



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS-UFAM
INSTITUTO LEÔNIDAS E MARIA DEANE-FIOCRUZ
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ-UFPA**

**MESTRADO EM SAÚDE, SOCIEDADE E ENDEMIAS NA
AMAZÔNIA**

A relação entre Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família
e o impacto de problemas bucais nas atividades diárias em
adolescentes

JEFFERSON CALIXTO CARVALHO

Manaus (AM)
2008



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS-UFAM
INSTITUTO LEÔNIDAS E MARIA DEANE-FIOCRUZ
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ-UFPA**

**MESTRADO EM SAÚDE, SOCIEDADE E ENDEMIAS NA
AMAZÔNIA**

JEFFERSON CALIXTO CARVALHO

**A relação entre Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família
e o impacto de problemas bucais nas atividades diárias em
adolescentes**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Augusta Bessa Rebelo

Co-orientador: Prof.^o Dr.^o Mario Vianna Vettore

Manaus (AM)
2008

JEFFERSON CALIXTO CARVALHO

A relação entre Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família
e o impacto de problemas bucais nas atividades diárias em
adolescentes

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e
Endemias na Amazônia, como requisito
parcial para a obtenção do título de
Mestre.

Aprovado em 12 de dezembro de 2008.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^o. Mario Vianna Vettore, Presidente
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof^a Dr^a. Claides Abegg, Membro Efetivo
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof^a Dr^a. Nikeila Chacon de Oliveira Conde, Membro Efetivo
Universidade Federal do Amazonas

Prof^a Dr^a. Rosana Cristina Pereira Parente, Membro Suplente
Universidade Federal do Amazonas

Dedico esse trabalho a Deus, Nosso Pai, que me
proporcionou saúde, fé e amor para concluir
mais essa tarefa.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Eduardo e Neli, pela confiança depositada desde os tempos de criança, pela perseverança na criação dos filhos, pelo exemplo e pela amizade. Muito obrigado.

À minha esposa, Cristiane, por entender todos os momentos de dedicação na realização deste trabalho. Muito obrigado por compartilhar alegrias e tristezas. Eu te amo.

À minha orientadora, Maria Augusta, pela confiança depositada desde o primeiro contato, pelo exemplo de docente e pelas oportunidades de crescimento pessoal e profissional.

Ao meu co-orientador, Mario, pelo exemplo de dedicação à pesquisa, pelos ensinamentos teóricos e pelo auxílio no árduo trabalho de análise dos dados estatísticos. Muito obrigado.

À Secretaria Municipal de Saúde de Manaus, por ter viabilizado a minha participação nesse mestrado, especialmente ao Ronaldo e à Raquel de Alencar, coordenadores dos Distritos de Saúde Leste e Oeste.

À Maria Ildilene, pela ajuda e desprendimento na coleta de dados. Obrigado pela paciência no enfrentamento de todas as aflições e dificuldades

À equipe da UBS L-27, Rocha, Karla, Adamor, Ruth, Olívia, Socorro Soares, Elma, Marilene, Gilson e Nelbanete. Vocês foram importantes no desenvolvimento dessa pesquisa.

À professora Janete , pelo auxílio no estágio docência e no incremento da bibliografia.
Obrigado.

Às professoras Claides e Nikeila, pela participação na banca examinadora e pelas necessárias e pontuais sugestões para melhorar a dissertação. Obrigado pela disposição em ajudar na defesa.

“Palavra puxa palavra, uma idéia traz outra, e assim se faz um livro, um governo, ou uma revolução, alguns dizem mesmo que assim é que a natureza compôs as suas espécies.”

Machado de Assis

Resumo

O objetivo deste estudo foi avaliar a associação entre a presença da equipe de saúde bucal (ESB) na estratégia de saúde da família (ESF) e o impacto de problemas bucais nas atividades diárias de adolescentes, empregando o Child-OIDP em Manaus, AM. O estudo foi conduzido em duas áreas de abrangência pela ESF, sendo entrevistados 150 adolescentes de 12 a 14 anos em uma área com ESB e 150 em uma área sem ESB. As duas áreas apresentam IDH semelhantes e possuíam ESF implantada há pelo menos 2 anos. No estudo piloto foram avaliadas as propriedades psicométricas do Child-OIDP, sendo observada uma reprodutibilidade substancial (Coeficiente de Correlação Intraclasse de 0,927) e a consistência interna quase perfeita (Alfa Crombach de 0,70). Os adolescentes foram selecionados nas escolas públicas para a coleta de dados demográficos, socioeconômicos, e de hábitos comportamentais, para a avaliação de dor dental e depois entrevistados com a utilização do Child-OIDP. Exames clínicos foram conduzidos para avaliação de cárie com índice CPO-D e necessidade de tratamento dental. A frequência de adolescentes com pelo menos um impacto de problemas bucais nas atividades diárias foi estatisticamente maior na área sem ESB na ESF (90%) em comparação com a área com ESB na ESF (79,3%). A média do Child-OIDP foi maior na área sem ESB na ESF em relação à área com ESB na ESF (12,42 vs 8,80, $p < 0,001$). Na regressão logística, a presença de impacto da saúde bucal nas atividades diárias (Child-OIDP ≥ 1) foi associada independentemente com a não presença de ESB na ESF (OR=4,4 [IC95%=1,1-17,0]) após ajuste para variáveis socioeconômicas. A presença de equipe de saúde bucal na ESF esteve associada com o menor impacto dos problemas de saúde bucal nas atividades diárias de adolescentes residentes em áreas de abrangência da ESF.

Palavras-chaves: Sistema Único de Saúde, saúde bucal, qualidade de vida.

