o grau de penetração da cobertura do serviço de saúde bucal e os impactos percebidos de acordo com o tipo de prática odontológica.

A coleta de dados aconteceu entre novembro de 2018 e junho de 2019.

Os exames clínicos intrabucais, foram realizados com auxílio de espátulas abaixadoras de língua descartáveis, que foram previamente demarcadas com medidas referenciais em milímetros para determinação de algumas desordens oclusais; além de serem úteis também para o afastamento de lábios e bochechas.

Para o registro de cárie dentária foi realizado o exame tátil-visual com auxílio de espelho e sonda do tipo ponta romba. Utilizou-se a metodologia da OMS com a adoção dos códigos e critérios preconizados para o diagnóstico de cárie da coroa dentária. A classificação do elemento dentário quanto à ocorrência de cárie dental foi definida em função das condições apresentadas no exame e ao critério padrão de diagnóstico, designando-o como dente hígido; cariado com cavitação envolvendo a dentina; obturado; extraído ou com extração indicada (por motivo cárie). Os dados coletados foram anotados no odontograma que fez parte do roteiro.

Utilizou-se o índice CPO-d através da somatória dos indicadores C – cariado, O – obturado e P – perdido ou extraído por cárie nos dentes permanentes por indivíduo, e posteriormente realizada a média para todos os participantes da pesquisa.

Com relação à halitose, primeiro foi perguntado objetivamente ao adolescente se ele percebia ter halitose e a resposta, sim ou não, registrada no formulário. Posteriormente foi realizada a confirmação clínica da condição de halitose, cuja medição foi feita com um halímetro. Este aparelho faz análise do ar expirado pelo paciente baseada em tecnologia de semicondutores para mensuração de compostos

sulfurados voláteis e gases hidrocarbonetos, permitindo análise do hálito em cinco segundos, de forma a classificá-lo em seis níveis de acordo com a quantidade desses gases. Foi utilizado o halímetro – TANITA Breath Checker, cor branca, modelo HC-212 SF.

O aparelho deve ser zerado agitando-o suavemente por 4-5 vezes para eliminação de quaisquer resquícios de odores ou umidade do último uso. Ao ligar o aparelho o sensor emite um “bip” e aparece no visor uma contagem regressiva de 5-1. Quando o “Start” é exibido um segundo “bip” é emitido pelo aparelho e o voluntário da pesquisa expela o ar pela boca no aparelho pela entrada de ar frontal (passagem do fluxo de ar). Solicitado que o voluntário posicionasse o aparelho de maneira que o sensor ficasse bem na frente de sua boca.

Para o registro do nível de halitose foi considerado: sem a presença de halitose para os níveis 0 e 1; nível 2 foi considerado limítrofe (não conclusivo); e os níveis 3, 4 e 5 presença de halitose. O teste foi repetido em todos os alunos para confirmação dos resultados.

Quanto a condição da Oclusão Dentária, foram avaliadas sete características oclusais e posteriormente classificadas dicotomicamente quanto a presença ou ausência sem aferir a gravidade das mesmas e ainda foi realizada a Classificação de Angle, conforme segue:

- *vedamento labial* – contato entre o lábio superior e o lábio inferior, em repouso.
- *apinhamento anterior* – o segmento é definido de canino a canino. Considera-se apinhamento quando há dentes com giroversão ou mal posicionados no arco.
- *diastema incisal* – definido como o espaço entre os dois incisivos centrais superiores permanentes, quando estes perdem o ponto de contato. Diastemas em outras localizações ou no arco inferior (mesmo envolvendo incisivos) não foram considerados.

- *mordida aberta vertical anterior* – se há falta de ultrapassagem vertical entre incisivos opostos caracteriza-se uma situação de mordida aberta.
- *overjet maxilar anterior* – relação horizontal entre os incisivos medida com os dentes em oclusão cêntrica. O overjet é a distância entre as superfícies vestibulares do incisivo superior mais proeminente e do incisivo inferior correspondente.
- *overjet mandibular anterior* – caracterizado quando algum incisivo inferior se posiciona anteriormente ou por vestibular em relação ao seu correspondente superior.
- *relação molar anteroposterior / Classificação de Angle* (GARBIN et al., 2010)
 - o Oclusão normal – relação anteroposterior normal entre maxila e mandíbula.
 - o Classe I (neutroclusão) - Alteração de posicionamento dentário na qual existe uma relação anteroposterior normal entre a maxila e a mandíbula. A crista triangular da cúspide mesiovestibular do primeiro molar permanente superior oclui no sulco mesiovestibular do primeiro molar permanente inferior.
 - o Classe II (distoclusão) - Oclusopatia na qual se observa uma "relação distal" da mandíbula relativamente à maxila. O sulco mesiovestibular do primeiro molar permanente inferior oclui posteriormente à cúspide mesiovestibular do primeiro molar permanente superior.
 - o Classe III (mesioclusão) - Oclusopatia em que há relação "mesial" da mandíbula com a maxila. O sulco mesiovestibular do primeiro molar permanente inferior oclui anteriormente à cúspide mesiovestibular do primeiro molar permanente superior.

Por último o traumatismo dentário foi avaliado dicotomicamente como presente ou ausente. Ainda foram avaliadas as atitudes tomadas após o traumatismo como: se

houve procura por atendimento; se não, qual o motivo; se houve tratamento; se sim, qual o tipo de tratamento; se não, qual seria o tratamento necessário. Além do local de ocorrência do trauma e a causa.

Roteiro Perfil do Impacto de Saúde Bucal – OHIP 14 (ANEXO A).

Este roteiro avalia a percepção das respondentes sobre os impactos produzidos pela condição bucal sobre a qualidade de vida.

Utilizou-se o OHIP em sua versão reduzida com quatorze itens. Para análise foi utilizada uma escala de frequência do tipo Likert que possui cinco opções sobre qual a frequência que experimentam cada problema em um período determinado de tempo. A escala é constituída pelas seguintes opções: sempre; frequentemente; às vezes; raramente e nunca / não se aplica.

As respostas foram avaliadas de forma dicotômica, onde as respostas “sempre” e “frequentemente” indicam impacto na qualidade de vida e as respostas “às vezes”, “raramente” e “nunca” indicam sem impacto na qualidade de vida.

Roteiro da Felicidade - SHS (ANEXO B)

A SHS possui quatro itens para avaliar a felicidade dos adolescentes e utiliza uma escala de frequência do tipo Likert com sete opções em grau crescente de felicidade. Os adolescentes foram classificados em menos ou mais felizes de acordo com a média e mediana obtidas no estudo.

4.10 TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS

Foi realizada análise descritiva dos dados, através de tabelas de frequência com número e percentual para cada um dos itens do instrumento de pesquisa.

Tendo em vista a natureza das variáveis estudadas, os testes estatísticos foram: Teste T; Teste Qui-Quadrado; Teste Exato de Fischer; Teste de Mantel-Haenzsel; Teste Razão dos Produtos Cruzados (OR). A regressão logística foi usada para

encontrar quais variáveis mais impactam a qualidade de vida. E o teste t foi utilizado para avaliar a relação da felicidade com as dimensões do OHIP.

O pacote estatístico IBM SPSS 20 – foi utilizado para esta análise. A comparação dos percentuais entre as zonas da escola foi realizada através do teste qui-quadrado. O nível de significância adotados nos testes foi de $\alpha = 5\%$.

4.11 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A responsável por este estudo encaminhou o projeto de pesquisa a Secretaria Estadual de Educação, contendo o detalhamento dos objetivos, métodos, processos administrativos e custo para a realização do estudo, e recebeu a autorização para execução da pesquisa em 04 de julho de 2018 (ANEXO C).

Após essa etapa, o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) aprovou o presente estudo em 30 de outubro de 2018 (ANEXO D).

A participação dos adolescentes foi voluntária, houve o esclarecimento sobre a importância da pesquisa, e outras informações detalhadas sobre os objetivos, os riscos, benefícios, garantia de sigilo de identidade e ao direito de recusa em participar da pesquisa, expressos no conteúdo da autorização para a realização do mesmo. Foram elaborados dois termos, um que deveria ser assinado previamente a pesquisa pelos responsáveis pelos adolescentes (em caso de menores de 18 anos) – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C) ou pelos próprios adolescentes quando maiores de 18 anos – Termo Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) (APÊNDICE D).

Como benefício pela participação na pesquisa, os adolescentes com necessidade de tratamento odontológico foram encaminhados para a Clínica Escola de Odontologia de uma faculdade privada do município.

5 RESULTADOS

5.1 ARTIGO 1

INSTRUMENTS USED TO MEASURE THE QUALITY OF LIFE RELATED TO ORAL HEALTH: INTEGRATED REVIEW

INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA MEDIR A QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE ORAL: REVISÃO INTEGRATIVA

Marcela Vieira **CALMON**¹  <https://orcid.org/0000-0001-5936-7534>

Deise Berger **VELTEN**¹  <https://orcid.org/0000-0002-8750-0782>

Ana Paula Santana Coelho **ALMEIDA**¹  <https://orcid.org/0000-0001-5808-5818>

Franciele Marabotti Costa **LEITE**¹  <https://orcid.org/0000-0002-6171-6972>

Maria Helena Monteiro de Barros **MIOTTO**¹  <https://orcid.org/0000-0002-3227-7608>

¹ Universidade Federal do Espírito Santo, Departamento de Saúde Coletiva / Av. Mal. Campos, 1355 - Santa Cecília, Vitória, 29043-260, Espírito Santo, Brasil.
Correspondência para: Marcela Vieira Calmon. E-mail: <marcelavcalmon@gmail.com>.

ABSTRACT

This study aimed to identify the instruments used to measure the quality of life related to oral health (HRQoL) as well as the measures that were adapted for the Portuguese language of Brazil. This is an integrative review whose inclusion criteria were papers in Portuguese, English and Spanish, published and indexed in databases Medline/PubMed and Virtual Health Library. One thousand two hundred and sixty papers submitted, fifty-five were considered eligible for review, from which the following information was extracted: instrument; composition; community; sample size; measured domains / dimensions; and author, year, country. Subsequently, the data related to the translation and cultural adaptation processes for the Portuguese language of Brazil were collected in order to evaluate the psychometric properties of each study. The studies of this review show that the HRQoL theme has remained in evidence since the creation of the first instruments and seems not to be close to being exhausted. Of the 36 instruments presented, only 17 articles were identified in the databases assessed for cross-cultural adaptation to Brazilian Portuguese and validation of psychometric properties. Thus, despite the enormous dissemination of instruments, the need for translation, adaptation in the language and analysis of psychometric properties was pointed out in this study.

Indexing terms: Quality of life, Oral Health, Social Impact of Disease.

RESUMO

Objetivou-se identificar os instrumentos utilizados para medir a qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB) bem como as medidas que foram adaptadas para a língua portuguesa do Brasil. Trata-se de uma revisão integrativa, cujos critérios de inclusão foram artigos nos idiomas português, inglês e espanhol, publicados e indexados nas bases de dados Medline/PubMed e Biblioteca Virtual em Saúde. Dentre os 1.260 artigos levantados, 55 foram considerados elegíveis para a revisão dos quais se extraíram as seguintes informações: instrumento; composição; público-alvo; tamanho da amostra; domínios/dimensões medidas; e autor, ano, local. Posteriormente, foram levantados os dados referentes aos processos de tradução e adaptação cultural para o idioma português do Brasil com a finalidade de avaliar os dados referentes às propriedades psicométricas de cada estudo. Os estudos desta revisão mostram que a temática QVRSB se mantém em evidência desde a criação dos primeiros instrumentos e parece não estar perto de se esgotar. Dos 36 instrumentos apresentados, apenas 17 artigos foram identificados nas bases de dados avaliadas quanto a adaptação transcultural para o idioma português do Brasil e validação das propriedades psicométricas. Assim, apesar da enorme difusão de instrumentos, a necessidade de tradução, adaptação no idioma e análise das propriedades psicométricas foi apontada neste estudo.

Termos de indexação: Qualidade de vida, Saúde Bucal, Impacto Social da Doença.

INTRODUCTION

The quality of life parameter evaluates the impact of disease on a person's ability to perform daily activities and views the value of health in a holistic way, embracing factors other than discomfort or pain. It is therefore a broad concept, involving several dimensions: physical, mental or functional, psychological and social well-being (1,2).

Health-related quality of life (HRQoL) is a multi-dimensional concept, encompassing domains associated with physical, mental, emotional, and social functioning. It goes beyond the immediate implications of diseases and treatments and looks at how any of the dimensions affects quality of life (3).

Recent efforts have been devoted to designing tools to broaden the traditional disease-focused oral health perspective and incorporate the social and psychological consequences of oral diseases. The designing of indicators of quality of life related to oral health (OHRQoL) emerged from the need to understand how oral health status is subjectively perceived and to what extent they impact quality of life. This new approach attempts to replace the narrow normative systems for determining the patients' needs, and instead adopts a multidimensional perspective to give equal weight to the embedded psychosocial factors (4).

Due to the increasing number and complexity of information in this area of health, it is critical to develop strategies, in the context of evidence-based research, to reconcile more objective methodological steps and information found in several studies with data on subjective findings. In this sense, an integrative review emerges as a methodology that combines qualitative and quantitative findings to arrive at a fuller understanding of a topic and as such, it provides a larger applicability of the data obtained (5).

Thus, given the importance of the overall quality of life in health research and the diversity of existing instruments used to assess oral health, the present study aims to identify the instruments used to measure OHRQoL, as well as those that have been adapted to the Brazilian Portuguese. We expect this review study may contribute to help researchers in the choice and designing of new instruments to fill the current gaps in the area.

METHODS

This integrative review study surveyed the electronic Medline/PubMed and Virtual Health Library databases to provide answers to the guiding question: Which are the instruments used to measure quality of life related to oral health, and which of them were adapted to Brazilian Portuguese? The keywords used to search for the studies were chosen based on the Health Sciences Descriptors (DeCS) and Medical Subject Headings (Meshterms), combined in two ways: 1) "quality of life" AND "oral health" AND "disease impact profile"; and 2) "quality of life" AND "oral health" AND "reproducibility of results". Table 1 shows the number of articles identified in each database from the keyword/ MeSH combinations. The bibliographic survey was carried out between August and October 2018 without limitation by date of publication.

Table 1. Search strategy and numbers of articles found in each database.

Search strategy (Descriptors/MeSH)	PubMed (Medline)	Virtual Health Library	Total
"quality of life" AND "Oral health" AND "Sickness Impact Profile"	341	359	700
"quality of life" AND "Oral health" AND "Reproducibility of Results"	290	270	560
Total	631	629	1.260

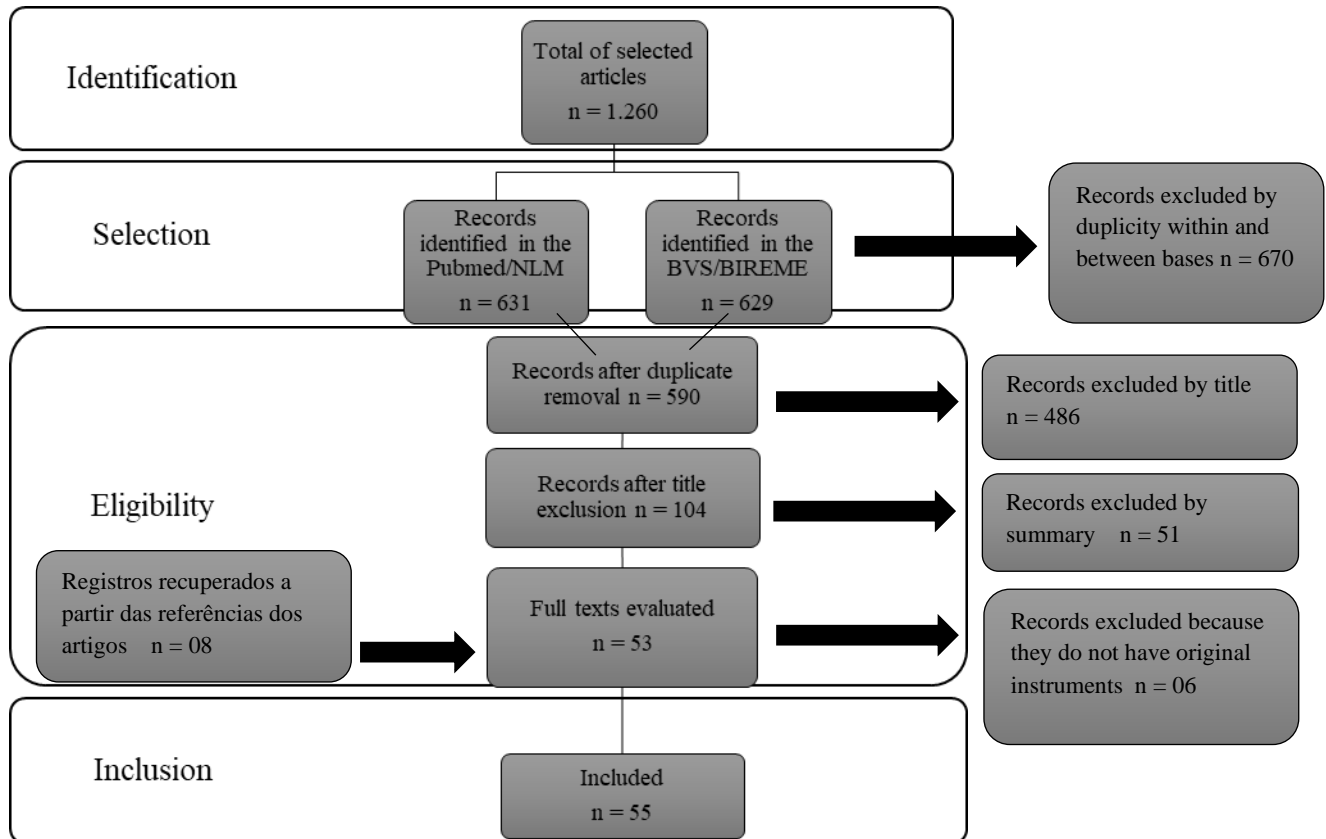
For advanced search in PubMed the following filters were selected: "all fields"; "article type", and "journal article"; "English", "Portuguese", and "Spanish" were chosen as filters for "languages", " For the VHL database survey, the search was carried out by selecting "all indices", "integrated method" and "all sources". The filter was restricted to "document type", "articles", and for "language", and "English", "Portuguese" and "Spanish" were selected. Articles were processed by the Mendeley software, and duplicate articles were excluded.

We included documents (written in the form of articles) describing the construction of instruments to measure the OHRQoL and / or its validation of the Brazilian Portuguese version. Case studies and literature review were excluded since they did not meet the purpose of the study.

The review was based on the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews (PRISMA) guidelines. We read the titles of the articles and excluded those unrelated to the topic of quality of life and oral health. Abstracts were also read, and we excluded those who did not meet the inclusion criteria. Articles whose titles and abstracts were not clear for inclusion or exclusion were maintained for the following stage. i.e., reading the article in its entirety. Finally, we selected the articles read in full that met the inclusion criteria. This procedure was complemented by a manual search in the reference section of these articles. The process was independently performed by two researchers. The disagreements were resolved by a third researcher.

Then, 1,260 studies were initially selected, and 670 were excluded due to duplicity, leaving 590 for further analysis. Subsequently, 486 articles were excluded after title analysis. Of the remaining 104, 51 were excluded after abstract analysis. At this stage, 53 remained, of which six were excluded because they did not present original instruments but rather variations of existing instruments, and eight were added through the retrieval of the references of previously selected articles. At the end, 55 articles answered the guiding question of this review and were therefore included (Figure 1).

Figure 1. Flowchart of the process of identification and selection of articles for inclusion in the integrative review.



Initially, data extraction was performed using a spreadsheet prepared by the authors, including the following information: instrument; composition; target audience; sample size; assessed domains / dimensions, along with author, year, and place.

Just to demonstrate the results, the sample size was organized in three groups, with less than 200 participants, greater than or equal to 200 participants and less than 500, and equal to or greater than 500 individuals.

Each instrument distributes its questions / items within domains / dimensions related to different aspects of the impact of the oral condition on the quality of life. In this study, the theoretical model proposed by Locker (6) was used to categorize the instruments by adjusting them in four domains: functional aspects; social aspects; psychological aspect; pain and discomfort.

Subsequently, information regarding the translation and cultural adaptation processes for Brazilian Portuguese was collected in order to evaluate the data on the psychometric properties of each study.

The intraclass correlation coefficient (ICC) is one of the most used tests to estimate the stability of continuous variables, values greater than 0.7 are considered satisfactory. Cronbach's alpha coefficient is more used to assess internal consistency, however, there is no consensus regarding its interpretation, with values greater than 0.7 considered ideal, and below 0.70 - but close to 0.60, considered satisfactory (7,8).

For criterion validity, values close to 1 indicate that there is a correlation, while values close to 0 indicate that it does not exist, with correlation coefficients of 0.70 or higher being desirable. In order to verify the construct validity, forecasts are generated based on the construction of hypotheses, and these forecasts are tested to support the validity of the instrument, positive results are pointed out when 75% are in accordance with these hypotheses (7).

The criteria of equivalence and content validity have not been demonstrated due to their lack of performance in most of the studies evaluated.

RESULTS

In the present study the unit of analysis was the instruments used to measure OHRQoL, and 36 instruments were identified.

The retrieved articles were published between 1989 and 2018 (October), as can be seen in Figure 2. In 25% of the articles, the date is before the 2000s (9-18) and most instruments were published from that date, corresponding to 75% (19-44).

Figure 2. Number of articles included in the integrative review according to the publication period.

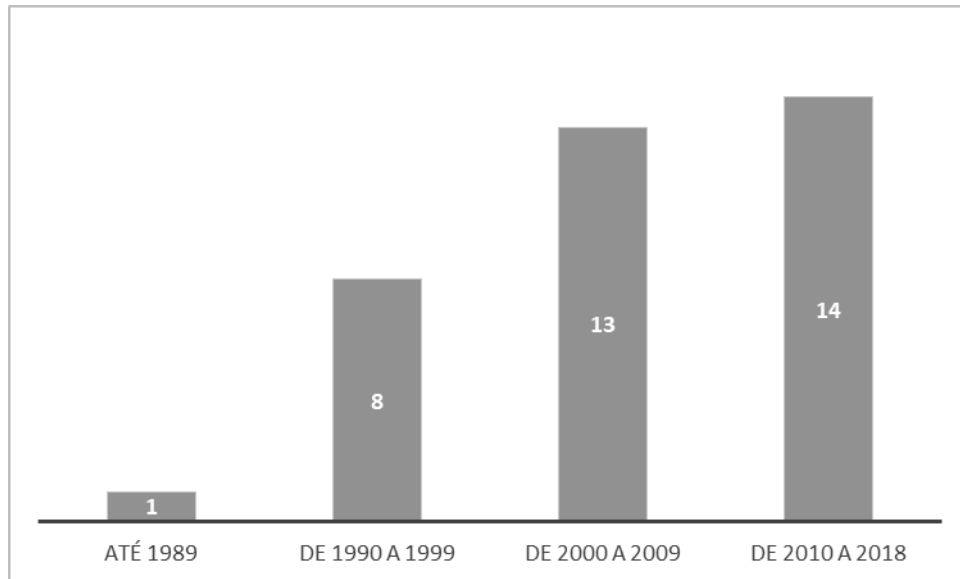


Table 2 presents the main characteristics of the instruments used for the evaluation of the OHRQoL, displaying the instruments, their composition, the target audience, sample size, the dimensions evaluated, author, year and place of research. It should be noted that there is no similarity in the number of items, with questionnaires varying from 05⁽³⁰⁾ to 49 items⁽¹³⁾.

Table 2. Characteristics of the instruments for assessing the impact of oral problems on quality of life.

Instruments	Number of items	Target audience	Sample size	Domains / Measured dimensions	Author, year and location
Social Impacts of Dental Diseases	14	Adults	618	Difficulty in eating, communication, pain and discomfort and dissatisfaction with aesthetics	Cushing; Sheiham; Maisels, 1986 (9)/ Inglaterra
The Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI)	12	Elderly	1755	Difficulty eating, personal relationships, worry or dissatisfaction with appearance, pain and discomfort	Atchison; Dolan, 1990 (10)/ Estados Unidos
Dental Impact Profile	25	Elderly	1018	Difficulty in eating, appearance for others and for oneself, sense of well-being, humor, social life and social relations	Strauss; Hunt, 1993 (11)/ Estados Unidos
Subjective Oral	42	Adults and	553	Difficulty in eating,	Locker; Miller,

Health Status Indicator		the elderly		communication, symptomatology and social relations	1994 (12)/ Canadá
Oral Health Impact Profile (OHIP)	49	Adults and the elderly	535	Functional limitation, physical pain, psychological discomfort, physical disability, psychological disability, social unfitness and disability	Slade; Spencer, 1994 (13) / Austrália
Dental Impact on daily living (DIDL)	36	Adults	662	Comfort, Appearance, Pain, Performance and Food Restriction	Leão; Sheiham, 1996 (14)/ Brasil
Oral impacts on daily performance (OIDP)	9	Adults	501	Performance of chewing, communication, oral hygiene, sleep and emotional control	Adulyanon; Vourapukjaru; Sheiham, 1996 (15)/ Tailândia
Short-form oral health impact profile (OHIP-14)	14	Adults and the elderly	1217	Functional limitation, physical pain, psychological discomfort, physical disability, psychological disability, social unfitness and disability	Slade, 1997 (16) / Austrália
Oral health-related quality of life instrument for dental hygiene	36	Adults and the elderly	321	State of symptoms, functional status and health perceptions	Gadbury-Amyot et al., 1999 (17) / Estados Unidos
Orthognathic Quality of Life Questionnaire (OQLQ)	22	Patients with dentofacial deformities	88	Social aspects of dentofacial deformity, facial aesthetics, oral function and dentofacial aesthetic awareness	Cunningham; Garratt; Hunt, 2000 (18)/ Inglaterra
Oral Health Quality of life UK	16	Adults	390	Daily, social and conversation activities	McGrath; Bedi, 2001 (19)/ Inglaterra
Family Impact Scale (FIS) - COHQoL	14	Parents and guardians of children	266	Family activities, parents' emotions, conflicts and family finances	Locker, et al., 2002 (20)/ Canadá
Child Perceptions Questionnaire (CPQ 11-14) - COHQoL	37	Children 11 to 14 years	83	Oral symptoms, functional limitation, emotional limitation and social well-being	Jokovic et al., 2002 (21)/ Canadá
Parental perceptions of child oral health-related quality of life	31	Parents and guardians of children	208 (etapa 1) / 231 (etapa2)	Symptoms, functional limitations, emotional well-being and social well-being	Jokovic et al., 2003 (22)/ Canadá

(P-CPQ) - COHQoL					
Child Perceptions Questionnaire 8-10 (CPQ 8-10) - COHQoL	25	Children 08 to 10 years	68	Oral symptoms, functional limitation, emotional limitation and social well-being	Jokovic et al., 2004 (23)/ Canadá
Oral health-related quality of life index (CHILD-OIDP)	8	Children 11 to 12 years	513	Daily activities related to physical, psychological and social performances	Gherunpong; Tsakos; Sheiham, 2004 (24)/ Tailândia
Psychosocial impact of dental aesthetics questionnaire (PIDAQ)	23	Adolescents e adults	194	Dental self-confidence; Social impact; Psychological impact and concern with aesthetics	Klages et al., 2006 (25)/ Holanda
Impact of Fixed Appliances Measure (IFAM)	43	Children and 10 to 18 years	66/28	Aesthetics; functional limitation; dietary impact; impact of oral hygiene; impact on maintenance; physical impact; social impact; time constraints; travel / cost / inconvenience implications	Mandall et al., 2006 (26)/ Inglaterra
Child Oral Health Impact Profile (COHIP)	34	Children 08 to 15 years	523	Oral health, functional well-being, social / emotional well-being, school environment and self-image	Broder; McGrath; Cisneros, 2007 (27)/ Estados Unidos
Early childhood oral health impact scale (ECOHIS)	13	Children 2 to 5 years, parents and guardians of children	295	Impact of the child (symptoms, function, psychological, self-image / social interaction) Impact of the family (parents' distress, family function)	Pahel; Rozier; Slade, 2007 (28)/ Estados Unidos
Patient-Reported Oral Mucositis Symptom (PROMS) scale	10	Patients with oral mucositis	34	Physical well-being, Social / family welfare, Emotional well-being, Functional well-being	Kushner et al. 2008 (29)/ Canadá
PedsQL™ Oral Health Scale	05	Parents, adolescents and guardians of children	126 (fase 1) / 34 (fase 2)	Aspects physical, emotional, social, school, and oral health domains	Steele; Steele; Varni, 2009 (30)/ Estados Unidos

Oral health-related quality of life for dentine hypersensitivity (DHEQ)	48	Patients with dentin hypersensitivity	268	Restrictions, adaptation, social impact, emotional impact and identity	Boiko et al., 2010 (31)/ Inglaterra
Prosthetic quality of life (PQL)	11	Patients with removable prostheses	123	Physical, psychological and social well-being	Montero; Bravo; Lopez-Valverde, 2011 (32)/ Espanha
Chronic Oral Mucosal Diseases Questionnaire (COMDQ)	26	Patients with chronic diseases of the oral mucosa	260	Pain and functional limitation; medications and side effects; social and emotional support and patient support	Ni Riordain; McCreary, 2011 (33) / Irlanda
Pediatric Oral Health-Related Quality of Life (POQL)	10	Childrens	3400	Physical Functionality, Functional Function, Social Functionality and Emotional Functioning	Huntington et al., 2011 (34) / Estados Unidos
Scale of Oral Health Outcomes for 5-year-old children (SOHO-5)	07	Children 05 years	296	Physical, psychological and social aspects	Tsakos et al., 2012 (35)/ Escócia
Child Oral Health Impact Profile-Short Form (COHIP-SF 19)	19	Childrens	1175	Oral Health, Functional Welfare, and Socio-Emotional Well-Being	Broder; Wilson-Genderson; Sischo, 2012 (36)/ Estados Unidos
Quality of Life with Implant-Prostheses (QoLIP-10)	10	Prosthesis users	150	Biopsychosocial dimension, aesthetic-dento-facial dimension and performance dimension	Preciado et al., 2013 (37)/ Espanha
Oral health-related quality of life for dentine hypersensitivity DHEQ -15	15	Patients with dentin hypersensitivity	353	Restrictions, adaptation, social impact, emotional impact and identity	Machuca et al., 2014 (38)/ Inglaterra
Positive Oral Health and Well-Being (POHW)	15	Adults	619	Subjective-psychological attributes, Functional attributes, biological-physical attributes	Zini et al., 2016 (39)/ Estudo Multicêntrico – Estados Unidos, Alemanha e Israel
Quality of Life related to Function,	10	Prosthesis users	107	Social dimension, aesthetic dimension, functional dimension and	Castillo-Oyague et al., 2016 (40)/

Aesthetics, Socialization, and Thoughts about health-behavioural habits (QoLFAST-10)				thoughts about behavioral habits in health	Espanha
Malocclusion Impact Questionnaire (MIQ)	17	Adolescents with malocclusion	184	Teeth appearance, social interactions, and oral health and function	Benson et al., 2016 (41)/ Inglaterra
Teen Oral Health-Related Quality of Life instrument (TOQOL)	16	Adolescents 13 to 18 years	363	Physical functioning, functional function, social functioning, oral problems and emotional functioning	Wright et al., 2017 (42) / Estados Unidos
Quality of life questionnaire for patients with oral potentially malignant disorders (OPMD QoL)	20	Patients with potentially malignant oral disorders	150	Difficulties with diagnosis, physical disability and functional limitations, psychological and social well-being and treatment in daily life	Tadakamadla et al., 2017 (43)/ Austrália
Child Oral Health Impact Profile – Preschool version (COHIP-PS)	11	Children 02 to 05 years	327	Oral health, functional well-being, social well-being and self-image	Ruff et al., 2017 (44)/ Estados Unidos

The target public was somehow evenly distributed: 36% adults and elderly (9-17, 19, 25, 39, 41, 42), 36% to children (20-24, 26-28, 30, 34-36, 44), while the other account for patients with specific oral problems 18, 29, 31-33, 37, 38, 40, 43), with 28%.

The sample sizes of the studies were then grouped and in 30.5% the sample was smaller than 200 participants (18, 21, 23, 25, 26, 29, 30, 32, 37, 40, 41, 43), 33, 5% greater than or equal to 200 participants and less than 500 (17, 19, 20, 22, 28, 31, 33, 35, 38, 42, 44) and 36% equal to or greater than 500 individuals (9-16, 24, 27, 34, 36, 39).

Most of the instruments evaluated the functional aspects (94,4%) (9-19, 21-24, 26-44), followed by the social (91.7%) (9-13, 16, 18-44), and psychological aspects (86.1%) (9-11, 13-16, 18, 21-32, 34-44), while only 30.5% addressed issues related to pain and discomfort (9, 10, 12-14, 16, 21-23, 28, 33).

The studies were predominantly conducted in North America (44,5%) (10-12, 17, 20-23, 27-30, 34, 36, 42, 44), followed by Europe (36%) (9, 19, 19, 25, 26, 31-33, 35, 37, 38, 40, 41), Oceania (8,3%) (13, 16, 43), Asia (5,5%) (15, 24), South America (2,8%) (14) and a multicenter study (2,8%) performed in the United States, Germany and Israel (39).

It should be noted that 19 articles discussed the process of adaptation to Brazilian Portuguese. Two articles focused only on semantic equivalence, without any psychometric data and therefore were not included in Table 3. One of them dealt with a reduced version of Oral Health Impact Profile (OHIP) (45) and another focused on the ECOHIS (46).

Table 3 presents the 17 instruments with their respective psychometric properties. For analysis, the quality criteria proposed for the measurement properties of health status questionnaires by Terwee et al. (7).

Table 3. Description of the psychometric properties of the Portuguese language versions of instruments developed in the context of the OHRQoL.

Instruments	Author / Year	Internal consistency		Reliability		Construct validity		Discriminant validity	
		Statistical test	Result	Statistical test	Result	Statistical test	Result	Statistical test	Result
OHQL UK	Dini et al., 2003 (47)	Cronbach's alpha	0,96	Kappa	0,57 – 0,87	Spearman's Correlation Coefficient	+	*	+
OHIP-14	Oliveira; Nadanovsky, 2005 (48)	Cronbach's alpha	0,91	ICC	0,87	Mann-Whitney	0,76	*	*
OHIP	Pires et al., 2006 (49)	Cronbach's alpha	0,90	Kendall-tau	0,72 - 0,74	Kruskal-Wallis e Mann-Whitney	p <0,05	*	*
CPQ 11-14	Goursand et al., 2008 (50)	Cronbach's alpha	0,86	ICC	0,85	Spearman's Correlation Coefficient	+	*	*
ECOHIS	Martins-Jr, 2012 (51)	Cronbach's alpha	0,86	ICC	0,94	Spearman's Correlation Coefficient	+	*	*
CHILD-OIDP	Castro et al., 2008 (52)	Cronbach's alpha	0,63	Kappa ajustado	0,76	Kruskal-Wallis	+	*	*

		alpha		ICC	0,79				
CPQ 8-10	Martins et al., 2009 (53)	Cronbach's alpha	0,92	ICC	0,96	Spearman's Correlation Coefficient	+	Kruskal-Wallis	There was a statistically significant difference between clinical groups *
FIS	Barbosa; Gavião, 2009 (54)	Cronbach's alpha	0,87	ICC	0,90	Spearman's Correlation Coefficient	+	*	*
P-CPQ	Goursand et al., 2009 (55)	Cronbach's alpha	0,84	ICC	0,83	Spearman's Correlation Coefficient	+	Mann-Whitney	The difference between the groups did not reach statistical significance (p> 0.05). *
GOHAI	De Souza et al., 2010 (56)	Cronbach's alpha	0,72	*	*	Spearman's Correlation Coefficient	+	*	*
PIDAQ	Sardenberg et al., 2011 (57)	Cronbach's alpha	0,75-0,91	ICC	0,89-0,99	*	*	*	*
OQLQ	Bortoluzzi et al., 2011 (58)	Cronbach's alpha	0,78-0,89	ICC	0,94	*	*	*	*
PedsQL™ OHS	Bendo et al., 2012 (59)	Cronbach's alpha	0,65/0,59	ICC	0,90/0,86	Spearman's Correlation Coefficient	+	T-test	There was a statistically significant difference between groups +
SOHO-5	Abanto et al., 2013 (60)	alfa de Cronbach	0,90/0,77	ICC	0,98/0,92	Spearman's Correlation Coefficient	+	Mann-Whitney	
OIDP	Abegg et al., 2015 (61)	alfa de Cronbach	0,69	ICC	0,69	Kruskal-Wallis	*	Kruskal-Wallis	There was a statistically significant difference between groups +
DHEQ-15	Douglas-De-Oliveira et al., 2018 (62)	alfa de Cronbach	0,945	ICC	0,959	Mann-Whitney	+	Mann-Whitney	+

IFAM	Rebouças et al., 2018 (63)	alfa de Cronbach	0,89	ICC	0,81	Spearman's Correlation Coefficient	+	Student t-test	There was a statistically significant difference between groups
-------------	----------------------------	------------------	------	-----	------	------------------------------------	---	----------------	---

* Not done or not applicable

ICC - Intraclass correlation coefficient

All articles searched for the psychometric parameter related to internal consistency and the outcome for this parameter was satisfactory in all studies. Regarding the other parameters, although some articles did not clearly present their findings, indications of validity, such as stability, construct validity and criterion, were present.

In the instruments that presented the stability parameter, results greater than 0.7, therefore satisfactory, were found, with the exception of the OIDP instrument (61), which achieved a close result (ICC = 0.69).

There was no uniformity in the tests performed by the instruments to verify the construct validity, however, positive results were found in the instruments that presented this parameter. For criterion validity, different tests and desirable results were used in most studies that met this criterion (47, 53, 59, 60-63).

DISCUSSION

The studies surveyed confirm the pervasive concern of dental professionals and researchers to evaluate the impact of the oral health status on the quality of life of the people. This was demonstrated by the recent development of new instruments, with 75% (6-32) of the articles retrieved being published in the last 18 years.

Although there is a growing consensus on the multidimensionality of measuring quality of life, it is not possible to point out an explicit clarity or agreement on the terms 'quality of life' and 'health-related quality of life',

since part of the authors did not conceptualize the items to be measured as indicated by similar work (64).

It should emphasize that the indicators were developed in the form of questionnaires composed of clear and objective questions about the OHRQoL; however, there is no standardization in the number of items of these instruments. There is a perceived need to decrease the number of items of those instruments, previously constructed with too many questions. Such is the case of OHIP, which in its original version has 49 items (13), prompting researchers to develop a 14-item reduced version (16).

The first instruments were developed for the elderly and adults (9-17). Later, new instruments were designed for other target audiences, such as in children of different ages (21, 23, 24, 26-28, 30, 34-36, 44)). This result was also verified in a review like this (65).

These instruments cover different age groups, such as preschool and school age, and the instruments are available for self-completion by the child or by parents' representatives (20, 22, 28, 30).

Adolescents have also been included in the OHRQoL measurements more recently (25, 26, 30, 42), and there is a growing trend in designing instruments for target audiences with specific oral problems (18, 29, 31-33, 37, 38, 40, 41, 43). This is the case of QoLFAST-10 (40), which assesses prosthesis users, MIQ (41) for patients with malocclusion and OPMD QoL (43) for patients with potentially malignant oral disorders.

The availability of a wide variety of quality of life instruments will make it easier for researchers to choose the best instruments for their research (65). Thus, reviews like this become essential to inform other researchers and program evaluators about the variety of instruments available in the literature.

This concern in broadening the target audience is justified, since subjective indicators should be interpreted as important contributions to clinical evaluations, helping diagnosis accuracy, and to the identification of

vulnerable individuals or population groups who require complex or customized interventions (66).

The information provided by these instruments has the potential to help determine treatment needs, select therapies, monitor the progress of treatment and evaluate the results of intervention in the context of research, clinical practice or policy formulation (23).

In addition, the instruments specifically developed for a specific target audience, may be more sensitive to capture the impact of oral disease on their quality of life than the information obtained through a quality of life instrument for adults among children and adolescents (65).

Regarding the sample size, there was a predominance of samples with a number of participants equal to or greater than 500 individuals. The knowledge of the different types of sampling, as well as the correct calculation of the sample size, are fundamental points for the success of a scientific research. For the statistical inference to be valid, it is necessary that the selected sample is representative of the population from which it was taken, because poorly selected samples and of inadequate size, compromise the research result, since they do not faithfully represent the population (67).

The conceptual model used to assess oral health status proposed by Locker (6) is based on the classification of impairment, disability and handicaps of the World Health Organization, which attempts to capture all possible functional and psychosocial outcomes of oral disorders.

The publication of this conceptual hallmark has been fundamental for the development of this area of research in Dentistry. Until recently, the psychosocial implications of oral health status have received little attention, because they are rarely life-threatening. In addition, the oral cavity has historically been dissociated from the rest of the body when considering general health status (67). However, several studies have pointed out that oral disorders have as serious emotional and psychosocial consequences as other disorders (10-15).

Thus, studies on OHRQoL should address dimensions such as pain and discomfort, functional aspects concerning the ability to chew and swallow food without difficulty, speaking and pronouncing words correctly, psychological aspects regarding appearance and self-esteem, as well as social aspects, reflecting social interaction and communication.

Although this was not the theoretical framework adopted by all authors, the instruments were adjusted to make it possible to assess the four domains proposed here. It was found that the functional, social and psychological domains have become increasingly important, accounting for 86.1% to 94.4% of the instruments reviewed.