Abstract

The purpose of this study was to evaluate the association between the presence of oral health care team (OHCT) in Brazilian primary health care program named Family Health Strategy (FHS) and oral impact on daily performances of adolescents, assessed through Child-OIDP in Manaus city, AM. The study included 300 adolescents aged 12 to 14 years living in two areas of coverage by the FHS, 150 living in an area with OHCT for at least 2 years and 150 living in an area without OHCT. Both areas have similar Human Development Index. In the pilot study it was observed a substantial reliability (Intraclass Correlation Coefficient=0.927) and an almost perfect internal consistency (alpha Crombach=0.70). The adolescents were selected in public schools where the interviews were carried out to collect demographic and socioeconomic data, behavioural habits and dental pain measures, and to answer the Child-OIDP questionnaire. Dental clinical examinations were performed to assess caries using DMF-T index and oral health needs assessment. The frequency of adolescents with at least one oral impact on daily performances was statistically higher in the area without OHCT (90.0%) compared with the area with OHCT (79.3%). Mean of Child-OIDP was also higher in the area without OHCT compared with the area with OHCT (12.42 vs. 8.80, $p < 0.001$). In logistic regression, the oral impact on daily performances (Child-OIDP ≥ 1) was independently associated with the absence of OHCT (OR=4.4 [95% CI=1.1-17.0]). The presence of oral health care team was associated with less adolescents' oral impact on daily performances living in areas of coverage by Family Health Strategy.

Key words: Single Health System, oral health, quality of life.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Características demográficas e socioeconômicas de adolescentes e seus pais, e hábitos relacionados à saúde bucal e uso de serviços odontológicos pelos adolescentes em áreas com (Grupo I) e sem (Grupo II) Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família (ESB).....	50
Tabela 2- Alfa de Cronbach, correlação item-total e alfa com itens excluídos, segundo áreas com (Grupo I) e sem (Grupo II) Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família (ESB).....	52
Tabela 3- Análise bivariada entre a presença de pelo menos um impacto da saúde bucal nas atividades diárias e CPO-D (e componentes), frequência de dentes cariados, perdidos, obturados e dor dental.....	53
Tabela 4- Características clínicas bucais para cárie, dor dental e necessidade de tratamento odontológico de adolescentes em áreas com (Grupo I) e sem (Grupo II) Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família (ESB).....	54
Tabela 5- Frequência de adolescentes com impacto da saúde bucal em suas atividades diárias e média do Child-OIDP de acordo com cada atividade, segundo áreas com (Grupo I) e sem (Grupo II) Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família.....	55
Tabela 6- Regressão logística presença de impacto da saúde bucal nas atividades diárias (Child-OIDP \geq 1).....	56

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Mapa da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde - UBS L-27.....25

Figura 2- Mapa da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde - UBS O-04.....26

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Códigos de condição ou estado dental.....	31
Quadro 2 – Códigos de necessidade de tratamento.....	32

LISTA DE ABREVIATURAS

ESF: Estratégia Saúde da Família

UBS L: Unidade Básica de Saúde do Distrito de Saúde Leste

OIDP: *Oral Impacts on Daily Performances* (Impacto Bucal nas Atividades Diárias)

DMFT: *Decay, Missed and Filled Teeth index* (índice de dentes permanentes Cariados, Perdidos e Obturados)

ESF: Estratégia Saúde da Família

ESB: Equipe de Saúde Bucal

UBS O: Unidade Básica de Saúde do Distrito de Saúde Oeste

UFAM: Universidade Federal do Amazonas

SUS: Sistema Único de Saúde

OMS: Organização Mundial de Saúde

CPO-D: índice de Dentes permanentes Cariados, Perdidos e Obturados

PMF: Programa Médico da Família

ceo-d: índice de dentes decíduos cariados, extraídos por cárie e obturados

IDHM: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

IPBAD: Impacto de Problemas Bucais nas Atividades Diárias

ACD: Atendente de Consultório Dentário

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	16
2 OBJETIVOS.....	18
2.1 Geral.....	18
2.2 Específicos.....	18
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	19
3.1 Estratégia Saúde da Família.....	19
3.2 Instrumentos de medidas subjetivas em saúde bucal.....	20
3.3 OIDP e Child-OIDP.....	21
3.4 Associação do OIDP e Child-OIDP com medidas normativas odontológicas.....	23
4 METODOLOGIA.....	24
4.1 Desenho de estudo.....	24
4.2 Caracterização da área do estudo.....	24
4.3 População do estudo.....	28
4.4 Plano amostral.....	28
4.5 Equipe de coleta de dados do estudo.....	29
4.6 Aplicação do questionário e instrumento Child-OIDP.....	29
4.7 Exame clínico.....	31
4.8 Estudo piloto.....	33
4.9 Análise dos dados.....	33

4.10 Aspectos éticos.....	34
5 ARTIGO CIENTÍFICO.....	36
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS GERAIS.....	57
ANEXOS	
I- Termo Consentimento Livre e Esclarecido.....	62
II-Questionário sócio-demográfico, dor dental e entrevista com o instrumento Child-OIDP.....	65
III-Autorização da unidade de ensino.....	70
IV- Formulário para exame clínico.....	71

1 Introdução

As necessidades de tratamento odontológico têm sido avaliadas por meio de medidas normativas que privilegiavam alterações clínicas da saúde bucal. Essa realidade tem sido modificada nas últimas décadas pelo uso de índices baseados em conceitos e vivências dos próprios usuários dos serviços de saúde, chamados de índices subjetivos (MASALU e ASTROM, 2003; LOCKER e ALLEN, 2007). É importante a utilização desses índices no planejamento de ações de saúde bucal, já que os índices normativos não são capazes de refletir percepções de saúde bucal, nem identificar os anseios da população referentes à sua própria saúde (SRISILAPANAN e SHEIHAM, 2001; YUSUF *et al.*, 2006).

Após a reorganização da atenção primária à saúde com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990, o Ministério da Saúde brasileiro instituiu o Programa Saúde da Família com o objetivo de aproximar a atenção primária à saúde das famílias e melhorar a qualidade de vida da população, tornando-se, em 1998, Estratégia Saúde da Família (ESF), modelo estruturante da atenção primária no Brasil (RONCALLI e LIMA, 2006). Essa estratégia possibilitou a incorporação de equipes de saúde bucal (ESB) a partir de 2000, as quais possuem a competência de realizar procedimentos clínicos e coletivos orientados a partir de índices exclusivamente normativos de saúde bucal (BRASIL, 2006).

Em contraposição a esses índices, cerca de 20 instrumentos subjetivos de saúde bucal relacionados à qualidade de vida foram desenvolvidos até 2007 (LOCKER e ALLEN, 2007), dentre eles, 4 são direcionados a um público infantil ou no início da adolescência: *Child Perception Questionnaire* (CPQ₁₁₋₁₄), *Child-Oral Impacts on Daily Performances* (Child-OIDP), *Early Childhood Oral Health Impact Scale* (ECOHIS) e *Child Oral Health Impact Profile* (JOKOVIC *et al.*, 2002; GUERUNPONG *et al.*, 2004; PAHEL *et al.*, 2007; BROADER *et al.*, 2007). O Child-OIDP foi desenvolvido e validado inicialmente na Tailândia (GUERUNPONG *et al.*, 2004) e recentemente foi realizada a sua validação transcultural para

a população brasileira (CASTRO *et al.*, 2008). Este instrumento foi construído a partir do *Oral Impacts on Daily Performances* (OIDP) original. O Child-OIDP, então, apresenta um importante suporte teórico, uma vez que o OIDP foi adaptado (LOCKER, 1988) da Classificação Internacional de Prejuízo, Incapacidade e Deficiência da Organização Mundial da Saúde (OMS) (BADLEY, 1987 APUD KIDA, 2006).

O Child-OIDP, como relevante indicador de qualidade de vida relacionado à saúde bucal, permite identificar os sujeitos com maiores escores dos impactos causados pelos problemas bucais e priorizá-los, de forma a melhorar a qualidade de vida das pessoas e otimizar o emprego dos recursos do sistema de saúde (GHERUNPONG *et al.*, 2004; TUBERT-GEANNIN *et al.*, 2005; YUSUF *et al.*, 2006). Além disso, ainda existem poucos estudos na literatura utilizando esse instrumento no Brasil (CASTRO *et al.*, 2008), e nenhum estudo comparativo de áreas com e sem Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família, o que justifica a realização desse estudo a partir da hipótese que escolares residentes em áreas com Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família apresentam menor impacto da saúde bucal nas atividades diárias em comparação com aqueles que residem em áreas com Estratégia Saúde da Família, mas sem Equipe de Saúde Bucal.

2 Objetivos

2.1 Geral

Avaliar a associação entre a presença da Equipe de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família e o impacto de problemas bucais nas atividades diárias de adolescentes entre 12 a 14 anos de idade residentes em duas áreas de abrangência da Estratégia Saúde da Família em Manaus, Amazonas, Brasil.

2.2 Específicos

1. Comparar as características demográficas e socioeconômicas de adolescentes e seus pais, hábitos relacionados à saúde bucal e uso de serviços odontológicos dos adolescentes das duas áreas de abrangência da ESF, bem como verificar a associação destas características com o impacto de problemas bucais nas atividades diárias.

2. Comparar índice de cárie (CPO-D e seus componentes), dor dental, necessidade de tratamento e frequência de dentes cariados, perdidos e obturados dos adolescentes das duas áreas de abrangência da ESF, bem como verificar as associações com o impacto de problemas bucais nas atividades diárias.

3 Revisão da literatura

3.1 Estratégia Saúde da Família

O Ministério da Saúde brasileiro instituiu o Programa Saúde da Família em 1994 no intuito de priorizar as ações de proteção e promoção à saúde individual e familiar de forma contínua e integral, incrementando a política nacional de atenção primária à saúde fundamentada nos princípios de universalidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade (ANDRADE e FERREIRA, 2006; EMMI e BARROSO, 2008). Esse programa passou a ser denominado, em 1998, Estratégia Saúde da Família (ESF), modelo estruturante da atenção primária no Brasil (RONCALLI e LIMA, 2006). Essa estratégia, antes centralizada na atenção médica e de enfermagem, através da Portaria 1.444 de 28/12/2000, possibilitou a incorporação de equipes de saúde bucal (ESB), as quais possuem a competência de realizar procedimentos de assistência individual e desenvolver ações coletivas em saúde bucal com participação multiprofissional (BRASIL, 2006). As ESB possuem uma área de abrangência, constituída pelos domicílios, microáreas, creches e escolas, pelas quais possuem responsabilidade não somente pelas ações de saúde bucal, mas também pela intervenção nos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença (EMMI e BARROSO, 2008).