Although dentistry has made great progress towards a more comprehensive measurement of the population's oral health needs, it is necessary to overcome the focus on sick patients and theories of disability to incorporate healthy patients into HRQoL measures (64).

It should like to draw attention to the Positive Oral Health and Well-Being (POHW) instrument (39), which innovates by proposing a positive perspective on oral health attributes, unlike other existing instruments, which focus on negative, disease-oriented perception of oral health.

Regarding the construction site of the instruments, it is observed that most of them were built in North America and published in the English language, agreeing with similar revisions (64, 65). This may reflect a lack of interest in evaluating HRQoL in other regions of the world, making it urgent to conduct research on the topic in other countries to identify and / or modify scales, to adapt them to the given context and characteristics of the specific health system, as well as the socioeconomic and cultural aspects of a given population (64).

In the present study, only 17 articles discussed cross-cultural adaptation studies for Brazilian Portuguese and validation of psychometric properties and this should be cause for concern, since some instruments consolidated abroad have been used in research studies in Brazil without

proper validation. This gap should encourage researchers in Brazil to conduct studies to validate such instruments.

The studies are unanimous in considering reliability and validity as the main measurement properties of instruments. Reliability assesses how stable, consistent or accurate an instrument is and mainly concerns the stability, internal consistency and equivalence of a measure. Validity indicates whether an instrument evaluates exactly what it proposes to measure, the main types are, content validity, criterion validity and construct validity (8).

CONCLUSION

The studies in this review show that the HRQoL theme has remained in evidence since the creation of the first instruments more than 30 years ago, and it does not seem to be close to being exhausted considering a new strand of instruments that relate specific oral conditions with the impact on the quality of life. Still, the researchers' concern is to get as close as possible to the subject's perception by creating questionnaires aimed at different audiences.

Of the 36 instruments identified, only 17 articles were identified in the databases assessed for cross-cultural adaptation to the Brazilian Portuguese language and validation of psychometric properties. Thus, despite the enormous dissemination of instruments, the need for translation, adaptation in the language and analysis of psychometric properties was pointed out in this study.

Collaborators

MV Calmon worked on the conception, design of the project, methodology, data collection, analysis and interpretation and article writing.

DB Velten worked on the conception, data collection and article writing.

APSC Almeida worked on the conception, design of the project, methodology, analysis and interpretation and critical article review.

FMC Costa Leite worked on the conception, design of the project, methodology, analysis and interpretation and critical article review.

MHMB Miotto worked on the conception, design of the project, methodology, analysis and interpretation and critical article review.

REFERENCES

1. Oliva-Moreno J, Lopez-Batisda J, Worbes-Cerezo M, Serrano-Aguilar P. Health related quality of life of Canary Island citizens. *BMC Public Health* 2010; 10:675. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-675>
2. Martins AMEBL, Jones KM, Souza JGS, Pordeus IA. Associação entre impactos funcionais e psicossociais das desordens bucais e qualidade de vida entre idosos. *Cien Saude Colet* 2014; 19(8):3461-3478. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.16202013>
3. Cruz DSM, Collet N, Nóbrega VM. Qualidade de vida relacionada à saúde de adolescentes com dm1- revisão integrativa. *Cien Saude Colet* 2018; 23(3):973-989. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.08002016>
4. Sheiham A. Determinação de necessidades de tratamento odontológico: uma abordagem social. In: Pinto VG. *Saúde bucal coletiva*. São Paulo: Santos, p. 223-250. 2000.
5. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein* 2010; 8(1 Pt 1):102-106. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134>
6. Locker D. Measuring oral health: a conceptual framework. *Community Dental Health* 1988; (5):5-13. PMID: 3285972
7. Terwee CB, Bot SDM, Boer MR, van der Windt DAWM, Knol DL, Dekker J, et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *Journal of Clinical Epidemiology* 2007; 60: 34-42. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2006.03.012
8. Souza AC, Alexandre NMC, Guirardello EB. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. *Epidemiol. Serv. Saude* 2017, Brasília, 26(3):649-659, jul-set. DOI: 10.5123/S1679-49742017000300022
9. Cushing A, Sheiham A, Maisels J. Developing socio-dental indicators-the social impact of dental disease. *Community Dental Health* 1986; 3(1):3-17. PMID: 3516317
10. Atchison KA, Dolan TA. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *Journal of dental education* 1990; 54(11):680-687. PMID: 2229624
11. Strauss RP, Hunt RJ. Understanding the value of teeth to older adults: influences on the quality of life. *JADA*. 1993; 124(1):105-110. DOI: [10.14219/jada.archive.1993.0019](https://doi.org/10.14219/jada.archive.1993.0019)
12. Locker D, Miller Y. Subjectively reported oral health status in an adult population. *Community Dent Oral Epidemiol* 1994; 22: 425-430. DOI: [10.1111/j.1600-0528.1994.tb00791.x](https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.1994.tb00791.x)
13. Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Health* 1994; 11(1):3-11. DOI: 10.1111/ger.12124
14. Leao A, Sheiham A. The development of a socio-dental measure of dental impacts on daily living. *Community Dent Health* 1996; 13(1):22-26. PMID: 8634892
15. Adulyanon S, Vourapukjaru J, Sheiham A. Oral impacts affecting daily performance in a low dental disease Thai population. *Community Dent Oral Epidemiol* 1996; 24:385-389. DOI: [10.1111/j.1600-0528.1996.tb00884.x](https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.1996.tb00884.x)
16. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol* 1997; 25(4):284-290. PMID: 9332805

17. Gadbury-Amyot CC, Williams KB, Krust-Bray K, Manne D, Collins P. Validity and Reliability of the Oral Health-Related Quality of Life Instrument for Dental Hygiene. *Journal of Dental Hygiene* 1999; 73(3). PMID: 10634112
18. Cunningham SJ, Garratt AM, Hunt NP. Development of a condition- specific quality of life measure for patients with dentofacial deformity: I. Reliability of the instrument. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000; 28:195-201. DOI: 10.1034/j.1600-0528.2000.280305.x
19. McGrath C, Bedi R. An evaluation of a new measure of oral health related quality of life--OHQoL-UK(W). *Community Dent Health* 2001; 18(3):138-143. PMID: 11580088
20. Locker D, Jokovic A, Stephens M, Kenny D, Tompson B, Guyatt G. Family impact of child oral and oro-facial conditions. *Community Dent Oral Epidemiol* 2002; 30(6):438-48. PMID: 12453115
21. Jokovic A, Locker D, Stephens M, Kenny D, Tompson B, Guyatt G. Validity and reliability of a questionnaire for measuring child oral-health-related quality of life. *J Dent Res* 2002; 81(7):459-463. PMID: 12161456
22. Jokovic A, Locker D, Stephens M, Kenny D, Tompson B, Guyatt G. Measuring parental perceptions of child oral health-related quality of life. *J Public Health Dent* 2003; 63(2):67-72. PMID: 12816135
23. Jokovic A, Locker D, Tompson B, Guyatt G. Questionnaire for measuring oral health-related quality of life in eight- to ten-year-old children. *Pediatr Dent* 2004; 26(6):512-518. PMID: 15646914
24. Gherunpong S, Tsakos G, Sheiham A. Developing and evaluating an oral health-related quality of life index for children; the CHILD-OIDP. *Community Dent Health* 2004; 21(2):161-169. PMID: 15228206
25. Klages U, Claus N, Wehrbein H, Zentner A. Development of a questionnaire for assessment of the psychosocial impact of dental aesthetics in young adults. *Eur J Orthod* 2006. DOI: 10.1093/ejo/cji083
26. Mandall NA, Vine S, Hulland R, Worthington H V. The impact of fixed orthodontic appliances on daily life. *Community Dent Health* 2006. PMID: 16800360
27. Broder HL, McGrath C, Cisneros GJ. Questionnaire development: face validity and item impact testing of the Child Oral Health Impact Profile. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007; 35(Suppl 1):8-19. DOI: 10.1111/j.1600-0528.2007.00401.x
28. Pahel BT, Rozier RG, Slade GD. Parental perceptions of children's oral health: The Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). *Health Qual Life Outcomes* 2007. DOI: 10.1186/1477-7525-5-6
29. Kushner JA, Lawrence HP, Shoval I, Kiss TL, Devins GM, Lee L, et al. Development and validation of a Patient-Reported Oral Mucositis Symptom (PROMS) scale. *J Can Dent Assoc* 2008; 74(1):59. PMID: 18298885
30. Steele MM, Steele RG, Varni JW. Reliability and Validity of the PedsQL™ Oral Health Scale: Measuring the Relationship Between Child Oral Health and Health-Related Quality of Life. *Children's Health Care* 2009; 38(3):228-244. <https://doi.org/10.1080/02739610903038818>
31. Boiko OV, Baker SR, Gibson BJ, Locker D, Sufi F, Barlow APS, et al. Construction and validation of the quality of life measure for dentine hypersensitivity (DHEQ). *J Clin Periodontol* 2010; 37(11):973-980. DOI: 10.1111/j.1600-051X.2010.01618.x
32. Montero J, Bravo M, Lopez-Valverde A. Development of a specific indicator of the well-being of wearers of removable dentures. *Community Dent Oral Epidemiol* 2011; 39(6):515-524. DOI: 10.1111/j.1600-0528.2011.00620.x

33. Ni Riordain R, McCreary C. Validity and reliability of a newly developed quality of life questionnaire for patients with chronic oral mucosal diseases. *J Oral Pathol Med* 2011; 40(8):604-609. DOI: 10.1111/j.1600-0714.2011.01021.x
34. Huntington NL, Spetter D, Jones JA, Rich SE, Garcia RI, Spiro A 3rd. Development and validation of a measure of pediatric oral health-related quality of life: the POQL. *J Public Health Dent* 2011;71(3):185-193. PMID: 21972458
35. Tsakos G, Blair YI, Yusuf H, Wright W, Watt RG, Macpherson LMD. Developing a new self-reported scale of oral health outcomes for 5-year-old children (SOHO-5). *Health Qual Life Outcomes* 2012; 10:62. DOI: 10.1186/1477-7525-10-62
36. Broder HL, Wilson-Genderson M, Sischo L. Reliability and validity testing for the Child Oral Health Impact Profile-Reduced (COHIP-SF 19). *J Public Health Dent* 2012; 72(4):302-312. DOI: 10.1111/j.1752-7325.2012.00338.x
37. Preciado A, Del Rio J, Lynch CD, Castillo-Oyague R. A new, short, specific questionnaire (QoLIP-10) for evaluating the oral health-related quality of life of implant-retained overdenture and hybrid prosthesis wearers. *J Dent* 2013; 41(9):753-763. DOI: 10.1016/j.jdent.2013.06.014
38. Machuca C, Baker SR, Sufi F, Mason S, Barlow A, Robinson PG. Derivation of a short form of the Dentine Hypersensitivity Experience Questionnaire. *J Clin Periodontol* 2014; 41(1):46-51. DOI: 10.1111/jcpe.12175
39. Zini A, Bussing A, Chay C, Badner V, Weinstock-Levin T, Sgan-Cohen HD, et al. Validation of an innovative instrument of Positive Oral Health and Well-Being (POHW). *Qual Life Res* 2016; 25(4):847-858. DOI: 10.1007/s11136-015-1142-0
40. Castillo-Oyague R, Suarez-Garcia M-J, Perea C, Rio J Del, Lynch CD, Gonzalo E, et al. Validation of a new, specific, complete, and short OHRQoL scale (QoLFAST-10) for wearers of implant overdentures and fixed-detachable hybrid prostheses. *J Dent* 2016; 49:22-32. DOI: 10.1016/j.jdent.2016.04.011
41. Benson PE, Cunningham SJ, Shah N, Gilchrist F, Baker SR, Hodges SJ, et al. Development of the Malocclusion Impact Questionnaire (MIQ) to measure the oral health-related quality of life of young people with malocclusion: part 2 - cross-sectional validation. *J Orthod* 2016; 43(1):14-23. DOI: 10.1080/14653125.2015.1114223
42. Wright WG, Spiro A 3rd, Jones JA, Rich SE, Garcia RI. Development of the Teen Oral Health-Related Quality of Life Instrument. *J Public Health Dent* 2016; 77(2):115-124. DOI: 10.1111/jphd.12181
43. Tadakamadla J, Kumar S, Laloo R, Johnson NW. Development and validation of a quality-of-life questionnaire for patients with oral potentially malignant disorders. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2017; 123(3):338-349. DOI: 10.1016/j.oooo.2016.10.025
44. Ruff RR, Sischo L, Chinn CH, Broder HL. Development and validation of the Child Oral Health Impact Profile - Preschool version. *Community Dent Health* 2017; 34(3):176-182. DOI: 10.1922/CDH_4110Ruff07
45. Almeida AM, Loureiro CA, Araujo VE. Um estudo transcultural de valores de saúde bucal utilizando o instrumento OHIP-14 (Oral Health Impact Profile) na forma simplificada – Parte I: Adaptação cultural e lingüística. *UFES Rev Odont* 2004; 6(1):6-15. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/10632>
46. Tesch FC, Oliveira BH De, Leão A. Semantic equivalence of the Brazilian version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale. *Cad saude publica* 2008; 24(8):1897-1909. DOI: 10.1590/S0102-311X2008000800018

47. Dini EL, McGrath C, Bedi R. An evaluation of the oral health quality of life (OHQoL) instrument in a Brazilian population. *Community Dent Health* 2003; 20(1):40-44. PMID: 12688603
48. Oliveira BH, Nadanovsky P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile–short form. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005; 33: 307-314. DOI: [10.1111/j.1600-0528.2005.00225.x](https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2005.00225.x)
49. Pires CPDAB, Ferraz MB, de Abreu MHNG. Translation into Brazilian Portuguese, cultural adaptation and validation of the oral health impact profile (OHIP-49). *Braz Oral Res* 2006; 20(3):263-268. DOI: S1806-83242006000300015
50. Goursand D, Paiva SM, Zarzar PM, Ramos-Jorge ML, Cornacchia GM, Pordeus IA, et al. Cross-cultural adaptation of the Child Perceptions Questionnaire 11-14 (CPQ11-14) for the Brazilian Portuguese language. *Health Qual Life Outcomes* 2008. DOI: 10.1186/1477-7525-6-2
51. Martins-Júnior PA, Ramos-Jorge J, Paiva SM, Marques LS, Ramos-Jorge ML. Validations of the Brazilian version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). *Cad Saúde Pública* 2012; 28(2):367-374. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000200015>
52. Castro RAL, Cortes MIS, Leao AT, Portela MC, Souza IPR, Tsakos G, et al. Child-OIDP index in Brazil: cross-cultural adaptation and validation. *Health Qual Life Outcomes* 2008; 6:68. DOI: 10.1186/1477-7525-6-68
53. Martins MT, Ferreira FM, Oliveira AC, Paiva SM, Vale MP, Allison PJ, et al. Preliminary validation of the Brazilian version of the Child Perceptions Questionnaire 8-10. *Eur J Paediatr Dent* 2009; 10(3):135-140. PMID: 19761288
54. Barbosa TS, Gavião MBD. Evaluation of the family impact scale for use in Brazil. *J Appl Oral Sci* 2009; 17(5):397-403. <https://doi.org/10.1590/S1678-77572009000500009>
55. Goursand D, Paiva SM, Zarzar PM, Pordeus IA, Grochowski R, Allison PJ. Measuring parental-caregiver perceptions of child oral health-related quality of life: psychometric properties of the Brazilian version of the P-CPQ. *Braz Dent J* 2009; 20(2):169-174. PMID: 19738952
56. De Souza RF, Terada ASSD, Vecchia MP Della, Regis RR, Zanini AP, Compagnoni MA. Validation of the Brazilian versions of two inventories for measuring oral health-related quality of life of edentulous subjects. *Gerodontology* 2010. DOI: 10.1111/j.1365-2842.2007.01749.x
57. Sardenberg F, Oliveira AC, Paiva SM, Auad SM, Vale MP. Validity and reliability of the Brazilian version of the psychosocial impact of dental aesthetics questionnaire. *Eur J Orthod* 2011; 33(3):270-275. DOI: 10.1093/ejo/cjq066
58. Bortoluzzi MC, Manfro R, Soares IC, Presta AA. Cross-cultural adaptation of the orthognathic quality of life questionnaire (OQLQ) in a Brazilian sample of patients with dentofacial deformities. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2011. DOI: 10.4317/medoral.16938
59. Bendo CB, Paiva SM, Viegas CM, Vale MP, Varni JW. The PedsQL; Oral Health Scale: feasibility, reliability and validity of the Brazilian Portuguese version. *Health Qual Life Outcomes* 2012; Apr; 10:42. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3425333/?tool=pubmed>. DOI: 10.1186/1477-7525-10-42.
60. Abanto J, Tsakos G, Paiva SM, Goursand D, Raggio DP, Bonecker M. Cross-cultural adaptation and psychometric properties of the Brazilian version of the

- scale of oral health outcomes for 5-year-old children (SOHO-5). *Health Qual Life Outcomes* 2013; 11:16. DOI: 10.1186/1477-7525-11-16
61. Abegg C, Fontanive VN, Tsakos G, Davoglio RS, de Oliveira MMC. Adapting and testing the oral impacts on daily performances among adults and elderly in Brazil. *Gerodontology* 2015; 32(1):46-52. DOI: 10.1111/ger.12051
 62. Douglas-De-Oliveira DW, Lages FS, Paiva SM, Cromley JG, Robinson PG, Cota LOM. Cross-cultural adaptation of the Brazilian version of the Dentine Hypersensitivity Experience Questionnaire (DHEQ-15). *Braz oral res* 2018;32:e37–e37. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-83242018000100228. <https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-2018.vol32.0037>
 63. Reboucas AP, Bendo CB, Abreu LGGG, Lages EMB, Flores-Mir C, Paiva SM, et al. Cross-cultural adaptation and validation of the Impact of Fixed Appliances Measure questionnaire in Brazil. *Braz Oral Res* 2018; Mar;32:e14–e14. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S1806-83242018000100213 DOI: 10.1590/1807-3107bor-2018.vol32.0014
 64. Patil S, Kahtani AA, Baeshen HA, Alamir AW, Khan S, Bhandi S, et al. Face Validity and Psychometric Evaluation of the Available Oral Health-related Quality of Life Instruments: A Systematic Review. *Oral Health Prev Dent.* 2020;18(1):409-416. doi: 10.3290/j.ohpd.a44680. PMID: 32515410.
 65. Hettiarachchi RM, Kularatna S, Byrnes J, Scuffham PA. Pediatric Quality of Life Instruments in Oral Health Research: A Systematic Review. *Value Health.* 2019 Jan;22(1):129-135. doi: 10.1016/j.jval.2018.06.019. Epub 2018 Sep 8. PMID: 30661626.
 66. Gabardo MCL, Moysés ST, Moysés S. Autopercepção de saúde bucal conforme o Perfil de Impacto da Saúde Bucal (OHIP) e fatores associados: revisão sistemática. *Rev Panam Salud Publica* 2013;33(6):439-445. http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892013000600009
 67. Fontelles MJ, Simões MG, Almeida JC, Fontelles RGS. Metodologia da pesquisa: diretrizes para o cálculo do tamanho da amostra. *Revista Paraense de Medicina* 2010; v.24 (2) abril-junho. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-593646>

5.2 ARTIGO 2

QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL E FATORES ASSOCIADOS EM ADOLESCENTES

ORAL HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE AND ASSOCIATED FACTORS IN THE ADOLESCENTS

RESUMO

Objetivou-se verificar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida de adolescentes e os fatores associados. Estudo transversal realizado com estudantes de 15 a 19 anos, da zona urbana e rural de escolas públicas estaduais de uma cidade do Sudeste do Brasil. A amostragem consistiu em 387 adolescentes de 05 escolas participantes. Três roteiros estruturados foram aplicados e exame clínico tátil visual foi realizado. Qualidade de vida associada à saúde bucal foi verificada pelo OHIP-14. A associação entre as variáveis foi verificada pelos testes estatísticos: Teste T; Teste Qui-Quadrado; Teste Exato de Fischer; Teste de Mantel-Haenzsel; Teste Razão dos Produtos Cruzados (OR). Foram ajustados modelos de regressão logística para cada dimensão. A frequência de impacto da condição bucal na qualidade de vida foi de 26,4%. Morar na zona rural esteve associado a menor impacto da saúde bucal na qualidade de vida ($p=0,017$). Cárie e perda dentária foram associadas a maior impacto na qualidade de vida, todavia quando realizada a regressão logística a maior predição de impacto da saúde bucal na vida dos adolescentes esteve associada ao sexo feminino [OR 1,760 (1,078-2,875)], presença de halitose [OR 2,383 (1,405-4,041)] e presença de apinhamento [OR 2,072 (1,262-3,401)]. Conclui-se que o sexo feminino, a presença de apinhamento e halitose estão associados a maiores impactos na qualidade de vida de adolescentes.

Descritores: Saúde Bucal, Qualidade de vida, Impacto social da doença.