A Estratégia Saúde da Família instituída atualmente em Manaus deriva de um programa exclusivamente municipal denominado “Programa Médico da Família” (PMF) que se iniciou em 1º de março de 1999 com atendimento restrito à atenção médica. No ano de 2000 tentou-se ampliar este programa com a introdução do cirurgião-dentista, auxiliado por uma maleta odontológica portátil, uma vez que a estrutura física não permitia a instalação de um consultório odontológico (MANAUS, 2008). A partir de junho de 2005, através das Portarias 195/2005/SEMSA e 208/2005/SEMSA, foram implementadas as primeiras 10

Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia de Saúde da Família em Manaus com profissionais não concursados (Modalidade tipo I: um cirurgião-dentista e um atendente de consultório dentário) com atuação na mesma estrutura física das unidades do PMF, nomeadas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF).

Em março de 2006, aquelas 10 ESB deram lugar a 54 ESB formadas por profissionais concursados. Os últimos dados (setembro de 2008) informam a existência de 58 Equipes de Saúde Bucal (168 Equipes de Saúde da Família) cobrindo 22% da população e atendendo 50% das horas clínicas contratadas realizando procedimentos coletivos em espaços sociais na área de abrangência e o restante da carga horária, em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde próximos das UBSF, para realizarem procedimentos odontológicos curativos. Nove dessas equipes já trabalhavam nos primeiros 3 Módulos de Saúde da Família, os quais já contavam com consultório odontológico (MANAUS, 2008).

Apenas dois estudos avaliaram a inserção da ESB na ESF. Um estudo realizado em Minas Gerais avaliou qualitativamente como precária a atuação da ESB (ANDRADE e FERREIRA, 2006), e outro no Pará, avaliou como satisfatória, a partir da percepção dos usuários, a atuação da ESB na ESF (52,4% se declararam muito satisfeitos) (EMMI e BARROSO, 2008). Não existem estudos que descrevem ou comparam as condições de saúde bucal em áreas com e sem ESB na ESF.

3.2 Instrumentos de medidas subjetivas em saúde bucal

Nos últimos 20 anos, os problemas e necessidades de saúde bucal que anteriormente eram mensurados a partir de aspectos clínicos (JUNG *et al.*, 2008), passaram a contar com medidas que levam em conta a percepção dos próprios indivíduos sobre sua saúde bucal, sendo que alguns se mostraram de uso mais freqüente (LOCKER e ALLEN, 2007). O

Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI), o *Oral Health Impact Profile (OHIP)*, o *Oral Impacts on Daily Performances (OIDP)* e o *Child Oral Health Quality of Life Questionnaires* são alguns dos instrumentos mais utilizados (ATCHISON e DOLAN, 1990; SLADE e SPENCER, 1994; JOKOVIC *et al.*, 2002).

3.3 OIDP e Child-OIDP

O OIDP (ADULYANON e SHEIHAM, 1997), apresenta um importante suporte teórico, já que foi adaptado (LOCKER, 1988) da Classificação Internacional de Prejuízo, Incapacidade e Deficiência da OMS (BADLEY, 1987 APUD KIDA, 2006); e como o nome sugere (*Oral Impacts on Daily Performances*), avalia o impacto comportamental dos problemas de saúde bucal e a extensão desse impacto no desempenho físico, psicológico e social do indivíduo. O OIDP foi desenvolvido com a clara finalidade de avaliar as necessidades bucais da população em conjunto com medidas clínicas, de modo a facilitar o planejamento dos serviços odontológicos (LOCKER e ALLEN, 2007).

O Child-OIDP surgiu da necessidade de adaptar o OIDP para crianças e adolescentes de 11 a 14 anos (GUERUNPONG *et al.*, 2004). O instrumento Child-OIDP é formado por um questionário e uma entrevista. O questionário tem como objetivo verificar quais os problemas bucais que acometem ou acometeram os adolescentes nos últimos 3 meses a partir de uma lista de 17 possíveis problemas bucais. Já na entrevista são avaliados os impactos dos problemas bucais em oito atividades diárias do adolescente: comer, falar, limpar a boca, dormir, manter o estado emocional, sorrir, realizar tarefas escolares e ter contato social. Esse impacto é também avaliado quanto à sua gravidade e à sua frequência, gerando um escore que é o índice final do Child-OIDP (GUERUNPONG *et al.*, 2004).

A validação do Child-OIDP realizada no Brasil objetivou permitir a avaliação do impacto da saúde bucal nas atividades diárias de crianças e adolescentes, auxiliando programas, serviços e tecnologias em saúde bucal (CASTRO *et al.*, 2008). Para isso, após a adaptação transcultural, o Child-OIDP foi aplicado em 342 escolares de 11-14 anos de quatro escolas públicas nas cidades do Rio de Janeiro e Belo Horizonte. As atividades diárias com maior frequência foram comer (59,4%), manter o estado emocional (33,6%) e limpar a boca (33,3%); os problemas bucais mais percebidos foram dentes sensíveis (63,2%), cor do dente (42,4%) e sangramento na gengiva (36,8%). A prevalência de impactos foi de 80,7% e a média do escore Child-OIDP foi de 9,2. Na comparação com variáveis de autopercepção de saúde bucal, foi verificada a validade de construto. Concluiu-se que o Child-OIDP é uma medida de qualidade de vida relacionada à saúde bucal aplicável aos brasileiros de 11 a 14 anos (CASTRO *et al.*, 2008).

Quanto à atividade mais afetada pelos problemas de saúde bucal, “comer” foi a mais afetada para a maioria dos estudos que utilizaram o OIDP como instrumento, exceto em dois estudos realizados em Santa Catarina, Brasil, onde as atividades mais afetadas foram “limpar os dentes” e “sorrir” (MICHEL-CROSATO *et al.*, 2005; RAMOS-JORGE *et al.*, 2007). As frequências variaram de 48,6% no Brasil (GOMES e ABEGG, 2007) a 11,3% na Noruega (ASTROM *et al.*, 2005).