ABSTRACT

The objective was to verify the impact of oral health on the quality of life of adolescents and associated factors. Cross-sectional study conducted with students aged 15 to 19 years, from urban and rural areas of state public schools in a city in southeastern Brazil. The sample consisted of 387 adolescents from 05 participating schools. Three structured scripts were applied and a visual tactile clinical examination was performed. Quality of life associated with oral health was verified by OHIP-14. The association between variables was verified by statistical tests: T test; Chi-square test; Fischer's exact test; Mantel-Haenzsel test; Cross Product Ratio Test (OR). Logistic regression models were adjusted for each dimension. The frequency of impact of oral health on the quality of life was 26.4%. Living in the countryside was associated with less impact of oral health on quality of life ($p=0,017$). Caries and tooth loss were statistically significant, however, when logistic regression was performed, the greatest prediction of the impact of oral health on adolescents' lives was associated with female sex [OR 1,760 (1,078-2,875)], halitosis [OR 2,383 (1,405-4,041)] and crowding [OR 2,072 (1,262-3,401)]. It is concluded that the female sex, crowding and the presence of halitosis are associated with high impacts on the quality of life of adolescents.

Descriptors: Oral Health, Quality of life, Social impact of the disease.

INTRODUÇÃO

O impacto das doenças e de seu tratamento na qualidade de vida tem ganhado importância (1). Os principais problemas bucais não apresentam ameaça a vida, sendo compostos de episódios agudos e prontamente tratáveis. Assim, muitas vezes seus impactos no bem-estar não são tão visíveis podendo minimizar o contexto de outras condições crônicas mais sérias (2).

Dentre diversas desordens bucais, destacam-se a cárie, a perda dentária, as maloclusões e a halitose. A cárie é a principal causa de perda dentária e sabe-se que seu tratamento melhora a qualidade de vida relacionada a saúde bucal a longo prazo (3). As maloclusões também possuem impacto social negativo devido à sua associação com limitações estéticas e funcionais (4). A halitose apresenta um forte impacto social além de interferir na qualidade de vida e ser um importante indicador de doenças sistêmicas (5).

Com o objetivo de quantificar a extensão das desordens bucais no que diz respeito ao bem-estar das pessoas e avaliar o impacto da saúde bucal no físico e desenvolvimento psicossocial, diversos instrumentos foram criados. O OHIP foi desenvolvido por Slade e Spencer em 1994, e, mais tarde, simplificado através de uma versão com 14 itens (6,7).

A utilização de um indicador como o OHIP - 14 pode ser útil para o planejamento dos serviços odontológicos, priorizando o atendimento das pessoas com alta prevalência de impactos (8). Estudos asseguram que o instrumento apresenta boas propriedades psicométricas quando aplicado em adolescentes e poderia ser uma ferramenta promissora para a priorização de cuidado do grupo (9,10).

Poucos estudos avaliaram a relação entre as desordens bucais e seu impacto na qualidade de vida em adolescentes. Os desfechos de saúde bucal parecem não estar fortemente associados à diminuição da qualidade de vida nessa faixa etária.

Assim, este estudo teve como objetivo avaliar o impacto das desordens bucais na qualidade de vida e associações com variáveis sociodemográficas, clínicas bucais, de utilização de serviços de saúde bucal em adolescentes estudantes da zona urbana e rural de uma cidade do sudeste do Brasil.

MATERIAIS E MÉTODOS

Delineamento e Local da Pesquisa

Este estudo analítico, observacional, com delineamento transversal envolveu adolescentes de 15 a 19 anos de escolas públicas estaduais (zona urbana e rural) de um município do sudeste do Brasil.

Considerações éticas

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) aprovou o presente estudo em 30 de outubro de 2018, após autorização da Secretaria Regional de Educação para a realização do estudo.

Cálculo de Amostra

Para o cálculo amostral foi verificado o número de estudantes matriculados nas escolas públicas estaduais de Ensino Médio - 4.056. Utilizou-se o software Epi Info e os seguintes parâmetros para o cálculo amostral: nível de confiança de 95%; margem de erro de 5%; e frequência esperada de 50% para maximizar a amostra. Foi obtida uma amostra mínima de 351 indivíduos e para compensar uma possível perda igual a 20%, foi acrescido a esse número 70 pessoas, resultando em uma amostra de 421 indivíduos.

Foi mantida a proporção de alunos matriculados nas nove escolas estaduais, em seguida foram excluídas as escolas que obtiveram, proporcionalmente ao tamanho da amostra, menos de 20 alunos – 4 escolas. A fim de não prejudicar o tamanho final da amostra, esse número de alunos foi redistribuído entre as demais escolas participantes, além disso as escolas eliminadas apresentavam características semelhantes as demais, assim não houve perda de representatividade.

A única escola da zona rural do município foi incluída separadamente com o intuito de relacionar as informações de saúde dos adolescentes que moram e estudam na zona rural.

A amostra foi aleatória, dando oportunidade igual a todos os indivíduos de participar da pesquisa. O sorteio dos participantes foi realizado através da lista de frequência

de cada turma, como segue no exemplo: caso a turma tenha 30 alunos e sejam necessários 10 alunos para participação na pesquisa, foram convidados a cada três intervalos, por exemplo, o terceiro aluno, depois o sexto, em seguida o nono aluno da lista e assim por diante.

Exame clínico e entrevista

Foram utilizados três roteiros estruturados com as informações sociodemográficas, variáveis clínicas bucais e o OHIP-14. Após a entrevista inicial os adolescentes foram convidados a participar do exame clínico nas dependências da escola.

Os exames foram realizados em sessão única e por uma única examinadora para cada pessoa entrevistada. Para tal, foi utilizada a luz artificial do local do exame, com aproveitamento da luz natural quando possível, e os voluntários sentaram-se em cadeiras de frente para a examinadora.

A verificação da concordância intra-examinador foi realizada no início da coleta dos dados, através da repetição do exame sete dias após a coleta na primeira escola, em aproximadamente 10% da amostra, com posterior comparação entre cada par de exames. A comparação foi realizada no exame de CPO-d através do Coeficiente Kappa e segundo as características deste estudo. Foram adotados parâmetros próprios para esta finalidade (11) e a porcentagem de concordância foi de 92%, demonstrando um parâmetro de boa concordância.

Os exames clínicos intrabucais foram realizados com auxílio de espátulas abaixadoras de língua descartáveis previamente demarcadas com medidas referenciais em milímetros para determinação de algumas desordens oclusais, além de serem úteis também para o afastamento de lábios e bochechas.

Para o registro de cárie dentária foi realizado o exame tátil-visual com auxílio de espelho e sonda do tipo ponta romba. Utilizou-se a metodologia da Organização Mundial de Saúde (OMS) com a adoção dos códigos e critérios preconizados para o diagnóstico de cárie da coroa dentária. A classificação do elemento dentário quanto à ocorrência de cárie dental foi definida em função das condições apresentadas no exame e ao critério padrão de diagnóstico, designando-o como dente hígido; cariado com cavitação envolvendo a dentina; obturado; extraído ou com extração indicada

(por motivo cárie). Os dados coletados foram anotados no odontograma que fez parte do roteiro.

Utilizou-se o índice CPO-d através da somatória dos indicadores C – cariado, O – obturado e P – perdido ou extraído por cárie nos dentes permanentes por indivíduo, e posteriormente realizada a média entre todos os participantes da pesquisa.

Com relação a halitose, primeiro foi perguntado objetivamente ao adolescente se ele percebia ter halitose e a resposta, sim ou não, registrada no formulário, posteriormente foi realizada a confirmação clínica da condição de halitose, cuja medição foi feita com um halímetro. Este aparelho faz análise do ar expirado pelo paciente baseada em tecnologia de semicondutores para mensuração de compostos sulfurados voláteis e gases hidrocarbonetos, permitindo análise do hálito em cinco segundos, de forma a classificá-lo em seis níveis de acordo com a quantidade desses gases. Para o registro do nível de halitose foi considerado: sem a presença de halitose para os níveis 0 e 1; nível 2 foi considerado limítrofe (não conclusivo); e os níveis 3, 4 e 5 presença de halitose. O teste foi repetido em todos os alunos para confirmação dos resultados.

Quanto a condição da oclusão dentária, foram avaliadas sete características oclusais e depois classificados dicotomicamente quanto a presença ou ausência sem aferir a gravidade ou severidade deles: vedamento labial; apinhamento anterior; diastema incisal; mordida aberta vertical anterior; overjet maxilar anterior; overjet mandibular anterior; e relação molar anteroposterior.

O traumatismo dentário foi avaliado dicotomicamente como presente ou ausente. Ainda foram avaliadas as atitudes tomadas após o traumatismo como: se houve procura por atendimento; se não, qual o motivo; se houve tratamento; se sim, qual o tipo de tratamento; se não, qual seria o tratamento necessário. Além do local de ocorrência do trauma e a causa.

Por último, os participantes preencheram o OHIP – 14. Este roteiro avalia a percepção das respondentes sobre os impactos produzidos pela condição bucal sobre a qualidade de vida.

Para análise foi utilizada uma escala de frequência do tipo Likert que possui cinco opções sobre qual a frequência que experimentam cada problema em um período determinado. A escala é constituída pelas seguintes opções: sempre; frequentemente; às vezes; raramente e nunca / não se aplica.

As respostas foram avaliadas de forma dicotômica, onde as respostas “sempre” e “frequentemente” indicam impacto na qualidade de vida e as respostas “às vezes”, “raramente” e “nunca” indicam sem impacto na qualidade de vida.

Tratamento estatístico dos dados

Foi realizada análise descritiva dos dados, através de tabelas de frequência com número e percentual para cada um dos itens do instrumento de pesquisa.

Tendo em vista a natureza das variáveis estudadas, os testes estatísticos foram: Teste T; Teste Qui-Quadrado; Teste Exato de Fischer; Teste de Mantel-Haenzsel; Teste Razão dos Produtos Cruzados (OR). A regressão logística foi usada para encontrar quais variáveis mais impactam a qualidade de vida dos alunos.

O pacote estatístico IBM SPSS 20 foi utilizado para esta análise. A comparação dos percentuais entre as zonas da escola foi realizada através do teste qui-quadrado. O nível de significância adotados nos testes foi de $\alpha = 5\%$.

RESULTADOS

Dentre os 421 alunos selecionados para o estudo nas 5 escolas, 387 alunos entregaram o TCLE assinado pelos responsáveis, correspondendo a 8% de recusa. Desses, 82,9% eram da zona urbana. A maioria, 56,8%, do sexo feminino com idades de 16 anos (33,1%) e 17 anos (32,3%). Autodeclarados pardos (55%), de classe socioeconômica C1 (29,7%) e C2 (28,2%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Dados sociodemográficos de adolescentes de 15 a 19 anos de um município do sudeste do Brasil.

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	167	43,2
Feminino	220	56,8
Idade (anos)		
15	100	25,8
16	128	33,1
17	125	32,3
18	33	8,5
19	1	0,3
Raça/cor		
Branca	58	15,0
Negra	92	23,8
Amarela	15	3,9
Parda	213	55,0
Indígena	9	2,3
Condição socioeconômica		
A	4	1,0
B1	23	5,9
B2	87	22,5
C1	115	29,7
C2	109	28,2
D – E	49	12,7
Zona de residência		
Urbana	321	82,9
Rural	66	17,1
Total	387	100,0

Com relação a cárie dentária, o índice CPO-d médio dos adolescentes foi 2,08 e desvio padrão 2,65.

Quando questionados sobre a utilização de serviços de saúde bucal, 38,2% relataram ter consultado com um cirurgião dentista nos últimos 12 meses e o fizeram por motivo de prevenção/rotina em 89,2% dos casos.

Com relação a variável halitose, para 22,5% alunos a resposta foi positiva para percepção de halitose e quando realizada a medida com aparelho específico para a finalidade, 8,8% apresentaram níveis 3 e 4, portanto presença de halitose.

Quanto ao traumatismo dental, 16,3% dos adolescentes relataram ter tido episódio de trauma dental, e o tipo de fratura mais comum foi a fratura apenas em esmalte (79,4%) (Tabela 2).

Na análise da má oclusão, o vedamento labial esteve presente em 381 (98,4%) dos jovens, 113 (29,2%) adolescentes apresentavam apinhamento entre os dentes anteriores, 40 (10,3%) apresentavam diastema entre os incisivos centrais superiores, 29 (7,5%) possuíam mordida aberta anterior, 367 (94,8%) e 374 (96,6%) não apresentavam overjet maxilar e overjet mandibular, respectivamente. Na relação anteroposterior de molares, 200 (51,7%) adolescentes foram classificados como Classe I.

Tabela 2 – Utilização de serviços de saúde bucal e variáveis clínicas bucais de adolescentes de 15 a 19 anos de um município do sudeste do Brasil.

Característica	n	%
Procura dentista últimos 12 meses		
Sim	148	38,2
Não	239	61,8
Motivo da procura dentista		
Urgência/Dor	16	10,8
Rotina/Prevenção	132	89,2
Halitose percebida		
Presente	87	22,5
Ausente	300	77,5
Halitose medida (halímetro)		
Presente (níveis 3 e 4)	34	8,8
Limítrofe (nível 2)	24	6,2
Ausente (níveis 0 e 1)	329	85,0
Traumatismo dentário		
Sim	63	16,3
Não	324	83,7
Tipo de trauma		
Fratura envolvendo esmalte	50	79,4
Fratura envolvendo esmalte e dentina	7	11,1
Fratura envolvendo esmalte, dentina e polpa	4	6,3
Perda devido a trauma	1	1,6
Trauma combinados	1	1,6
Vedamento labial		
Presente	381	98,4
Ausente	6	1,6
Apinhamento		
Presente	113	29,2
Ausente	274	70,8
Diastema		
Presente	40	10,3
Ausente	347	89,7
Mordida aberta anterior		
Presente	29	7,5
Ausente	358	92,5
Overjet maxilar anterior		
Presente	20	5,2
Ausente	367	94,8
Overjet mandibular anterior		
Presente	13	3,4
Ausente	374	96,6
Relação anteroposterior de molares		
Oclusão normal	140	36,2
Classe I	200	51,7
Classe II	11	2,8
Classe III	36	9,3

Na Tabela 3 estão detalhados os dados do impacto da saúde bucal nos adolescentes. No geral, 26,4% alunos apresentaram impacto em alguma dimensão avaliada. As dimensões com maior prevalência de impacto foram desconforto psicológico (19,4%) e incapacidade psicológica (10,6%).

Tabela 3 – Impacto da saúde bucal de 387 adolescentes de 15 a 19 anos de um município do sudeste do Brasil.

Dimensão	Com impacto	
	N	%
Limitação funcional	11	2,8
Dor física	23	5,9
Desconforto psicológico	75	19,4
Incapacidade física	8	2,1
Incapacidade psicológica	41	10,6
Incapacidade social	13	3,4
Deficiência	16	4,1
Geral	102	26,4

Quando comparado o impacto causado pela condição bucal, segundo a zona de moradia, o resultado foi estatisticamente significativo na dimensão desconforto psicológico ($p=0,035$) e na dimensão geral ($p=0,017$). Mostrando um maior impacto da condição bucal na qualidade de vida nos adolescentes que residem na zona urbana.

Na Tabela 4 são apresentados os dados do impacto causado pela saúde bucal segundo o sexo, presença de cárie, perda dentária, apinhamento e halitose percebida nos alunos avaliados. As demais variáveis não apresentaram associação estatisticamente significativa com o OHIP-14.

Tabela 4 – Distribuição de frequência das exposições quanto a prevalência de impacto na qualidade de vida por dimensão em adolescentes de 15 a 19 anos de um município do sudeste do Brasil.

	Sexo		Halitose			Cárie			Perda dentária			Apinhamento				
	Masc. (%)	Fem. (%)	OR(IC)	p	Prev. (%)	OR(IC)	p	Prev. (%)	OR(IC)	p	Prev. (%)	OR(IC)	p	Prev. (%)	OR(IC)	p
Limitação funcional	3	2,7	1,101 0,330 – 3,670	0,555	6,9	3,407 0,965 – 12,035	0,06 6	2,2	1,477 0,385 – 5,659	0,56 7	6,3	2,758 0,706 – 10,779	0,129	4,4	2,068 0,618 – 6,918	0,229
Dor física	3	8,2	2,887 1,049 – 7,944	0,033	1,7	4,085 0,540 – 30,911	0,14 4	7,3	1,435 0,612 – 3,366	0,40 4	6,3	1,063 0,304 – 3,722	0,923	7,1	1,316 0,542 – 3,196	0,544
Desconforto psicológico	17,4	20,9	1,258 0,751 – 2,107	0,382	31,5	2,147 1,149 – 4,013	0,01 5	21,9	1,277 0,761 – 2,144	0,35 4	31,3	2,114 1,080 – 4,135	0,026	29,2	2,279 1,352 – 3,840	0,002
Incapacidade física	1,8	2,3	1,271 0,299 – 5,397	0,744	0,0	-	0,23 0	2,9	1,850 0,455 – 7,515	0,38 3	6,3	4,453 1,029 – 19,268	0,030	3,5	2,477 0,609 – 10,082	0,191
Incapacidade psicológica	7,2	13,2	1,961 0,969 – 3,970	0,058	8,6	1,302 0,489 – 3,470	0,59 6	16,8	2,600 1,349 – 5,012	0,00 3	8 (16,7 %)	1,855 0,801 – 4,295	0,144	15,9	2,068 1,068 – 4,002	0,029
Incapacidade social	2,4	4,1	1,738 – 5,744	0,359	0,0	-	0,12 4	2,9	1,242 0,375 – 4,109	0,72 2	1 (2,1%)	1,725 0,219 – 13,570	0,600	2,7	1,389 0,375 – 5,144	0,621
Deficiência	3,6	4,5	1,278 0,455 – 3,589	0,641	1,7	2,723 0,353 – 21,021	0,31 7	6,6	2,441 0,888 – 6,706	0,07 5	5 (10,4 %)	3,467 1,150 – 10,457	0,019	3,5	1,248 0,039 – 3,955	0,706
Mantel-Haenszel	-	-	1,560 0,976 – 2,491	0,062	-	-	-	-	1,656 1,042 – 2,632	0,03 2	-	1,821 0,966 – 3,434	0,061	-	1,988 1,233 – 3,206	0,004

Uma diferença estatisticamente significativa foi encontrada entre sexos em termos de saúde bucal. Ser do sexo feminino aumentou as chances de autorrelato pior da saúde oral em 2,8 vezes [OR 2,887 (1,049-7,944)] na dimensão dor física.

Quando analisada a variável cárie, o resultado foi estatisticamente significativo na dimensão incapacidade psicológica ($p=0,003$). No teste de Mantel-Haenszel a chance de impacto na qualidade de vida dos adolescentes com carie foi 1,6 vezes maior [OR 1,656 (1,042-2,632)].

A perda dentária foi a variável que apresentou mais resultados estatisticamente significantes nas seguintes dimensões do OHIP: desconforto psicológico [OR 2,114 (1,080-4,135)]; incapacidade física [OR 4,453 (1,029-19,268)]; deficiência [OR 3,467 (1,150-10,457)].

Adolescentes com apinhamento apresentaram resultados estatisticamente significantes nas dimensões desconforto psicológico [OR 2,279 (1,352-3,840)] e incapacidade psicológica [OR 2,068 (1,068-4,002)]. Quando aplicado o teste Mantel-Haenszel, adolescentes com apinhamento apresentaram 1,9 vezes mais chance de impacto na qualidade de vida [OR 1,988 (1,233-3,206)].

Adolescentes que percebem a halitose apresentaram 2,1 vezes mais chance de apresentar impacto na qualidade de vida na dimensão desconforto psicológico [OR 2,147 (1,149-4,013)].

Foram ajustados modelos de regressão logística para cada dimensão para controle de potenciais fatores de confusão. A Tabela 5 apresenta os dados da regressão logística do impacto da saúde bucal na vida dos adolescentes. As variáveis explicativas do desfecho qualidade de vida em adolescentes foram sexo [OR 1,760 (1,078-2,875)], halitose [OR 2,383 (1,405-4,041)] e apinhamento [OR 2,072 (1,262-3,401)].

Tabela 5 – Regressão logística do impacto de saúde bucal na qualidade de vida de adolescentes de 15 a 19 anos de um município do sudeste do Brasil.

Variáveis	B	p valor	OR	Intervalo de Confiança	
				LI	LS
Sexo	0,565	0,024	1,760	1,078	2,875
Halitose	0,868	0,001	2,383	1,405	4,041
Cárie	0,395	0,117	1,484	0,906	2,430
Perda dentária	0,495	0,151	1,641	0,834	3,226
Apinhamento	0,728	0,004	2,072	1,262	3,401

DISCUSSÃO

Os principais achados do estudo demonstram que sexo, halitose, presença de cárie, perda dentária e apinhamento estiveram associados ao OHIP-14.