Já para os estudos que utilizaram o Child-OIDP, todos tiveram “comer” como a atividade mais afetada pelos problemas de saúde bucal, variando de 72,9% dos sujeitos na Tailândia (GHERUNPONG *et al.*, 2004) a 13,3% na Tanzânia (MTAYA *et al.*, 2007). As frequências variaram de 89,8% na Tailândia (GHERUNPONG *et al.*, 2004) a 28,6% na Tanzânia (MTAYA *et al.*, 2007). Em relação aos problemas de saúde bucal, a maioria encontrou “dentes sensíveis” (GHERUNPONG *et al.*, 2004; CASTRO *et al.*, 2008) e “dor dental” (MTAYA *et al.*, 2007; BERNABÉ *et al.*, 2007) como as condições mais prevalentes.

Apenas um estudo encontrou a condição “má posição dos dentes” como a mais prevalente (TUBERT-JEANNIN *et al.*, 2005).

3.4 Associação do OIDP e Child-OIDP com medidas normativas odontológicas

Apesar da limitada capacidade de avaliação de condições de saúde bucal e necessidade de tratamento individual (DORRI *et al.*, 2007; JUNG *et al.*, 2008), muitos autores compararam a relação entre medidas normativas e os índices OIDP ou Child-OIDP, devido ao frequente uso dessas medidas normativas no planejamento de serviços assistência odontológica (GHERUNPONG *et al.*, 2004; MICHEL-CROSATO *et al.*, 2005; TUBERT-JEANNIN *et al.*, 2005; BERNABÉ *et al.*, 2007; GOMES e ABEGG, 2007; MTAYA *et al.*, 2007; RAMOS-JORGE *et al.*, 2007; JUNG *et al.*, 2008; LACERDA *et al.*, 2008).

Para o instrumento OIDP, alguns estudos avaliaram a relação do índice CPO-D com o escore do impacto dos problemas de saúde bucal nas atividades diárias, sendo encontrada uma relação positiva entre ambos (SHEIHAM *et al.*, 2001; ASTROM e OKULLO, 2003; ASTROM *et al.*, 2006; GOMES e ABEGG, 2007; RAMOS-JORGE *et al.*, 2007). Apenas um estudo não encontrou relação entre OIDP e CPO-D (LACERDA *et al.*, 2008). Para a dor dental, todos os estudos analisados apresentaram uma associação diretamente proporcional com o escore do OIDP (DORRI *et al.*, 2007; JUNG *et al.*, 2008). Além disso, não foi descrita relação entre fluorose e o escore do índice OIDP (MICHEL-CROSATO *et al.*, 2005), tampouco para o uso de prótese total e removível (NAITO *et al.*, 2007).

Em relação ao Child-OIDP, a maioria não encontrou relação entre o índice CPO-D e o impacto dos problemas de saúde bucal nas atividades diárias (GHERUNPONG *et al.*, 2004; TUBERT-JEANNIN *et al.*, 2005; BERNABÉ *et al.*, 2007), ocorrendo o contrário em apenas um estudo (MTAYA *et al.*, 2007).

4 Metodologia

4.1 Desenho de estudo

Esta pesquisa consistiu em um estudo transversal realizado com adolescentes em duas áreas de abrangência da Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo uma com a presença de Equipe de Saúde Bucal (ESB) e outra sem ESB, na cidade de Manaus (AM).

A coleta de dados foi realizada em escolas públicas, e consistiu na aplicação de questionários com o objetivo de coletar informações demográficas, socioeconômicas, hábitos de higiene bucal, uso de serviços odontológicos e dor dental. A etapa final da entrevista consistiu na aplicação do instrumento Child-OIDP (*Oral Impacts on Daily Performances*), que permite avaliar o impacto de problemas bucais na realização das atividades diárias de adolescentes. Posteriormente, foi realizado um exame clínico bucal, seguindo as normas da OMS, para mensurar o índice de cárie em dentes permanentes (CPO-D) e decíduos (ceo-d), e o índice de necessidade de tratamento dental (WHO, 1997).

4.2 Caracterização da área do estudo

Foram selecionadas para o estudo duas áreas de abrangência de ESF, sendo uma com Equipe de Saúde Bucal (ESB) há pelo menos 2 anos e a outra sem ESB. A área com ESB na ESF foi escolhida por conveniência, e a ESB era composta por um cirurgião-dentista e uma atendente de consultório odontológico desde março de 2006. O critério de seleção da área de abrangência de ESF que não possuía ESB foi apresentar o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) semelhante à área com ESB na ESF (AMAZONAS, 2006).

A área com ESB na ESF foi definida como área I, e se refere à área de abrangência da Unidade Básica de Saúde - UBS L-27 (Figura 1), localizada nos bairros Coroado II e Coroado III e com IDHM de 0,748. A área sem ESB na ESF, considerada área II, se refere à área de abrangência da UBS O-04 (Figura 2), localizada no bairro Redenção e com IDHM de 0,750.

A área I, que fica nos bairros Coroado II e Coroado III, situa-se na Zona Leste de Manaus e surgiu em 1971. Situado inicialmente dentro das terras da Universidade Federal do Amazonas (UFAM), o local foi invadido e a UFAM tentou a reintegração de posse, mas esbarrou na resistência de um marceneiro e tocador de forró chamado João Corrêa Barbosa, que dizia estar disposto a lutar por aquela terra até a morte. Esse feito rendeu-lhe o apelido de João Coragem, nome do protagonista da novela da Rede Globo de Televisão chamada Irmãos Coragem, cuja estória se passava na fictícia Vila de Coroados. Diante dessa situação, o governador João Walter de Andrade negociou com a Universidade a permanência dos invasores, e a partir de 1982, ocorreu o asfaltamento, o fornecimento dos serviços de água e luz e a concessão da titularidade dos terrenos a seus ocupantes.¹

A área I subdivide-se, nos bairros Coroado II e III, em 6 microáreas: 1 (ruas Nova Vida, São Francisco, Índio Cretã e da Prata), 2 (rua Nova Esperança, avenida Cristo Rei, beco Esperança e travessa Nova Esperança), 3 (ruas Marechal Rondon, Barão do Rio Branco, Vinte e Cinco de Março, Rio Solimões, Buriti, das Laranjeiras, Joana D'arc, Padre Caleri, Beija Flor, Pedro Teixeira e Vinicius de Moraes), 4 (ruas 16 de Julho, Vista Alegre e avenida Beira Rio), 5 (ruas São Francisco e São Pedro, beco Edvar Martins e travessa São Pedro) e 6 (rua Padre Francisco, Alameda Cosme Ferreira e becos São Francisco, Boa Sorte, da Olaria, dos Coqueiros e Idanelson).

¹ O histórico do bairro Coroado foi gentilmente disponibilizado por André Ribeiro Falcão, presidente da organização não governamental intitulada C.D.C.C., Conselho de Desenvolvimento Comunitário do Coroado.

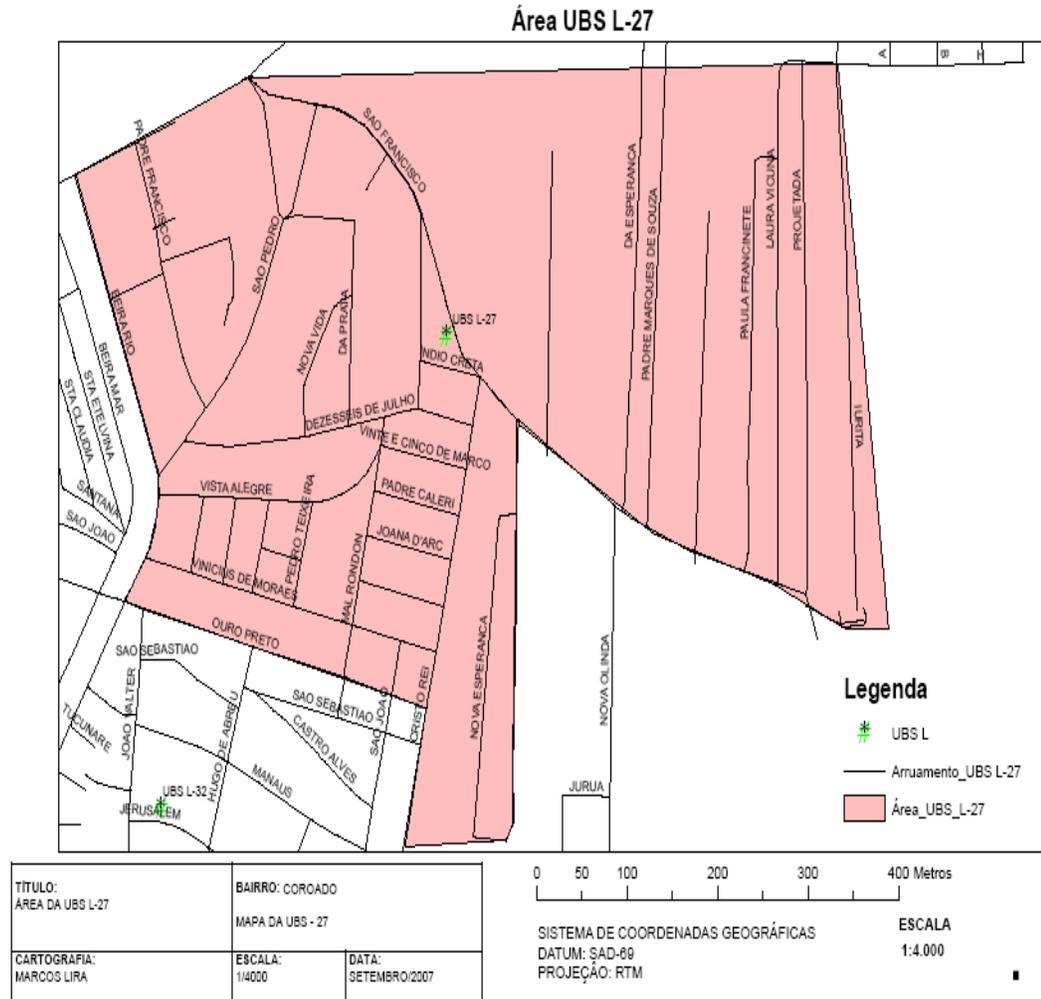


Figura 1. Mapa da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde - UBS L-27.

A área II, situada integralmente no bairro Redenção na Zona Oeste de Manaus, surgiu em 1974 também a partir de uma invasão de área pertencente a um coronel conhecido como “Jorge” e à família Coimbra. Primeiramente a comunidade foi denominada Planeta dos Macacos em referência a uma série televisiva da época. Em 1980, a comunidade foi elevada à condição de bairro e foi realizada uma eleição para a escolha de nova denominação, sendo escolhido o nome Redenção em homenagem à ordem católica dos padres redentoristas. Esta área possui 7 microáreas: 1 (ruas Guajará, São Vicente de Paula e Bajé), 2 (ruas Olinda e becos Ladislau, Mirasselve e São Vicente de Paula), 3 (ruas Mirasselve, Itapemirim, Anápolis, Olinda e Mantiqueira), 4

(ruas Mirasselva, Natividade e beco Batista), 5 (ruas Anápolis, Carpina, Porongatu e becos São Vicente de Paula e Del Rey), 6 (ruas Porongatu, Bajé, Brasil e becos Porongatu e Bajé) e 7 (rua Brasil e beco Brasil).