A adolescência é um período de transição entre a infância e a vida adulta, caracterizado pelos impulsos do desenvolvimento físico, mental, emocional, sexual e social, e ainda pela necessidade do indivíduo em alcançar os objetivos relacionados às expectativas culturais da sociedade em que vive e ser aceito por ela. Essa fase da vida é ainda caracterizada por diversos conflitos, inseguranças, descobertas e intensidade na vivência. Nesse contexto de intensidades, pode acontecer o negligenciamento das medidas de autocuidado com a saúde, sendo, portanto, um período considerado de risco em relação aos agravos de saúde bucal (12).

No último levantamento epidemiológico de saúde bucal realizado no Brasil, os adolescentes de 15 a 19 anos apresentaram ao menos um impacto na qualidade de vida relacionada a condições bucais em 39,4% da amostra (13). Condições bucais como, presença de carie, perda dentaria, má oclusão entre outras, aumentaram negativamente o impacto na qualidade de vida nesses adolescentes. Além disso, variáveis sociodemográficas como o sexo, a raça/cor da pele, a escolaridade, a condição socioeconômica, representaram diferenças no impacto na qualidade de vida dos jovens em situação menos favorecida.

A criação dos indicadores que relacionam problemas bucais com a qualidade de vida surgiu da necessidade de conhecer a condição de saúde percebida subjetivamente ou o impacto dos problemas de saúde bucal sobre a qualidade de vida.

Para apresentação dos dados do OHIP-14, foi utilizada a frequência em percentual por dimensão e no geral. Não há um consenso na literatura quanto a melhor forma de apresentação desses resultados, com estudos apresentando o impacto através da média e gravidade (1,10) e outros com a mesma abordagem desse estudo com a frequência do impacto em percentual (2,14,15).

Estudo transversal com adolescentes da capital do ES observou que 26,2% relataram impacto na qualidade de vida em decorrência das condições bucais (2), frequência muito similar a esta pesquisa (26,4%) e de estudo realizado em outra cidade na região Sul do país (27,4%) (16).

Esse resultado pode ser considerado bastante expressivo para adolescentes, principalmente quando comparado a outras pesquisas realizadas com adultos e idosos que apresentaram frequências similares, de 29%(17), 32,5% (18) e 35% (8), pois os problemas bucais são cumulativos e se agravam com o envelhecimento, e a aparência e o convívio social são muito valorizados nesse grupo interferindo negativamente na vida dos adolescentes.

Desconforto psicológico e incapacidade psicológica foram as dimensões que mais contribuíram para o escore geral do OHIP, semelhante ao encontrado em pesquisas com o mesmo público (2,10,12,15,19).

A dimensão desconforto psicológico refere-se a preocupações ou nervosismo em relação às condições de saúde bucal assim o mais expressivo desses domínios sugere que há uma preocupação dos adolescentes em relação ao estado de saúde bucal e sua possível consequência (10). Na dimensão incapacidade psicológica, aspectos relacionados à dificuldade em relaxar e vergonha relacionada a condição bucal demonstram o impacto social que os problemas bucais podem causar na vida dos adolescentes.

A condição socioeconômica tem sido relatada como importante preditor de impacto na QVRSB. Piores indicadores de renda média do bairro da escola, renda familiar e escolaridade materna, estão associadas a maiores impactos na QVRSB em adolescentes ao longo do tempo (20).

O local de residência configura-se uma dimensão constitutiva da situação de saúde bucal de grupos sociais. As áreas rurais brasileiras apresentam os piores indicadores de renda, de saneamento básico e de níveis de escolaridade, acredita-se que possam configurar em importante polo de concentração para os agravos à saúde bucal (21). Contudo, neste estudo, os adolescentes que residem na zona rural apresentaram menor impacto da saúde bucal na qualidade de vida.

Indivíduos com perfis sociais semelhantes (renda, escolaridade, sexo, grupo etário, grupo étnico, entre outros) podem apresentar diferentes níveis de saúde bucal, dependendo do seu local de moradia e dos atributos desse local (22).

A zona rural estudada encontra na produção agrícola sua principal fonte de renda, além de apresentar indicadores de violência quase nulos e contar com rede de assistência à saúde satisfatória com equipe de estratégia de saúde da família e saúde bucal há mais de 15 anos atuando na comunidade. Sabe-se que as políticas públicas são essenciais para facilitar o acesso à assistência odontológica e devem se concentrar na orientação e aconselhando de seus usuários, além de fornecer medidas de prevenção e tratamento precoce a fim de melhorar o estado de saúde bucal e proporcionar melhor qualidade de vida para adolescentes residentes em áreas rurais (23).

Diante disso, não se pode inferir aos moradores do distrito uma condição piorada de vida. Sugere-se a realização de pesquisas qualitativas para verificar a existência de coesão na comunidade, rede de apoio social e familiar, o que são atributos importantes para melhor condição de vida das pessoas.

Nos últimos anos, tem-se visto uma redução no índice de carie no Brasil. Segundo a classificação da OMS, o país apresentava em 2010 um baixo índice, 2,1 (13). Os adolescentes participantes da pesquisa apresentaram um CPO-d menor (2,08) do que a mesma faixa etária do último levantamento realizado no Brasil em 2010, que foi de 4,2. Os menores índices encontram-se nas regiões Sul e Sudeste, o que pode

explicar tamanha diferença considerando as desigualdades encontradas nas regiões do país, além disso entre as duas pesquisas há uma diferença de praticamente 10 anos, reforçando a tendência de redução desse índice.

A presença de cárie aparece associada à diminuição da qualidade de vida relacionada à saúde bucal nos adolescentes. A chance de impacto nos adolescentes com experiência de carie foi 1,6 vezes maior do que naqueles sem a doença.

Outro aspecto pouco abordado na adolescência é o impacto da perda dentária e questões envolvendo estética e aparência na qualidade de vida. A maioria dos estudos abordando as perdas dentárias em adolescentes não incluem a avaliação de seu impacto na qualidade de vida.

Os resultados desta pesquisa demonstram que a perda dentária impacta negativamente na qualidade de vida dos alunos, em especial nas dimensões desconforto psicológico; incapacidade física; deficiência. Estudo semelhante aponta para a mesma direção, questões psicológicas e limitações físicas apresentam consequências importantes sobre a qualidade de vida bem como uma mutilação dentária (10). Achados diferentes foram encontrados em outra pesquisa, onde a cárie, perda dentária, autopercepção de saúde bucal e questões relacionadas à aparência e estética não foram associadas aos escores do OHIP-14 (1).

Importante ressaltar que menos da metade dos adolescentes relataram buscar por serviços odontológicos regularmente. Pesquisa realizada com universitários do sul do país encontrou uma prevalência semelhante, de 45% de utilização regular e mostrou associação com a classe socioeconômica, onde os indivíduos mais pobres e, geralmente os que mais precisam, usam menos o serviço (24). Isso reforça a necessidade de estimular o hábito de cuidados odontológicos e visitas periódicas ao cirurgião dentista, principalmente nessa fase da vida onde os cuidados com a saúde bucal são conhecidamente menosprezados.

Diferente de outros estudos (25,26), o traumatismo dental não apresentou resultados estatisticamente significantes no impacto da QVRSB. Sabe-se que o acometimento dos dentes anteriores por problemas bucais, como traumatismo dentário, pode exercer uma grande influência na percepção da QVRSB dos adolescentes. Traumatismos mais severos acometendo a dentina e/ou polpa podem levar a

maiores impactos, dentre eles dificuldade de se alimentar e higienizar a boca, problemas emocionais e de socialização (25). Todavia, a prevalência encontrada de traumatismo foi baixa e o tipo mais comum foi o trauma envolvendo o esmalte, que traz menores consequências estéticas e sociais aos envolvidos, e pode explicar a falta de associação.

Na análise da regressão logística, a carie e a perda dentária não apresentaram resultados estatisticamente significantes, concordando com outra pesquisa (1). As variáveis que realmente explicaram o desfecho qualidade de vida em adolescentes foram o sexo, a halitose e o apinhamento.

O sexo feminino apresentou maior impacto da condição bucal na qualidade de vida, com resultado importante na dimensão dor física. Isso foi evidenciado em diversos estudos (2,14,27,28), incluindo pesquisa realizada na zona rural (23). Várias razões têm sido propostas para explicar esta diferença, incluindo mudanças fisiológicas pubertárias mais marcantes, desequilíbrio hormonal e mecanismos de adaptação diferentes entre os sexos (28), sugerindo haver uma maior sensibilidade a impactos negativos no sexo feminino.

Dentre as más oclusões avaliadas no estudo, o apinhamento apresentou impacto na qualidade de vida dos adolescentes, nas dimensões desconforto psicológico e incapacidade psicológica. O apinhamento afeta os dentes anteriores e são mais facilmente percebidos o que pode gerar desconforto estético principalmente em jovens.

Pesquisas realizadas em outros países e no Brasil encontraram resultados significantes de impacto das más oclusões na qualidade de vida em jovens e adultos (29–31). Esse impacto negativo provavelmente está relacionado ao comprometimento estético dental e/ou esquelético causado no rosto do indivíduo. Um sorriso alterado ou uma aparência facial desfavorável pode causar desconforto psicológico em jovens afetados pela má oclusão, inibindo-os de manter interações sociais com seus pares (23).

Para os demais tipos de más oclusões, aparentemente não parece haver impacto na qualidade de vida relacionada à saúde bucal, corroborando com outros estudos (1,2). Esses achados podem ser explicados por não ter sido avaliado o grau de

severidade das más oclusões, pois estudos demonstraram que o aumento na severidade das más oclusões está diretamente relacionado ao aumento do impacto na qualidade de vida relacionada a saúde bucal (31,32). Ainda, os jovens podem se adaptar psicologicamente à sua condição morfológica, especialmente à medida que o desenvolvimento da má oclusão é um processo lento. Somado a isso, as atividades diárias parecem ser mais afetadas por características psicológicas do que a aparência dentofacial (16).

A frequência de 22,5% da halitose percebida foi inferior à apontada em outros estudos (2,5). Na análise da halitose medida, esse percentual foi ainda menor, 15%. Apesar disso, o impacto social da halitose é profundo até mesmo para os adolescentes, prejudicando a vida social e profissional (1).

Neste trabalho, os adolescentes com halitose percebida tiveram mais chance de apresentar impacto na qualidade de vida na dimensão desconforto psicológico. Estudo realizado no sul do país encontrou resultados expressivos da halitose como fator associado a maior impacto na qualidade de vida (1) e em outra pesquisa, a halitose autorrelatada chegou a ser a variável com maior impacto na qualidade de vida (2). A saúde do adolescente é um tema que deve fazer parte da atenção dos serviços de saúde, por se tratar de uma etapa diferenciada do ciclo de vida, na qual ocorrem transformações comportamentais que podem gerar conflitos internos, físicos, psicossociais e emocionais.

Importante ressaltar que no Brasil, existem adolescentes fora da escola e com atraso escolar significativo (1), sendo assim, não se pode implicar representação para todos os adolescentes. Ainda, as escolas privadas não foram incluídas devido à dificuldade em conseguir autorização para a realização da pesquisa. Com o intuito de diminuir os vieses do estudo, principalmente em relação aos instrumentos de coleta, eles foram explicados em sala de aula e depois individualmente, e todas as dúvidas foram esclarecidas antes da coleta.

Como sugestão, mais pesquisas quali-quantitativas devem ser realizadas incluindo o impacto das condições bucais na qualidade de vida em adolescentes no Brasil. Tais impactos devem ser analisados e compreendidos para que uma atenção especial seja realizada a fim de reduzir as consequências psicológicas, emocionais e sociais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O impacto da condição bucal na qualidade de vida dos adolescentes foi de 26,4%, e as dimensões com maiores frequência de impacto foram desconforto psicológico e incapacidade psicológica. Na análise da regressão logística, as variáveis explicativas para o desfecho qualidade de vida foram o sexo feminino, presença de apinhamento e presença de halitose.

Esses resultados mostram-se importantes para redirecionar a atenção à saúde bucal para esse grupo específico. Baseando-se no impacto das condições bucais para os adolescentes, esforços de promoção da saúde devem estar no centro das políticas públicas de saúde a esta população pois os problemas de saúde bucal são em sua maioria cumulativos e se agravarão com o passar do tempo.

REFERÊNCIAS

1. Colussi PRG, Hugo FN, Muniz FWMG, Rösing CK. Oral health-related quality of life and associated factors in Brazilian adolescents. *Braz Dent J*. 2017;28(1):113–20.
2. Miotto MHM de B, Benevides JJ, Postiglione LRF, Dessaune DSS, Calmon MV, Zandonade E. Impact produced by oral disorders on the quality of life of Brazilian adolescents. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr*. 2019;19(1).
3. de Paula JS, Sarracini KLM, Meneghim MC, Pereira AC, Ortega EMM, Martins NS, et al. Longitudinal evaluation of the impact of dental caries treatment on oral health-related quality of life among schoolchildren. *Eur J Oral Sci*. 2015;123(3):173–8.
4. Corso PFC de L, Oliveira FAC de, Costa DJ da, Kluppel LE, Rebellato NLB, Scariot R. Evaluation of the impact of orthognathic surgery on quality of life. *Braz oral res [Internet]*. 2016;30(1):e4–e4. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-83242016000100205
5. Lopes MH, Rösing CK, Colussi PRG, Muniz FWM, Linden MS. Prevalence of self-reported halitosis and associated factors in adolescents from Southern Brazil. *Acta Odontol Latinoam*. 2016;29(2):93–103.
6. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1997 Aug;25(4):284–90.

7. Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Health*. 1994;
8. Miotto MHM de B, Barcellos LA, Velten DB. Avaliação do impacto na qualidade de vida causado por problemas bucais na população adulta e idosa em município da Região Sudeste Evaluation of the impact on quality of life caused by oral health problems in adults and the elderly in a southeastern Brazil. *Cien Saude Colet*. 2012;17(2).
9. Silveira MF, De Pinho L, Brito MFSF. Validity and reliability of the oral health impact profile instrument (OHIP-14) in adolescents. *Paideia*. 2019;29.
10. Xavier A, de Carvalho ÉS, Bastos R da S, Caldana M de L, Damiance PRM, Bastos JR de M. Impact of dental caries on quality of life of adolescents according to access to oral health services: A cross sectional study. *Brazilian J Oral Sci*. 2016;15(1):1–7.
11. Frias AC, Antunes JLF, Narvai PC. Precisão e validade de levantamentos epidemiológicos em saúde bucal: cárie dentária na Cidade de São Paulo, 2002. *Rev Bras Epidemiol*. 2004;7(2):144–54.
12. Paredes S de O, Leal Júnior O de S, Paredes A de O, Fernandes JMF de A, Menezes VA. Oral Health Influence on the Quality of Life of School Adolescents. *Rev Bras Promoç Saúde [Internet]*. 2015;28(2):266–73. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&site=eds-live&db=edo&AN=118306351>
13. Brasil. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde Resultados Principais [Internet]. 2012. 118 p. Available from: www.saude.gov.br/bvsLegislaçãomSaúde
www.saude.gov.br/saudelegiswww.saude.gov.br/bvs
14. Drachev SN, Brenn T, Trovik TA. Oral Health-Related Quality of Life in Young Adults: A Survey of Russian Undergraduate Students. *Int J Environ Res Public Health*. 2018 Apr;15(4).
15. Gonzales-Sullcahuamán JA, Ferreira FM, de Menezes J V., Paiva SM, Fraiz FC. Oral health-related quality of life among Brazilian dental students. *Acta Odontol Latinoam*. 2013;26(2):76–83.
16. Dallé H, Vedovello SAS, Degan V V., De Godoi APT, Custódio W, de Menezes CC. Malocclusion, facial and psychological predictors of quality of life in adolescents. *Community Dent Health*. 2019;36(4):298–302.
17. Bombarda-Nunes F de F, Miotto MHM de B, Barcellos LA. Autopercepção de Saúde Bucal do Agente Comunitário de Saúde de Vitória, ES, Brasil. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr*. 2008 Apr 10;8(1):7–14.
18. Miotto MHM de B, Almeida CS, Barcellos LA. Impacto das condições bucais na qualidade de vida em servidores públicos municipais. *Cienc e Saude Coletiva*.

- 2014;19(9):3931–40.
19. Lima DP, Moimaz SAS, Garbin CAS, Sundefeld MLMM, Saliba TA. Impacto da saúde bucal na qualidade de vida de adolescentes grávidas. *Arch Heal Investig*. 2016 Dec 31;5(6):318–24.
 20. Sfreddo CS, Moreira CHC, Nicolau B, Ortiz FR, Ardenghi TM. Socioeconomic inequalities in oral health-related quality of life in adolescents: a cohort study. *Qual Life Res [Internet]*. 2019 Sep 15;28(9):2491–500. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s11136-019-02229-2>
 21. Cavalcanti RP, Gaspar G da S, de Goes PSA. Utilização e acesso aos serviços de saúde bucal do SUS -uma comparação entre populações rurais e urbanas. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr*. 2012;12(1):121–6.
 22. Moreira RDS, Nico LS, Tomita NE. A relação entre o espaço e a saúde bucal coletiva: Por uma epidemiologia georreferenciada. *Cienc e Saude Coletiva*. 2007;12(1):275–84.
 23. Roque T V., Magnani IQ, Paiva SM, Abreu LG. Acta odontologica latinoamericana. *Acta Odontol Latinoam*. 2021;34(1):81–7.
 24. Echeverria MS, Silva AER, Agostini BA, Schuch HS, Demarco FF. Regular use of dental services among university students in southern Brazil. *Rev Saude Publica [Internet]*. 2020 Aug 22;54:85. Available from: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/173971>
 25. Marinho CS, Martins LP, Bittencourt JM, Martins S, Bendo CB. Impacto do traumatismo dentário na qualidade de vida de crianças, adolescentes e suas famílias: revisão crítica da literatura. *Arq Odontol*. 2019;55(e08):1–12.
 26. dos Santos JFD, Silva LR de M, Souza ERL de, Alves NM, Sarmiento TC de AP. Influência do traumatismo dentário na qualidade de vida de crianças de 8 a 10 anos do município de Patos – PB, Brasil. *Arch Heal Investig [Internet]*. 2021 Oct 22;10(2):241–7. Available from: <https://www.archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/view/4857>
 27. Maia C de VR, Mendes FM, Normando D. The impact of oral health on quality of life of urban and riverine populations of the Amazon: A multilevel analysis. *PLoS One*. 2018 Nov 1;13(11).
 28. Maria AT, Guimarães C, Candeias I, Almeida S, Figueiredo C, Pinheiro A, et al. Qualidade de vida relacionada com a saúde em crianças e adolescentes portugueses: estudo numa população escolar. *Acta Pediátrica Port*. 2017;48(3).
 29. Masood M, Suominen AL, Pietila T, Lahti S. Malocclusion traits and oral health-related quality of life in Finnish adults. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2017 Apr 1;45(2):178–88.
 30. Sierwald I, John MT, Schierz O, Jost-Brinkmann PG, Reissmann DR. Zusammenhang von Overjet und Overbite mit ästhetischen Beeinträchtigungen

der mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität. J Orofac Orthop. 2015 Sep 1;76(5):405–20.

31. da Rosa GN, Del Fabro JP, Tomazoni F, Tuchtenhagen S, Alves LS, Ardenghi TM. Association of malocclusion, happiness, and oral health-related quality of life (OHRQoL) in schoolchildren. J Public Health Dent. 2016;76(2):85–90.
32. Siluvai S, Kshetrimayum N, Reddy CVK, Siddanna S, Manjunath M, Rudraswamy S. Malocclusion and related quality of life among 13- to 19-year-old students in mysore city - a cross-sectional study. Oral Health Prev Dent. 2015;13(2):135–13541.

5.3 ARTIGO 3

FELICIDADE RELACIONADA A SAÚDE BUCAL EM ADOLESCENTES

HAPPINESS RELATED TO ORAL HEALTH IN ADOLESCENTS

RESUMO

Avaliar a felicidade e as associações entre as variáveis sociodemográficas, clínicas bucais, de utilização de serviços de saúde bucal e relação com a qualidade de vida em adolescentes da zona urbana e rural de uma cidade do sudeste do Brasil. Estudo transversal realizado com 387 estudantes de 15 a 19 anos de escolas públicas estaduais. Quatro roteiros estruturados foram aplicados e exame clínico tátil visual foi realizado. Qualidade de vida associada à saúde bucal foi verificada pelo OHIP-14 e a felicidade foi verificada pela SHS. A associação entre as variáveis foi verificada pelos testes estatísticos: Teste T; Teste Qui-Quadrado; Teste Exato de Fischer; Teste de Mantel-Haenzsel; Teste Razão dos Produtos Cruzados (OR). Foi encontrada média 4,84 de felicidade entre os adolescentes. Ser do sexo masculino ($p=0,011$), ter idade entre 17 e 19 anos ($p=0,019$), morar e estudar na zona rural ($p=0,000$) estiveram associados a melhores níveis de felicidade. Além disso, foi encontrada relação positiva entre a felicidade e a qualidade de vida relacionada a saúde bucal em adolescentes ($p=0,001$).

Palavras-chave: Felicidade, Adolescentes, Saúde bucal, Qualidade de vida

ABSTRACT

To assess happiness and possible associations between sociodemographic variables, oral clinics, use of oral health services and the relationship with quality of life in adolescents from urban and rural areas of a city in southeastern Brazil. Cross-sectional study carried out with 387 students aged 15 to 19 from state public schools. Four structured scripts were applied and visual tactile clinical examination was performed. Quality of life associated with oral health was verified by OHIP-14 and happiness was verified by SHS. The association between the variables was verified by statistical tests: Test T; Chi-Square Test; Fischer's exact test; Mantel-Haenzsel Test; Cross Products Ratio Test (OR). An average of 4.84 happiness was found among adolescents. Being male ($p=0,001$), being between 17 and 19 years old ($p=0,019$), living and studying in rural area ($p=0,000$) were associated with better levels of happiness. Furthermore, a positive relationship was found between happiness and quality of life related to oral health in adolescents ($p=0,001$).

Descriptors: Happiness, Adolescents, Oral health, Quality of life

INTRODUÇÃO

O bem-estar subjetivo, também chamado de felicidade, é definido como uma ampla categoria que inclui respostas emocionais das pessoas, satisfações dominantes e julgamento global de satisfação de vida (1,2).

A saúde é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença, contudo esse conceito está distante de ser uma realidade, mas simboliza um compromisso, um objetivo a ser conquistado.

Os estudos envolvendo o bem-estar subjetivo têm grande importância no entendimento do ser humano a partir de suas potencialidades, de suas forças e de suas virtudes (3). Pesquisa realizada no sul do Brasil aponta que os problemas bucais são determinantes na redução do grau de felicidade em crianças (4).

Essa constatação de que a felicidade agrega à saúde abre novos caminhos para a promoção da saúde e os cuidados de saúde pública preventiva, em particular. Isso implica que se pode tornar as pessoas mais saudáveis tornando-as mais felizes.

Alguns instrumentos têm sido propostos para medir a felicidade, um deles é conhecido como a Escala Subjetiva da Felicidade - *The Subjective Happiness Scale* (SHS). O instrumento possibilita a mensuração da felicidade subjetiva através de dois componentes: afetivo, relacionado as experiências afetivas versus às desagradáveis; e cognitivo, relacionado ao atendimento de suas necessidades (5). Validado no Brasil, o instrumento apresentou propriedades psicométricas satisfatórias produzindo medidas validas e confiáveis para avaliar a felicidade (6,7).

Apesar de um incremento recente nas pesquisas sobre o impacto das desordens bucais na felicidade das pessoas, em sua maioria essas investigações são limitadas a grupos específicos, sendo raros aqueles relativos ao contexto brasileiro, em especial em adolescentes, incluindo os que vivem na zona rural.

A adolescência é um período de transição entre a infância e a vida adulta, caracterizado pelos impulsos do desenvolvimento físico, mental, emocional, sexual e

social, e ainda pela necessidade do indivíduo em alcançar os objetivos relacionados às expectativas culturais da sociedade em que vive e ser aceito por ela (8).

Para a Odontologia, a adolescência representa um período considerado de risco em relação aos agravos de saúde bucal devido à possibilidade de ocorrência de distúrbios alimentares, tendência de aumento no consumo de alimentos mais açucarados e distúrbios comportamentais, certa resistência em relação à higiene bucal, aumentando o risco à cárie dentária e a doença periodontal (9).

Em face das vulnerabilidades pelas quais essa população se expõe, a saúde do adolescente deve ser contemplada de uma maneira holística, e não voltada ao modelo biomédico que fragmenta o indivíduo, com foco apenas nas doenças. Além disso, a análise de fatores sociodemográficos torna-se relevante, visto que condições de saúde bucal são influenciadas não somente por hábitos comportamentais, mas também por questões sociais (8).

Assim, este estudo teve como objetivo avaliar a felicidade e associações com variáveis sociodemográficas, clínicas bucais, de utilização de serviços de saúde bucal e sua relação com a qualidade de vida em adolescentes da zona urbana e rural de uma cidade do sudeste do Brasil.

OBJETIVOS

Avaliar a felicidade e associações com variáveis sociodemográficas, clínicas bucais, de utilização de serviços de saúde bucal e sua relação com a qualidade de vida em adolescentes da zona urbana e rural de uma cidade do sudeste do Brasil.

MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo observacional, descritivo e transversal envolvendo adolescentes de 15 a 19 anos de escolas públicas estaduais de uma cidade do sudeste do Brasil.

Para o cálculo amostral foi verificado o número de estudantes matriculados nas escolas públicas estaduais de Ensino Médio - 4.056. Utilizou-se o software Epi Info e

os seguintes parâmetros para o cálculo amostral foram utilizados: nível de confiança de 95%; margem de erro de 5%; e frequência esperada de 50%. Obteve-se uma amostra mínima de 351 indivíduos com 20% adicionado para compensar possíveis perdas.

A proporção de alunos matriculados nas nove escolas estaduais foi mantida e em seguida, excluídas as escolas que obtiveram proporcionalmente ao tamanho da amostra, menos de 20 alunos – 4 escolas. Essa perda da amostra foi redistribuída entre as demais escolas a fim de não prejudicar o tamanho final da amostra, além disso as escolas eliminadas tinham características semelhantes as demais, assim não houve perda de representatividade. Foi incluída a única escola localizada na zona rural do município, com o intuito de relacionar as informações de saúde dos adolescentes que moram e estudam na zona rural.

A aleatorização da amostra foi realizada através de sorteio da lista de frequência de cada turma. Utilizaram-se quatro roteiros estruturados com as informações sociodemográficas, variáveis clínicas bucais, além dos instrumentos para avaliar a qualidade de vida e a felicidade.

Foi realizado o levantamento de dados sobre algumas características sociodemográficas para categorizar o respondente, quanto ao sexo, idade, raça/cor da pele. Utilizou-se ainda o Critério de Classificação Econômica Brasil (10).

Após a entrevista inicial os adolescentes foram convidados a participar do exame clínico nas dependências da escola. Os exames foram realizados em sessão única e por uma única examinadora. Para tal, foi utilizada a luz artificial do local do exame, com aproveitamento da luz natural quando possível, e os voluntários sentaram-se em cadeiras de frente para a examinadora.

A verificação da concordância intra-examinador foi realizada no início da coleta dos dados, através da repetição do exame sete dias após a coleta na primeira escola, em aproximadamente 10% da amostra, com posterior comparação entre cada par de exames. A comparação foi realizada no exame de CPO-d através do Coeficiente Kappa e segundo as características deste estudo. Foram adotados parâmetros próprios para esta finalidade (11) e a porcentagem de concordância foi de 92%, demonstrando um parâmetro de boa concordância.

Os exames clínicos intrabucais foram realizados com auxílio de espátulas abaixadoras de língua descartáveis previamente demarcadas com medidas referenciais em milímetros para determinação de algumas desordens oclusais, além de serem úteis também para o afastamento de lábios e bochechas.

Para o registro de cárie dentária foi realizado o exame tátil-visual com auxílio de espelho e sonda do tipo ponta romba. Utilizou-se a metodologia da OMS com a adoção dos códigos e critérios preconizados para o diagnóstico de cárie da coroa dentária. A classificação do elemento dentário quanto à ocorrência de cárie dental foi definida em função das condições apresentadas no exame e ao critério padrão de diagnóstico, designando-o como dente hígido; cariado com cavitação envolvendo a dentina; obturado; extraído ou com extração indicada (por motivo cárie). Utilizou-se o índice CPO-d através da somatória dos indicadores C – cariado, O – obturado e P – perdido ou extraído por cárie nos dentes permanentes por indivíduo, e posteriormente foi realizada a média entre todos os participantes da pesquisa.

Com relação a halitose, primeiro foi perguntado objetivamente ao adolescente se ele percebia ter halitose e a resposta, sim ou não, registrada no formulário, posteriormente foi realizada a confirmação clínica da condição de halitose, cuja medição foi feita com um halímetro. Este aparelho faz análise do ar expirado pelo paciente baseado em tecnologia de semicondutores para mensuração de compostos sulfurados voláteis e gases hidrocarbonetos, permitindo análise do hálito em cinco segundos, de forma a classificá-lo em seis níveis de acordo com a quantidade desses gases. Para o registro do nível de halitose foi considerado: sem a presença de halitose para os níveis 0 e 1; nível 2 foi considerado limítrofe (não conclusivo); e os níveis 3, 4 e 5 presença de halitose. O teste foi repetido em todos os alunos para confirmação dos resultados.

Quanto a condição da oclusão dentária, foram avaliadas sete características oclusais, fazendo uma adaptação do Índice de Estética Dentária e da Classificação de Angle, e depois classificados dicotomicamente quanto a presença ou ausência sem aferir a gravidade ou severidade deles: vedamento labial; apinhamento anterior; diastema incisal; mordida aberta vertical anterior; overjet maxilar anterior; overjet mandibular anterior; e relação molar anteroposterior.

O traumatismo dentário também foi avaliado dicotomicamente como presente ou ausente. Ainda foram avaliadas as atitudes tomadas após o traumatismo como: se houve procura por atendimento; se não, qual o motivo; se houve tratamento; se sim, qual o tipo de tratamento; se não, qual seria o tratamento necessário. Além do local de ocorrência do trauma e a causa.

Os participantes preencheram o *Oral Health Impact Profile* (OHIP-14) em sua versão reduzida, com quatorze itens. Este roteiro avalia a percepção dos respondentes sobre os impactos produzidos pela condição bucal na qualidade de vida. Para análise foi utilizada uma escala de frequência do tipo Likert que possui cinco opções sobre qual a frequência que experimentam cada problema em um período determinado de tempo. A escala é constituída pelas seguintes opções: sempre; frequentemente; às vezes; raramente e nunca / não se aplica.

As respostas foram avaliadas de forma dicotômica, onde as respostas “sempre” e “frequentemente” indicam impacto na qualidade de vida e as respostas “às vezes”, “raramente” e “nunca” indicam sem impacto na qualidade de vida.

Por último, foi utilizada a SHS para avaliar a felicidade dos adolescentes. A SHS possui quatro itens classificados em uma escala Likert de sete pontos que exige que os indivíduos indiquem se concordam ou discordam das afirmações. Uma pontuação geral do SHS é calculada considerando a média das respostas aos quatro itens; os escores podem variar de 1 a 7, com valores mais altos correspondendo a maior felicidade.

Realizou-se análise descritiva dos dados, por meio de tabelas de frequência com número e percentual para cada um dos itens dos instrumentos de pesquisa. Tendo em vista a natureza das variáveis estudadas, os testes estatísticos foram: Teste T; Teste Qui-Quadrado; Teste Exato de Fischer; Teste de Mantel-Haenzsel; Teste Razão dos Produtos Cruzados (OR). O nível de significância adotados nos testes foi de $\alpha = 5\%$.

O pacote estatístico IBM SPSS 20 – foi utilizado para esta análise. A comparação dos percentuais entre as zonas da escola foi realizada através do teste qui-quadrado. O nível de significância adotados nos testes foi de $\alpha = 5\%$.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) aprovou o presente estudo em 30 de outubro de 2018.

RESULTADOS

Um total de 387 alunos participaram da pesquisa, sendo 82,9% da zona urbana. A maioria (56,8%) era do sexo feminino. Com relação a idade, 33,1% tinham 16 anos. Em 55% dos alunos a raça/cor declarada foi parda. Quanto a condição socioeconômica dos adolescentes, 29,7% eram da classe C1 e 28,2% da classe C2 (Tabela 1).

Tabela 1 – Dados demográficos de adolescentes de 15 a 19 anos de um município do sudeste do Brasil.

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	167	43,2
Feminino	220	56,8
Idade (anos)		
15	100	25,8
16	128	33,1
17	125	32,3
18	33	8,5
19	1	0,3
Raça/cor		
Branca	58	15,0
Negra	92	23,8
Amarela	15	3,9
Parda	213	55,0
Indígena	9	2,3
Condição socioeconômica		
A	4	1,0
B1	23	5,9
B2	87	22,5

C1	115	29,7
C2	109	28,2
D – E	49	12,7
Zona de residência		
Urbana	321	82,9
Rural	66	17,1
Total	387	100,0

Na Tabela 2 são apresentados os dados da felicidade, com média 4,84 (IC 95%: desvio padrão = 1,0) e mediana 5. As respostas a todas as questões variaram de 1 (mínimo) a 7 (máximo). As pontuações médias mais altas foram obtidas para a Questão 1 (“Em geral, eu me considero”), enquanto as mais baixas foram obtidas para a Questão 4 (“Algumas pessoas geralmente não são muito felizes...”).

Tabela 2 – Escala subjetiva de felicidade de adolescentes de 15 a 19 anos de um município do sudeste do Brasil.

SHS	Média	DP	Median a
Em geral eu me considero	5,63	1,47	6
Comparado com a maioria dos meus amigos, eu me considero	5,33	1,59	6
Algumas pessoas são geralmente muito felizes. Quanto essa frase parece com você?	4,78	1,7	5
Algumas pessoas geralmente não são muito felizes. Quanto essa frase parece com você?	3,61	1,97	4
Escala geral	4,84	1,0	5

Na Tabela 3 são apresentados os dados de felicidade segundo as variáveis sociodemográficas dos alunos. As análises mostraram uma associação significativa entre a felicidade e o sexo ($p=0,011$), com o sexo masculino apresentando média superior de felicidade; e a faixa etária ($p=0,019$), com a faixa etária mais jovem

apresentando pior média de felicidade. As demais variáveis não apresentaram associação estatisticamente significativa com a SHS.

Tabela 3 – Felicidade segundo dados sociodemográficos de adolescentes de 15 a 19 anos de um município do sudeste do Brasil.

Característica	Média	DP	p-valor
Sexo			
Masculino	5,00	0,92	0,011
Feminino	4,72	1,08	
Idade			
15 – 16 anos	4,73	1,01	0,019
17 – 19 anos	4,99	1,03	
Condição socioeconômica			
A – B	4,97	1,00	0,105
C – D – E	4,78	1,03	

A Tabela 4 apresenta a felicidade dos alunos segundo o local de moradia e estudo. Os alunos que moram e estudam na escola da zona rural apresentaram um nível de felicidade superior quando comparados aos alunos que estudam na zona urbana ($p=0,000$).

Tabela 4 – Média de felicidade de adolescentes de 15 a 19 anos de um município do sudeste do Brasil, segundo a zona de moradia.

SHS	Zona Urbana		Zona Rural		p-valor
	N	%	N	%	
	4,84	1,02	5,38	0,74	0,000

Na Tabela 5 são apresentados os resultados de felicidade e o impacto da saúde bucal na qualidade de vida. Os resultados foram estatisticamente significantes nas dimensões dor física ($p=0,003$), desconforto psicológico ($p=0,026$), deficiência ($p=0,007$) assim como no resultado geral ($p=0,001$) evidenciando a relação de

impacto das desordens bucais na qualidade de vida e na felicidade dos adolescentes.

Tabela 5 – Relação entre a felicidade e qualidade de vida relacionada a saúde bucal de 387 adolescentes de 15 a 19 anos de um município do sudeste do Brasil.

Dimensão	Nível de felicidade		p-valor
	Média	DP	
Limitação funcional			
Com impacto	4,50	1,14	0,176
Sem impacto	4,92	1,00	
Dor física			
Com impacto	4,28	1,18	0,003
Sem impacto	4,94	0,99	
Desconforto psicológico			
Com impacto	4,67	1,04	0,026
Sem impacto	4,96	0,00	
Incapacidade física			
Com impacto	4,00	1,67	0,163
Sem impacto	4,92	0,98	
Incapacidade psicológica			
Com impacto	4,68	1,19	0,127
Sem impacto	4,93	0,98	
Incapacidade social			
Com impacto	4,27	1,36	0,126
Sem impacto	4,92	0,99	
Deficiência			
Com impacto	3,83	1,42	0,007
Sem impacto	4,95	0,96	
Geral			
Com impacto	4,60	1,11	0,001
Sem impacto	5,00	0,95	

DISCUSSÃO

Os principais achados da pesquisa apontam que a felicidade é influenciada pelo sexo, faixa etária, local de moradia e possui relação com a qualidade de vida em adolescentes. Como ora mencionado, ainda são poucos os estudos avaliando essas associações entre jovens no Brasil.

A felicidade ultrapassa uma definição pronta e estruturada que se encaixa em todos os idiomas, povos e culturas, sendo necessário um olhar mais amplo para o seu significado contextual (12).

As condições clínicas bucais, como cárie, perda dentária, má oclusão, halitose e traumatismo, não apresentaram impacto estatisticamente significativo na felicidade dos participantes da pesquisa. Esse resultado contraria estudo realizado no Sul do país onde a presença de cárie dentária não tratada e a má oclusão foram associadas a níveis mais baixos de felicidade (13).

Da Rosa et al. (2016) encontraram uma associação significativa entre má oclusão e a felicidade, contudo nenhuma relação foi observada entre os tipos mais graves de má oclusão e felicidade, tendo como possível justificativa o fato de terem sido encontrados pequenos tamanhos amostrais nas categorias severas no estudo.

Isso também pode ser aplicado a este estudo, onde a falta de significância nessa categoria pode ser explicada pela pequena quantidade de má oclusão identificada e não ter sido realizada a análise de severidade das más oclusões. Acrescenta-se ainda que diversos estudos relatam o impacto negativo da condição bucal na qualidade de vida em adolescentes (15–18), todavia, quando medida isoladamente e sem levar em conta a severidade da má oclusão, a felicidade parece não ser influenciada por essas variáveis.

A média da felicidade encontrada foi semelhante a pesquisa realizada com jovens no Chile que encontrou média 5,23 (19) e outros estudos realizados no Brasil com as pontuações mais altas na questão 1 (5,91) e as mais baixas na questão 4 (4,36) (13,14).

Revisão sistemática sobre os fatores associados à autopercepção negativa em saúde de adolescentes evidenciou que fatores socioeconômicos, relação com

famílias e amigos, estresse, aspectos psicológicos e comportamentos de risco à saúde estão interligados à autopercepção negativa em saúde de adolescentes (20).

Analisando o impacto da variável sociodemográfica na felicidade, verificou-se que o sexo masculino apresentava média superior de felicidade, o que corrobora com os resultados encontrados em outra pesquisa (21). Outro estudo também apontou que as adolescentes do sexo feminino apresentavam uma pior percepção de saúde (20). Isso evidencia que o sexo masculino apresenta uma percepção mais positiva da vida em relação as meninas, que costumam ser mais exigentes em relação a percepção de si mesmas (22). Todavia, foi encontrado um estudo em que o sexo, na análise multivariada, surgiu como um preditor independente significativo para a felicidade, sendo mais comum mulheres apresentarem médias maiores de felicidade (19).

A faixa etária mais jovem, de 15 e 16 anos, apresentou pior média de felicidade em comparação aos adolescentes de 17 a 19 anos, esse resultado vai de encontro a outras pesquisas onde a autopercepção negativa em saúde esteve associada ao aumento da idade dos adolescentes, sugerindo que os adolescentes podem se tornar cada vez mais preocupados com sua saúde no passar dos anos (19,20). Ainda assim, podemos sugerir que adolescentes mais jovens se sentem inseguros com essa transição da vida para a fase adulta e por isso podem ser mais impactados em indicadores subjetivos.

Deve-se pontuar que o estudo abrangeu apenas as escolas públicas, não avaliando os alunos das escolas privadas por dificuldade em conseguir autorização para a pesquisa. Apesar disso, procurou-se obter uma amostra representativa das escolas públicas estaduais do município. Houve a categorização da condição socioeconômica entre as classes A a E dos participantes utilizando o Critério de Classificação Econômica Brasil (10).

Gaspar e Balancho (2017) apontam que alunos com elevada condição socioeconômica têm melhores indicadores de saúde quando comparados aos demais e apresentam valores maiores em relação a felicidade, ao otimismo, à autoestima e à satisfação com o suporte social.

Estudo longitudinal em adolescentes relata que a felicidade dos adolescentes está relacionada ao seu status socioeconômico familiar, utilização dos serviços

odontológicos e a condição de saúde bucal (4). Os indivíduos com piores condições socioeconômicas tendem a fazer escolhas prejudiciais e a perceber sua saúde como pior e essa observação também pode ser aplicável à felicidade subjetiva (21).

Neste estudo não houve associação estatisticamente significativa da condição socioeconômica com a felicidade. Provavelmente, esse fato deve estar relacionado com a pequena variabilidade observada na amostra, pois, majoritariamente, os adolescentes pertenciam as classes C, D e E e apenas 1% a classe A. Sendo assim, houve uma similaridade da condição socioeconômica e pequenos tamanhos amostrais nas classes mais elevadas limitando a associação.

O local de residência configura-se uma dimensão constitutiva da situação de saúde bucal de grupos sociais. As áreas rurais brasileiras apresentam os piores indicadores de renda, de saneamento básico e de níveis de escolaridade, acredita-se que possam configurar em importante polo de concentração para os agravos à saúde bucal (24).