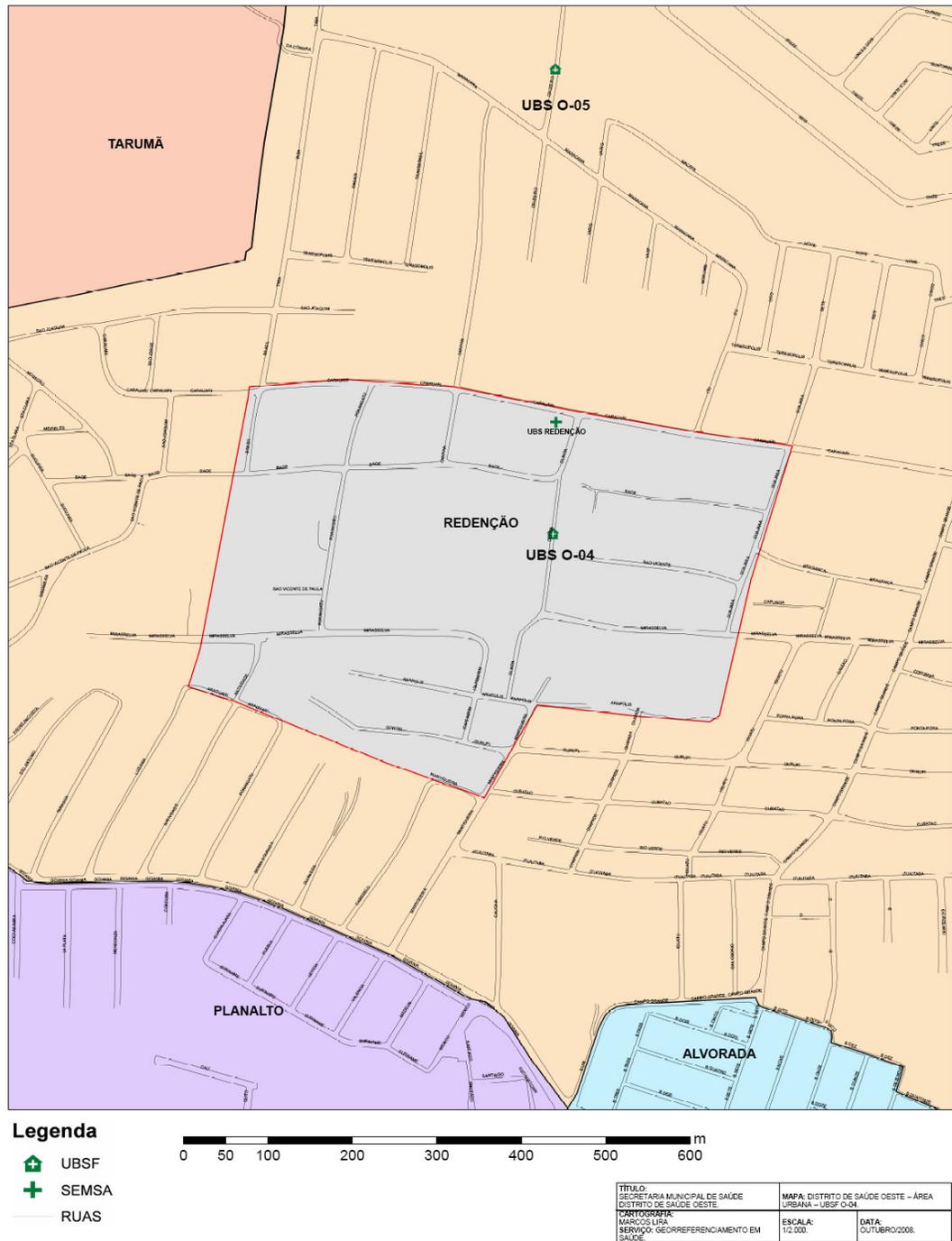


Figura 2. Mapa da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde UBS O-04.

4.3 População do estudo

A população alvo do estudo foi composta por adolescentes de 12 a 14 anos de idade regularmente matriculados na rede escolar pública e residentes nas áreas de abrangência das UBS L-27 (186 adolescentes) e O-04 (203 adolescentes), unidades da ESF, situadas nos bairros Coroado II, Coroado III e Redenção, município de Manaus, Amazonas, Brasil. A taxa de abandono escolar nestas áreas é de 7,3% para as escolas municipais e estaduais, o que possibilitou selecionar os adolescentes nas escolas.

Adolescentes de 12 a 14 anos foram selecionados por ser uma faixa etária que compõe um dos grupos etários prioritários para atenção em saúde bucal, de acordo com a Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004).

4.4 Plano amostral

O tamanho da amostra foi calculado com base na prevalência de IPBAD de 80% (CASTRO *et al.*, 2008), com capacidade de detectar diferenças de pelo menos 5% entre os dois grupos. Assumiu-se que o Grupo I, formado por uma amostra de adolescentes da área I, teria uma prevalência de 75% IPBAD, e que a prevalência de IPBAD no Grupo II, composto por uma amostra de adolescentes na área II seria de 80%. Estabeleceu-se um nível de significância 5% e um poder de 0,80, considerando uma taxa de recusa de 25%. Assim, o tamanho amostral foi definido em 150 adolescentes para cada grupo.