Apesar disso, os alunos que moram e estudam na escola da zona rural apresentaram um nível de felicidade superior quando comparados aos alunos que estudam e moram na zona urbana. Indivíduos com perfis sociais semelhantes podem apresentar diferentes níveis de saúde bucal, dependendo do seu local de moradia e dos atributos desse local (25).

Deve-se ressaltar que a zona rural pesquisada possui fortes atributos sociais, com uma agricultura fortalecida e estruturada, baixos índices de violência, e uma rede de assistência à saúde organizada, inclusive com assistência à saúde bucal há mais de 15 anos. Diante disso, não se pode inferir aos moradores do distrito uma condição piorada de vida.

Isso reforça a importância do estabelecimento de políticas públicas para melhorar o estado de saúde das pessoas. Além disso, medidas como essa proporcionam uma melhor qualidade de vida para as comunidades rurais, incluindo os adolescentes (26). Como sugestão para novas pesquisas, a realização de estudos qualitativos poderia verificar a existência de coesão na comunidade, rede de apoio social e familiar, além de outros atributos importantes para elevar a condição de vida nessas localidades.

É amplamente conhecido que as condições bucais afetam a maneira como se percebe a qualidade de vida relacionada a saúde bucal. Visto que as condições de saúde bucal podem ter um impacto na felicidade, estudos apontam que uma melhor qualidade de vida relacionada a saúde bucal provavelmente levará a níveis mais elevados de felicidade (4,21).

Estudo realizado no nordeste do país encontrou que a felicidade subjetiva é uma variável importante a ser considerada, pois a melhor percepção de felicidade aumentou a chance de ter melhor qualidade de vida. A maioria dos adolescentes estudados elencaram a felicidade como algo almejado para lidar com as demandas da vida de forma mais positiva e adaptativa, destacando a escola, a família e a comunidade como principais ambientes relacionados a essa felicidade (21).

Neste estudo, foi encontrada uma relação entre impacto das desordens bucais na qualidade de vida e felicidade dos adolescentes, em especial nas dimensões dor física, desconforto psicológico, deficiência bem como no resultado geral.

Na dimensão dor física, as perguntas estão relacionadas a sensação de dor e incomodo para comer; na dimensão desconforto psicológico, engloba-se o comportamento emocional, o grau de preocupação e a comunicação; na dimensão deficiência, se há a percepção de que a vida tenha piorado e se a pessoa se sentiu totalmente incapaz de desenvolver suas atividades rotineiras. Percebe-se assim, que as dimensões que mais se relacionam com a felicidade são aquelas que trazem prejuízos as suas atividades diárias e de relacionamento interferindo assim no comportamento social desses indivíduos.

Pesquisa semelhante comparando as zonas urbana e rural, não encontrou diferenças estatisticamente significantes em relação ao impacto da condição de saúde bucal na satisfação pessoal, bem como não houve relação da satisfação pessoal com o agravo da condição bucal. Os autores apontam que os escolares tiveram interpretações diferentes de qualidade de vida e de felicidade, sendo assim, estavam menos felizes, porém com melhor qualidade de vida os escolares de área rural, e mais felizes e com pior qualidade de vida os escolares de área urbana (27).

Indicadores subjetivos de saúde podem ser melhores preditores de felicidade, em comparação com objetivos, enfatizando que a maneira como as pessoas percebem

sua saúde bucal é um importante indicador de felicidade subjetiva; indivíduos que avaliam a sua saúde bucal como ruim, sentem-se menos felizes do que aqueles que percebem sua saúde bucal como boa / muito boa (4).

Fica claro que os indicadores subjetivos podem ser grandes aliados na identificação das condições que afetam a vida dos indivíduos, pois isoladamente as medidas clínicas não são suficientes para apontar as necessidades de saúde bucal. Isso reforça que a saúde bucal pode ter um impacto mais amplo sobre a vida dos indivíduos, não influenciando apenas os domínios relacionados à qualidade de vida, mas também a felicidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi encontrada média 4,84 de felicidade entre os adolescentes. Ser do sexo masculino, ter idade entre 17 e 19 anos, morar e estudar na zona rural estiveram associados a melhores níveis de felicidade. Além disso, foi encontrada relação positiva entre a felicidade e a qualidade de vida relacionada a saúde bucal em adolescentes.

Deve-se pensar em estratégias de desenvolvimento de competências pessoais e sociais como forma de proteção ao impacto negativo da saúde bucal na felicidade de jovens. O reconhecimento das variáveis que interferem na vida dessa população propicia o planejamento de políticas públicas de saúde que podem beneficiar um maior número de adolescentes e conseqüentemente torná-los mais felizes.

REFERENCIAS

1. Diener E. Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *Am Psychol*. 2000;55(1):34–43.
2. Diener E, Suh EM, Lucas RE, Smith HL. Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychol Bull*. 1999;125(2):276–302.
3. Passarelli-Carrazzoni P, Da Silva JA. Bem-estar subjetivo: Autoavaliação em estudantes universitários. *Estud Psicol [Internet]*. 2012;29(3):415–25. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2014-42250-012&site=ehost-live&scope=site>
4. Tuchtenhagen S, Ortiz FR, Ardenghi TM, Antunes JLF. Oral health and happiness in adolescents: A cohort study. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2020;49(2):176–85.
5. Lyubomirsky S, Lepper H. A Measure of Subjective Happiness : Preliminary Reliability and Construct Validation. *Soc Indic Res*. 1999;46(2):137–55.
6. Damásio BF, Zanon C, Koller SH. Validation and psychometric properties of the Brazilian version of the subjective happiness scale. *Univ Psychol*. 2014;13(1):17–24.
7. Rodrigues A, Silva JA da. O papel das características sociodemográficas na felicidade. *Psico-USF*. 2010;15(1):113–23.
8. Paredes S de O, Leal Júnior O de S, Paredes A de O, Fernandes JMF de A, Menezes VA. Oral Health Influence on the Quality of Life of School Adolescents. *Rev Bras Promoç Saúde [Internet]*. 2015;28(2):266–73. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&site=eds-live&db=edo&AN=118306351>
9. Lima DP, Moimaz SAS, Garbin CAS, Sundefeld MLMM, Rovida TAS. Impacto da saúde bucal na qualidade de vida de adolescentes grávidas. *Arch Heal Investig*. 2016 Dec 31;5(6).
10. Abep. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Economic classification criterion Brazil. Abep. 2018;1:1–5.

11. Frias AC, Antunes JLF, Narvai PC. Precisão e validade de levantamentos epidemiológicos em saúde bucal: cárie dentária na Cidade de São Paulo, 2002. *Rev Bras Epidemiol.* 2004;7(2):144–54.
12. Pereira D, de Araújo UF. Uma reflexão sobre a busca e o significado da felicidade. *Rev Educ e Linguagens.* 2018;7(12).
13. Tuchtenhagen S, Bresolin CR, Tomazoni F, da Rosa GN, Del Fabro JP, Mendes FM, et al. The influence of normative and subjective oral health status on schoolchildren's happiness. *BMC Oral Health.* 2015 Jan;15:15.
14. da Rosa GN, Del Fabro JP, Tomazoni F, Tuchtenhagen S, Alves LS, Ardenghi TM. Association of malocclusion, happiness, and oral health-related quality of life (OHRQoL) in schoolchildren. *J Public Health Dent.* 2016;76(2):85–90.
15. de Paula JS, Sarracini KLM, Meneghim MC, Pereira AC, Ortega EMM, Martins NS, et al. Longitudinal evaluation of the impact of dental caries treatment on oral health-related quality of life among schoolchildren. *Eur J Oral Sci.* 2015;123(3):173–8.
16. Miotto MHM de B, Benevides JJ, Postiglione LRF, Dessaune DSS, Calmon MV, Zandonade E. Impact produced by oral disorders on the quality of life of Brazilian adolescents. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr.* 2019;19(1).
17. Corso PFC de L, De Oliveira FAC, Da Costa DJ, Kluppel LE, Rebellato NLB, Scariot R. Evaluation of the impact of orthognathic surgery on quality of life. *Braz Oral Res.* 2016;30(1).
18. Lopes MH, Rösing CK, Colussi PRG, Muniz FWM, Linden MS. Prevalence of self-reported halitosis and associated factors in adolescents from Southern Brazil. *Acta Odontol Latinoam.* 2016;29(2):93–103.
19. Piqueras JA, Kuhne W, Vera-Villarroel P, Van Straten A, Cuijpers P. Happiness and health behaviours in Chilean college students: A cross-sectional survey. *BMC Public Health [Internet].* 2011;11(1):443. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/443>
20. Silva BVS, Andrade PM da C, Baad VMA, Valença PA de M, Menezes VA, Amorim VC, et al. Prevalência e fatores associados à autopercepção negativa

em saúde dos adolescentes : uma revisão sistemática. *Rev Bras em Promoção da Saúde* [Internet]. 2016;29(4):595–601. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40849609015>

21. Leal AMDP, Flório FM, de Souza LZ. Relação entre qualidade de vida e felicidade subjetiva de adolescentes escolares. *Rev Bras em Promoção da Saúde*. 2020;33:1–12.
22. Gomez-Baya D, Mendoza R, Paino S, Gillham JE. A two-year longitudinal study of gender differences in responses to positive affect and depressive symptoms during middle adolescence. *J Adolesc*. 2017 Apr 1;56:11–23.
23. Gaspar T, Balancho L. Fatores pessoais e sociais que influenciam o bem-estar subjetivo: Diferenças ligadas estatuto socioeconômico. *Cienc e Saude Coletiva*. 2017;22(4):1373–80.
24. Cavalcanti RP, Gaspar G da S, de Goes PSA. Utilização e acesso aos serviços de saúde bucal do SUS -uma comparação entre populações rurais e urbanas. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr*. 2012;12(1):121–6.
25. Moreira RDS, Nico LS, Tomita NE. A relação entre o espaço e a saúde bucal coletiva: Por uma epidemiologia georreferenciada. *Cienc e Saude Coletiva*. 2007;12(1):275–84.
26. Roque T V., Magnani IQ, Paiva SM, Abreu LG. *Acta odontologica latinoamericana*. *Acta Odontol Latinoam*. 2021;34(1):81–7.
27. Matos HCA, Carrozzino G, Pintor AVBB, de Souza IPR, Ammari MM, Pomarico L. Impact of oral health on the quality of life and personal satisfaction of adolescents from urban and rural areas from a city in Brazil: a cross-sectional study. *Rev Científica do CRO-RJ (Rio)*. 2020;55(21):43–9.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS DO ESTUDO

Os estudos desta pesquisa reforçam que a temática QVRSB se mantém em evidência desde a criação dos primeiros instrumentos há mais de 30 anos, e parece não estar perto de se esgotar considerando uma nova vertente de instrumentos que relacionam condições bucais específicas com o impacto na qualidade de vida. Ainda, a preocupação dos pesquisadores é se aproximar ao máximo da percepção do sujeito criando questionários voltados a públicos diversos.

Houve um alto percentual de impacto da condição bucal na qualidade de vida dos adolescentes e as dimensões com maiores frequência de impacto foram desconforto psicológico e incapacidade psicológica. Na análise da regressão logística, as variáveis explicativas para o desfecho qualidade de vida foram o sexo feminino, presença de apinhamento e presença de halitose.

Foi encontrada média 4,84 de felicidade entre os adolescentes. O estudo aponta que ser do sexo masculino, ter idade entre 17 e 19 anos, morar e estudar na zona rural estiveram associados a melhores níveis de felicidade. Além disso, foi encontrada relação positiva entre a felicidade e a qualidade de vida relacionada a saúde bucal em adolescentes.

Deve-se pensar em estratégias de desenvolvimento de competências pessoais e sociais como forma de proteção ao impacto negativo da saúde bucal na felicidade de jovens. O reconhecimento das variáveis que interferem na vida dessa população propicia o planejamento de políticas públicas de saúde que podem beneficiar um maior número de adolescentes e conseqüentemente torná-los mais felizes.

Assim, esses resultados mostram-se importantes para redirecionar a atenção à saúde bucal para esse grupo específico. Baseando-se no impacto das condições bucais para os adolescentes, esforços de promoção da saúde devem estar no centro das políticas públicas de saúde a esta população pois os problemas de saúde bucal são em sua maioria cumulativos e se agravarão com o passar do tempo.

REFERÊNCIAS

- ATCHISON, K. A.; DOLAN, T. A. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. **Journal of dental education**, 1990.
- BIAZEVIC, M. G. H. et al. Relationship between oral health and its impact on quality of life among adolescents. **Braz oral res**, v. 22, n. 1, p. 36–42, 2008.
- BOMBARDA-NUNES, F. DE F.; MIOTTO, M. H. M. DE B.; BARCELLOS, L. A. Autopercepção de Saúde Bucal do Agente Comunitário de Saúde de Vitória, ES, Brasil. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 8, n. 1, p. 7–14, 10 abr. 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Marco legal: saúde, um direito de adolescentes**. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/resultados.html>. Acesso em 10 de mar de 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- CAVALCANTI, R. P.; GASPAR, G. DA S.; DE GOES, P. S. A. Utilização e acesso aos serviços de saúde bucal do SUS -uma comparação entre populações rurais e urbanas. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 12, n. 1, p. 121–126, 2012.
- CORSO, P. F. C. DE L. et al. Evaluation of the impact of orthognathic surgery on quality of life. **Brazilian Oral Research**, v. 30, n. 1, 2016.
- CUSHING, A.; SHEIHAM A.; MAISELS J. Developing socio-dental indicators-the social impact of dental disease. **Community Dental Health**, 1986; 3(1):3-17.
- DA CRUZ, D. S. M.; COLLET, N.; NÓBREGA, V. M. Qualidade de vida relacionada à saúde de adolescentes com dm1- revisão integrativa. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 23, n. 3, p. 973–989, 2018.

DA ROSA, G. N. et al. Association of malocclusion, happiness, and oral health-related quality of life (OHRQoL) in schoolchildren. **Journal of public health dentistry**, v. 76, n. 2, p. 85–90, 2016.

DALLÉ, H. et al. Malocclusion, facial and psychological predictors of quality of life in adolescents. **Community Dental Health**, v. 36, n. 4, p. 298–302, 2019.

DAMÁSIO, B. F.; ZANON, C.; KOLLER, S. H. Validation and psychometric properties of the Brazilian version of the subjective happiness scale. **Universitas Psychologica**, v. 13, n. 1, p. 17–24, 2014.

DE PAULA, J. S. et al. Longitudinal evaluation of the impact of dental caries treatment on oral health-related quality of life among schoolchildren. **European Journal of Oral Sciences**, v. 123, n. 3, p. 173–178, 2015.

DIENER, E. et al. Subjective well-being: Three decades of progress. **Psychological Bulletin**, v. 125, n. 2, p. 276–302, 1999.

DIENER, E. Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. **American Psychologist**, v. 55, n. 1, p. 34–43, 2000.

DOS SANTOS, N. C. N. et al. Santos et al 2012a. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 44, n. 1, p. 143–159, 2020.

ECHEVERRIA, M. S. et al. Regular use of dental services among university students in southern Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 85, 22 ago. 2020.

FEU, D.; QUINTÃO, C. C. A.; MIGUEL, J. A. M. Indicadores de qualidade de vida e sua importância na Ortodontia. **Dental Press Journal of Orthodontics**, v. 15, n. 6, p. 61–70, 2010.

FOSTER PAGE, L. A. et al. Factors influencing adolescents' oral health-related quality of life (OHRQoL). **International Journal of Paediatric Dentistry**, v. 23, n. 6, p. 415–423, 2013.

FRIAS, A. C.; ANTUNES, J. L. F.; NARVAI, P. C. Precisão e validade de levantamentos epidemiológicos em saúde bucal: cárie dentária na Cidade de São Paulo, 2002. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 7, n. 2, p. 144–154, 2004.

- GABARDO, M. C. L.; MOYSÉS, S. T.; MOYSÉS, S. J. Autopercepção de saúde bucal conforme o Perfil de Impacto da Saúde Bucal (OHIP) e fatores associados: Revisão sistemática. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 33, n. 6, p. 439–445, 2013.
- GARBIN, A. J. Í. et al. Prevalência de oclusopatias e comparação entre a Classificação de Angle e o Índice de Estética Dentária em escolares do interior do estado de São Paulo - Brasil. **Dental Press Journal of Orthodontics**, v. 15, n. 4, p. 94–102, 2010.
- GASPAR, T.; BALANCHO, L. Fatores pessoais e sociais que influenciam o bem-estar subjetivo: Diferenças ligadas estatuto socioeconômico. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1373–1380, 2017.
- GHERUNPONG, S.; TSAKOS, G.; SHEIHAM, A. Developing and evaluating an oral health-related quality of life index for children; the CHILD-OIDP. **Community dental health**, v. 21, n. 2, p. 161–169, jun. 2004.
- JOKOVIC, A. et al. Validity and reliability of a questionnaire for measuring child oral-health-related quality of life. **Journal of dental research**, v. 81, n. 7, p. 459–463, jul. 2002.
- JOKOVIC, A. et al. Questionnaire for measuring oral health-related quality of life in eight- to ten-year-old children. **Pediatric dentistry**, v. 26, n. 6, p. 512–518, 2004.
- KLAGES, U. et al. Development of a questionnaire for assessment of the psychosocial impact of dental aesthetics in young adults. **European Journal of Orthodontics**, 2006.
- LEAL, A. M. D. P.; FLÓRIO, F. M.; DE SOUZA, L. Z. Relação entre qualidade de vida e felicidade subjetiva de adolescentes escolares. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 33, p. 1–12, 2020.
- LEAO, A.; SHEIHAM, A. The development of a socio-dental measure of dental impacts on daily living. **Community dental health**, v. 13, n. 1, p. 22–26, mar. 1996.
- LIMA, D. P. et al. Impacto da saúde bucal na qualidade de vida de adolescentes grávidas. **ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION**, v. 5, n. 6, p. 318–324, 31 dez.

2016.

LOPES, M. H. et al. Prevalence of self-reported halitosis and associated factors in adolescents from Southern Brazil. **Acta odontologica latinoamericana : AOL**, v. 29, n. 2, p. 93–103, 2016.

LOCKER D.; MILLER Y. Subjectively reported oral health status in an adult population. **Community Dent Oral Epidemiol**, 1994; 22: 425-430.

LYUBOMIRSKY, S.; LEPPER, H. A Measure of Subjective Happiness : Preliminary Reliability and Construct Validation. **Social Indicators Research**, v. 46, n. 2, p. 137–155, 1999.

MARINHO, C. S. et al. Impacto do traumatismo dentário na qualidade de vida de crianças, adolescentes e suas famílias: revisão crítica da literatura. **Arq Odontol**, v. 55, n. e08, p. 1–12, 2019.

MATOS, H. C. A. et al. Impact of oral health on the quality of life and personal satisfaction of adolescents from urban and rural areas from a city in Brazil: a cross-sectional study. **Revista Científica do CRO-RJ (Rio)**, v. 55, n. 21, p. 43–49, 2020.

MINAYO, M. C. DE S.; HARTZ, Z. M. DE A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7–18, 2000.

MIOTTO, M. H. M. DE B. et al. Impact produced by oral disorders on the quality of life of Brazilian adolescents. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 19, n. 1, 2019.

MIOTTO, M. H. M. DE B.; ALMEIDA, C. S.; BARCELLOS, L. A. Impacto das condições bucais na qualidade de vida em servidores públicos municipais. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 19, n. 9, p. 3931–3940, 2014.

MIOTTO, M. H. M. DE B.; BARCELLOS, L. A.; VELTEN, D. B. Avaliação do impacto na qualidade de vida causado por problemas bucais na população adulta e idosa em município da Região Sudeste. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 2, 2012.

MOREIRA, R. D. S.; NICO, L. S.; TOMITA, N. E. A relação entre o espaço e a saúde bucal coletiva: Por uma epidemiologia georreferenciada. **Ciencia & Saude Coletiva**,

v. 12, n. 1, p. 275–284, 2007.

OLIVEIRA, B. H.; NADANOVSKY, P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile-short form. **Community dentistry and oral epidemiology**, v. 33, n. 4, p. 307–314, ago. 2005.

PAREDES, S. DE O. et al. Oral Health Influence on the Quality of Life of School Adolescents. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 28, n. 2, p. 266–273, 2015.

PASSARELLI-CARRAZZONI, P.; DA SILVA, J. A. Bem-estar subjetivo: Autoavaliação em estudantes universitários. **Estudos de Psicologia**, v. 29, n. 3, p. 415–425, 2012.

PEREIRA, D.; DE ARAÚJO, U. F. Uma reflexão sobre a busca e o significado da felicidade. **Revista Educação e Linguagens**, v. 7, n. 12, 2018.

PIQUERAS, J. A. et al. Happiness and health behaviours in Chilean college students: A cross-sectional survey. **BMC Public Health**, v. 11, n. 1, p. 443, 2011.

RODRIGUES, A.; SILVA, J. A. DA. O papel das características sociodemográficas na felicidade. **Psico-USF**, v. 15, n. 1, p. 113–123, 2010.

ROQUE, T. V. et al. Acta odontologica latinoamericana. **Acta Odontol Latinoam**, v. 34, n. 1, p. 81–87, 2021.

SANDERS, A. E. et al. Impact of oral disease on quality of life in the US and Australian populations. **Community dentistry and oral epidemiology**, v. 37, n. 2, p. 171–181, abr. 2009.

SFREDDO, C. S. et al. Socioeconomic inequalities in oral health-related quality of life in adolescents: a cohort study. **Quality of Life Research**, v. 28, n. 9, p. 2491–2500, 15 set. 2019.

SILVA, B. V. S. et al. Prevalência e fatores associados à autopercepção negativa em saúde dos adolescentes : uma revisão sistemática. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 29, n. 4, p. 595–601, 2016.

SLADE, G. D. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile.

Community dentistry and oral epidemiology, v. 25, n. 4, p. 284–290, ago. 1997.

SLADE, G. D.; SPENCER, A. J. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. **Community dental health**, 1994.

STRAUSS, R. P.; HUNT R. J. Understanding the value of teeth to older adults: influences on the quality of life. **JADA**, 1993; 124(1):105-110.

TUCHTENHAGEN, S. et al. The influence of normative and subjective oral health status on schoolchildren's happiness. **BMC oral health**, v. 15, p. 15, jan. 2015.

TUCHTENHAGEN, S. et al. Oral health and happiness in adolescents: A cohort study. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 49, n. 2, p. 176–185, 2020.

VEENHOVEN, R. Healthy Happiness: Effects of happiness on physical health and the consequences for preventive health care. **Journal of Happiness Studies**, v. 9, p. 449–469, 2008.

VEENHOVEN, R. Social conditions for human happiness: A review of research. **International Journal of Psychology**, v. 50, n. 5, p. 379–391, 2015.

WHO. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. **Social Science & Medicine**, v. 41, n. 10, p. 1403–1409, nov. 1995.

WILSON, I. B.; CLEARY, P. D. Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. **JAMA**, v. 273, n. 1, p. 59–65, 1995.

APÊNDICES**APÊNDICE A – ROTEIRO PARA REGISTRO DAS VARIÁVEIS
SOCIODEMOGRÁFICAS****NOME** _____**IDADE** - Qual é a sua data de nascimento? ____/____/_____ (Dia/ Mês/ Ano)**LOCAL DE RESIDÊNCIA**1 Zona Urbana 2 Zona Rural**SEXO** - Qual é o seu sexo?1 Masculino 2 Feminino**ETNIA** - Você considera que sua cor ou raça é:1 Branca 2 Negra 3 Amarela 4 Parda 5 Indígena**CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS**

Você possui os bens de consumo abaixo relacionado?

	Quantidade				
	0	1	2	3	4 ou +
Banheiro	0	3	7	10	14
Empregados domésticos	0	3	7	10	13
Automovéis	0	3	5	8	11
Microcomputador	0	3	6	8	11
Lava louça	0	3	6	6	6
Geladeira	0	2	3	5	5
Freezer	0	2	4	6	6
Lava roupa	0	2	4	6	6
DVD	0	1	3	4	6
Microondas	0	2	4	4	4
Motocicleta	0	1	3	3	3
Secadora de roupas	0	2	2	2	2

Fonte: ABEP, 2018.

Grau de instrução do chefe de família e acesso a serviços públicos

Escolaridade da pessoa de referência		
Analfabeto / Fundamental I incompleto	0	
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	1	
Fundamental II completo / Médio incompleto	2	
Médio completo / Superior incompleto	4	
Superior completo	7	
Serviços públicos	Não	Sim
Água encanada	0	4
Rua pavimentada	0	2

Fonte: ABEP, 2018.

APENDICE B – ROTEIRO PARA REGISTRO DAS VARIÁVEIS DE UTILIZAÇÃO DO SERVIÇO E CLÍNICAS BUCAIS

Acesso e utilização dos serviços de saúde bucal

Você procurou atendimento odontológico com cirurgião dentista nos últimos 06 meses?

1 Sim 2 Não

Se sim, qual foi o motivo para procurar o profissional?

1 Dor 2 Tratamento 3 Prevenção/Rotina

Odontograma

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Oclusão

- 1) Vedamento Labial: ()Presente ()ausente
- 2) Condição da Oclusão Dentária:
 - a. Apinhamento: ()Presente ()ausente
 - b. Diastema: ()Presente ()ausente
 - c. Overjet maxila: ()Presente ()ausente
 - d. Overjet mandíbula: ()Presente ()ausente
 - e. Mordida aberta: ()Presente ()ausente
 - f. Relação anteroposterior de molares:() Normal () Classe 1() Classe 2
() Classe 3

Halitose

- 1) Halitose percebida: ()Presente ()ausente
- 2) Halitose medida (halímetro): ()Presente _____(valor) ()ausente

Traumatismo dentário

- 1) Sem traumatismo ()
- 2) Com traumatismo ()
 - () Descoloração
 - () Fratura envolvendo esmalte
 - () Fratura envolvendo esmalte e dentina
 - () Fratura envolvendo esmalte, dentina e polpa
 - () Perda devido a trauma
 - () Deslocamento: Lateral
 - () Deslocamento: Intrusão
 - () Deslocamento: Extrusão

Dentes atingidos _____

Conduta frente ao traumatismo:

- () Procurou pronto-atendimento
- () Procurou atendimento tardio
- () Não procurou atendimento. Se não, por que? _____
-

Tratamento providenciado:

- () Nenhum
- () Restauração
- () Endodontia
- () Prótese
- () Outros

Necessidade de tratamento:

- () Nenhum
- () Restauração
- () Endodontia
- () Prótese
- () Outros

Onde aconteceu o trauma?

- () Escola
- () Casa
- () Rua/Praça
- () Não se lembra

Como aconteceu o trauma?

- () Queda
- () Colisão acidental
- () Esportes
- () Acidentes de trânsito
- () Briga
- () Não se lembra

APENDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Sr(a). _____, responsável pelo adolescente _____, que foi convidado(a) a participar da pesquisa intitulada QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA A SAÚDE ORAL DE ADOLESCENTES sob a responsabilidade da Prof^a. M^a. Marcela Vieira Calmon.

JUSTIFICATIVA

Conhecer os dados e apontar as necessidades de saúde bucal dos adolescentes, podendo ajudar na construção de ações que incluam o atendimento odontológico no serviço público de saúde.

OBJETIVO DA PESQUISA

Avaliar o impacto da condição bucal na qualidade de vida de adolescentes de 15 a 19 anos.

PROCEDIMENTOS

A participação do seu filho(a) nessa pesquisa será em um único momento, durante o preenchimento dos questionários que serão passados pelos entrevistadores e no exame clínico realizado pela pesquisadora.

DURAÇÃO E LOCAL DA PESQUISA

O tempo máximo para participação será de 20 minutos e realizado na própria escola.

RISCOS E DESCONFORTOS

Poderá acontecer um risco mínimo de constrangimento e quebra de sigilo, porem estes serão minimizados considerando que o Sr. (a) poderá desistir a qualquer momento sem nenhum prejuízo e o exame será realizado em ambiente privado, sem participação de outras pessoas, além dos pesquisadores. O sigilo será mantido de forma absoluta e garantido por esse próprio documento.

BENEFÍCIOS

O Sr.(a) não receberá nenhum benefício direto. Como benefício indireto contribuirá com a pesquisa e com a possibilidade de melhorar a qualidade dos serviços prestados pelo serviço público odontológico.

ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA

Caso seja necessário tratamento, o seu filho(a) será orientado a buscar o serviço público odontológico no município.

GARANTIA DE RECUSA EM PARTICIPAR DA PESQUISA E/OU RETIRADA DE CONSENTIMENTO

O(A) seu filho não é obrigado(a) a participar da pesquisa, podendo deixar de participar dela em qualquer momento de sua execução, sem que haja penalidades ou prejuízos decorrentes de sua recusa. Caso decida retirar seu consentimento, o(a) Sr.(a) não mais será contatado(a) pelos pesquisadores.

GARANTIA DE MANUTENÇÃO DO SIGILO E PRIVACIDADE

Os pesquisadores se comprometem a resguardar sua identidade durante todas as fases da pesquisa, inclusive após publicação.

GARANTIA DE RESSARCIMENTO FINANCEIRO

Não será concedida nenhuma ajuda financeira pela participação no estudo, considerando que a pesquisa será realizada na escola evitando qualquer despesa com deslocamento.

GARANTIA DE INDENIZAÇÃO

Não será garantido indenização pela impossibilidade de dano.

ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa ou para relatar algum problema, o(a) Sr.(a) pode contatar o(a) pesquisador(a) Marcela Vieira Calmon, no telefone (27) 98122-0302, ou endereço Rua Pau Brasil, 24, Três Barras, Linhares/ES. O(A) Sr.(a) também pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (CEP/CCS/UFES) através do telefone (27) 3335-7211, e-mail cep.ufes@hotmail.com ou correio: Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, Prédio Administrativo do CCS, Av. Marechal Campos, 1468, Maruípe, CEP 29.040-090, Vitória - ES, Brasil. O CEP/CCS/UFES tem a função de analisar projetos de pesquisa visando à proteção dos participantes dentro de padrões éticos nacionais e internacionais. Seu horário de funcionamento é de segunda a sexta-feira, das 8h às 14h.

Declaro que fui verbalmente informado e esclarecido sobre o presente documento, entendendo todos os termos acima expostos, e que voluntariamente aceito participar deste estudo. Também declaro ter recebido uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de igual teor, assinada pela pesquisadora principal, rubricada em todas as páginas.

Linhares, ____/____/2018

Responsável legal

Na qualidade de pesquisador responsável pela pesquisa "QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA A SAÚDE ORAL DE ADOLESCENTES", eu, MARCELA VIEIRA CALMON, declaro ter cumprido as exigências do(s) item(s) IV.3 e IV.4 (se pertinente), da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Pesquisadora

APENDICE D – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(A) Sr(a). _____, foi convidado(a) a participar da pesquisa intitulada QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA A SAÚDE ORAL DE ADOLESCENTES sob a responsabilidade da Prof^a. M^a. Marcela Vieira Calmon.

JUSTIFICATIVA

Conhecer os dados e apontar as necessidades de saúde bucal dos adolescentes, podendo ajudar na construção de ações que incluam o atendimento odontológico no serviço público de saúde.

OBJETIVO DA PESQUISA

Avaliar o impacto da condição bucal na qualidade de vida de adolescentes de 15 a 19 anos.

PROCEDIMENTOS

Sua participação nessa pesquisa será em um único momento, durante o preenchimento dos questionários que serão passados pelos entrevistadores e no exame clínico realizado pela pesquisadora.

DURAÇÃO E LOCAL DA PESQUISA

O tempo máximo para participação será de 20 minutos e realizado na própria escola.

RISCOS E DESCONFORTOS

Poderá acontecer um risco mínimo de constrangimento e quebra de sigilo, porem estes serão minimizados considerando que o Sr. (a) poderá desistir a qualquer momento sem nenhum prejuízo e o exame será realizado em ambiente privado, sem participação de outras pessoas, além dos pesquisadores. O sigilo será mantido de forma absoluta e garantido por esse próprio documento.

BENEFÍCIOS

O Sr.(a) não receberá nenhum benefício direto. Como benefício indireto contribuirá com a pesquisa e com a possibilidade de melhorar a qualidade dos serviços prestados pelo serviço público odontológico.

ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA

Caso seja necessário tratamento, o Sr.(a) será orientado a buscar o serviço público odontológico no município.

GARANTIA DE RECUSA EM PARTICIPAR DA PESQUISA E/OU RETIRADA DE CONSENTIMENTO

O(A) Sr.(a) não é obrigado(a) a participar da pesquisa, podendo deixar de participar dela em qualquer momento de sua execução, sem que haja penalidades ou prejuízos decorrentes de sua recusa. Caso decida retirar seu consentimento, o(a) Sr.(a) não mais será contatado(a) pelos pesquisadores.

GARANTIA DE MANUTENÇÃO DO SIGILO E PRIVACIDADE

Os pesquisadores se comprometem a resguardar sua identidade durante todas as fases da pesquisa, inclusive após publicação.

GARANTIA DE RESSARCIMENTO FINANCEIRO

Não será concedida nenhuma ajuda financeira pela participação no estudo, considerando que a pesquisa será realizada na escola evitando qualquer despesa com deslocamento.

GARANTIA DE INDENIZAÇÃO

Não será garantido indenização pela impossibilidade de dano.

ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa ou para relatar algum problema, o(a) Sr.(a) pode contatar o(a) pesquisador(a) Marcela Vieira Calmon, no telefone (27) 98122-0302, ou endereço Rua Pau Brasil, 24, Três Barras, Linhares/ES. O(A) Sr.(a) também pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (CEP/CCS/UFES) através do telefone (27) 3335-7211, e-mail cep.ufes@hotmail.com ou correio: Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, Prédio Administrativo do CCS, Av. Marechal Campos, 1468, Maruípe, CEP 29.040-090, Vitória - ES, Brasil. O CEP/CCS/UFES tem a função de analisar projetos de pesquisa visando à proteção dos participantes dentro de padrões éticos nacionais e internacionais. Seu horário de funcionamento é de segunda a sexta-feira, das 8h às 14h.

Declaro que fui verbalmente informado e esclarecido sobre o presente documento, entendendo todos os termos acima expostos, e que voluntariamente aceito participar deste estudo. Também declaro ter recebido uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de igual teor, assinada pela pesquisadora principal, rubricada em todas as páginas.

Linhares, ____/____/2018

Participante da pesquisa/Responsável legal

Na qualidade de pesquisador responsável pela pesquisa "QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA A SAÚDE ORAL DE ADOLESCENTES", eu, MARCELA VIEIRA CALMON, declaro ter cumprido as exigências do(s) item(s) IV.3 e IV.4 (se pertinente), da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Pesquisadora

ANEXOS

ANEXO A – PERFIL DO IMPACTO DA SAÚDE BUCAL (OHIP-14)

PERFIL DO IMPACTO DA SAÚDE BUCAL (OHIP 14)						
Nome: _____						
Orientação: Ao responder este roteiro não existe resposta certa ou errada. Você deve responder as perguntas sobre fatos acontecidos nos últimos meses, até ontem.						
Itens (assinalar com x)	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca	Não sabe
Item OHIP 1. Você teve problemas com a pronúncia de qualquer palavra por causa de problemas com seus dentes, a sua boca ou dentaduras?						
Item OHIP 2. Você sentiu que o gosto da comida diminuiu por causa de problemas com seus dentes, a sua boca ou dentadura?						
Item OHIP 3. Você sentiu dor em sua boca?						
Item OHIP 4. Você achou-se incomodado para comer algum tipo de comida devido a problemas com os seus dentes, boca ou dentaduras?						
Item OHIP 5. Você tem sentido desconfortável consigo mesmo por causa dos seus dentes, a sua boca ou dentaduras?						
Item OHIP 6. Você sentiu-se estressado por causa de problemas com os seus dentes, boca ou dentadura?						
Item OHIP 7. Sua alimentação tem sido prejudicada por causa de problemas com os seus dentes, sua boca ou dentaduras?						
Item OHIP 8. Você teve que interromper refeições por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentaduras?						
Item OHIP 9. Tem sido difícil relaxar por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentaduras?						
Item OHIP 10. Você já sentiu um pouco de vergonha por causa de problemas com os seus dentes, sua boca ou dentaduras?						
Item OHIP 11. Você esteve um pouco irritado com outras pessoas por causa de problemas com os seus dentes, sua boca ou dentaduras?						
Item OHIP 12. Você teve dificuldade para fazer suas obrigações por causa de problemas com os seus dentes, sua boca ou dentaduras?						
Item OHIP 13. Você sentiu que a sua vida em geral estava sendo pior do que poderia ser por causa de problemas com os seus dentes, sua boca ou dentaduras?						
Item OHIP 14. Você esteve totalmente incapaz de exercer suas atividades por causa de problemas com os seus dentes, sua boca ou dentaduras?						

ANEXO B – ESCALA SUBJETIVA DA FELICIDADE (SHS)

a) Em geral eu me considero:

Uma pessoa infeliz	1	2	3	4	5	6	7	Uma pessoa feliz
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------

b) Comparando com a maioria dos meus amigos, eu me considero:

Mais infeliz	1	2	3	4	5	6	7	Mais feliz
--------------	---	---	---	---	---	---	---	------------

c) Algumas pessoas são geralmente muito felizes. Elas aproveitam a vida, aconteça o que acontecer. Quanto essa frase parece com você?

Não parece nada comigo	1	2	3	4	5	6	7	Parece muito comigo
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

d) Algumas pessoas geralmente não são muito felizes. Embora não estejam tristes, nunca parecem sãtão felizes quanto poderiam ser. Quanto essa frase parece com você?

Não parece nada comigo	1	2	3	4	5	6	7	Parece muito comigo
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

ANEXO C – CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA SUPERINTENDÊNCIA
REGIONAL DE EDUCAÇÃO



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO / SEDU - ES
SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE EDUCAÇÃO LINHARES

CI/CIRC/SRE/Nº. 007/2018

Linhares-ES, 04 de Julho de 2018.

Senhores diretores,

Autorizamos Marcela Vieira Calmon, CPF 096.245.967-43, cirurgiã-dentista, CRO 4624, aluna do doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo, a realizar uma pesquisa nessa Instituição de Ensino, como parte da Tese do Doutorado em Saúde Coletiva, intitulado "Impacto da Condição Bucal na Qualidade de Vida de Adolescentes".

Atenciosamente,


Rita de Cássia Bonafini de Oliveira
Superintendente Regional de Educação Linhares
Nº Func. 303300
Port. Nº 568-S de 15/03/18
Publicado: 10 de 15/03/18

ANEXO D – CARTA DE APROVAÇÃO NO CEP/UFES

UFES - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESPÍRITO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA A SAÚDE ORAL DE ADOLESCENTES

Pesquisador: Marcela Vieira Calmon

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 97550718.7.0000.5060

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.991.826

Apresentação do Projeto:

Trata-se o presente projeto de doutorado em Saúde Coletiva, de um estudo analítico, observacional, com delineamento transversal. Tem como objetivo conhecer os dados e apontar as necessidades de saúde bucal dos adolescentes, podendo ajudar na construção de ações que incluam o atendimento odontológico no serviço público de saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar o impacto da condição bucal na qualidade de vida de adolescentes de 15 a 19 anos

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com o Pesquisador responsável, os riscos e benefícios do projeto são:

Riscos: Poderá acontecer um risco mínimo de constrangimento e quebra de sigilo, porem estes serão minimizados considerando que o Sr. (a) poderá desistir a qualquer momento sem nenhum prejuízo e o exame será realizado em ambiente privado, sem participação de outras pessoas, além dos pesquisadores. O sigilo será mantido de forma absoluta e garantido por esse próprio documento.

Benefícios: O Sr.(a) não receberá nenhum benefício direto. Como benefício indireto contribuirá com a pesquisa e com a possibilidade de melhorar a qualidade dos serviços prestados pelo serviço público odontológico.

Endereço: Av. Marechal Campos 1468

Bairro: S/N

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3335-7211

CEP: 29.040-091

E-mail: cep.ufes@hotmail.com

UFES - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESPÍRITO



Continuação do Parecer: 2.991.826

Os riscos e benefícios estão de acordo com a Res. CNS N° 466/12.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Proposta de pesquisa aparentemente relevante e de simples execução. Apresenta carta de autorização da SEDU.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- A folha de rosto está adequada
- O projeto de pesquisa e as informações na Plataforma estão adequados
- Orçamento está adequado.
- TCLE está adequado.
- TCLA está adequado.
- Apresenta carta de autorização da SEDU.
- O Cronograma com início previsto para novembro de 2018.

Os termos de apresentação obrigatória estão em conformidade com a Resolução CNS 466/12.

Recomendações:

O projeto não apresenta pendências.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto não apresenta pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P ROJETO_1206236.pdf	08/10/2018 11:38:59		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.doc	08/10/2018 11:38:47	Marcela Vieira Calmon	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_Sedu.pdf	08/10/2018 11:32:32	Marcela Vieira Calmon	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	30/08/2018 11:42:08	Marcela Vieira Calmon	Aceito

Endereço: Av. Marechal Campos 1468

Bairro: S/N

CEP: 29.040-091

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3335-7211

E-mail: cep.ufes@hotmail.com

UFES - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESPÍRITO



Continuação do Parecer: 2.991.826

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE.docx	22/08/2018 15:43:01	Marcela Vieira Calmon	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	22/08/2018 15:42:42	Marcela Vieira Calmon	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITORIA, 30 de Outubro de 2018

Assinado por:
KARLA DE MELO BATISTA
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Marechal Campos 1468
Bairro: S/N
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3335-7211 **CEP:** 29.040-091
E-mail: cep.ufes@hotmail.com