Primeiramente foi feito um levantamento de todas as escolas públicas existentes em cada bairro e adjacências. Em seguida, foi solicitada a assinatura do Termo de Compromisso por parte dos diretores das escolas. Posteriormente, foi feito o levantamento de todos os adolescentes de 12 a 14 anos, de acordo com a data de nascimento que constava na lista de frequência escolar. A elegibilidade foi confirmada

na sala de aula, aonde os adolescentes foram questionados individualmente se residiam em uma das ruas de abrangência de cada UBS da Estratégia Saúde Família.

Na área I, foram listados 186 adolescentes elegíveis de 7 escolas da rede pública e na área II haviam 203 elegíveis em 4 escolas. Foi encaminhado para todos os responsáveis por alunos de 12 a 14 anos elegíveis o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 3). Após o retorno do primeiro envio dos termos de consentimento, foi necessário reenviar novos termos até se completar o tamanho amostral pré-estabelecido para cada grupo.

4.5 Equipe de coleta de dados do estudo

A equipe para coleta de dados do estudo foi constituída por um pesquisador (autor da dissertação) e uma atendente de consultório dentário (ACD). Todas as entrevistas e os preenchimentos dos formulários foram feitos somente pelo pesquisador. Após a entrevista, foi realizado o exame clínico odontológico, conforme preconizado pelo Manual Técnico da OMS, com o objetivo mensurar o índice de ataque à cárie dentária em dentes permanentes (CPO-D) e decíduos (ceo-d), além da necessidade de tratamento dental. A ACD foi a anotadora dos dados do exame odontológico, responsável pela biossegurança dos procedimentos clínicos e auxiliava na visita às salas de aula.

4.6 Aplicação do questionário e instrumento Child-OIDP

Dois questionários foram empregados. O primeiro foi encaminhado junto ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e deveria ser respondido preferencialmente pelas mães dos adolescentes. Este questionário teve como objetivo obter informações demográficas, socioeconômicas e uso do filho de serviços odontológicos. As perguntas incluíram idade da mãe, escolaridade da mãe e do pai,

renda familiar mensal, agregação domiciliar (número de pessoas residentes dividido pelo número de quartos e salas), e recebimento de benefício social (Anexo I).

Após a obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo I), foi aplicado junto ao adolescente um questionário sobre dados demográficos, socioeconômicos, hábitos de higiene bucal e uso do serviço odontológico (Anexo II). Nesta parte, as perguntas incluíram informações referentes a idade, sexo, raça/cor da pele, escolaridade (anos de estudos concluídos com aprovação), número de pessoas por cômodo (quartos e salas), frequência de higiene bucal, alimentação imediatamente antes de dormir, higiene bucal após alimentação imediatamente antes de dormir e uso de serviços odontológicos. Em seguida, foi aplicado outro questionário para a coleta de dados sobre a prevalência e intensidade da dor dental nos últimos 3 e 6 meses. A intensidade de dor foi avaliada com o emprego de uma escala Likert e foi categorizada para possibilitar sua inclusão no modelo e análise (LAMARCA e MONTEIRO, 2001) e uma escala de faces (BIERI, 1990).

O impacto de problemas bucais nas atividades diárias dos adolescentes foi avaliada através do instrumento Child-OIDP (*Child Oral Impacts on Daily Performances*), um indicador subjetivo em saúde bucal desenvolvido e validado especificamente para adolescentes (GHERUNPONG *et al.*, 2004), posteriormente validado para o Brasil (CASTRO *et al.*, 2008).

O instrumento Child-OIDP é aplicado em duas etapas. A primeira etapa é um questionário auto-preenchido com a ajuda de um pesquisador e tem como objetivo verificar quais os problemas bucais que acometem ou acometeram os adolescentes nos últimos 3 meses (TSAKOS *et al.*, 2008). Esta etapa consiste na marcação com um “X” em uma lista de 17 possíveis problemas bucais, sendo oferecida uma opção em aberto para os problemas não listados (CASTRO *et al.*, 2008).

Feita essa primeira parte, a segunda etapa é aplicada. Esta consiste em uma entrevista individual face a face em ambiente escolar para avaliação dos impactos dos problemas bucais em oito atividades diárias do adolescente: comer, falar, limpar a boca, dormir, manter o estado emocional, sorrir, realizar tarefas escolares e ter contato social. As entrevistas foram feitas em local separado sem a presença dos outros adolescentes. Os efeitos negativos dos problemas bucais observados nos últimos três meses pela criança nas suas atividades diárias foram denominados pelos autores do instrumento original como impacto (CASTRO *et al.*, 2008).

Na existência de impacto em alguma das atividades diárias do adolescente, é avaliada a gravidade desse impacto (pouco, moderado ou grave), assim como sua frequência. Para as avaliações de gravidade e frequência são atribuídos escores em escalas do tipo Likert de 0 a 3, sendo atribuído 0 quando não existir impacto (CASTRO *et al.*, 2008).

Depois da aplicação integral do instrumento, um índice é calculado para cada atividade diária através da multiplicação da frequência e da gravidade, cada um variando da seguinte forma: 0,1,2,3. O resultado desta multiplicação varia de 0 a 9 para cada item. A soma do índice de cada uma das oito atividades, que varia de 0 a 72 é multiplicada por 100 e dividida por 72, gerando um índice final do Child-OIDP. Então, teremos um índice geral, o Child-OIDP e índices específicos para cada atividade diária: comer, falar, limpar a boca, dormir, manter o estado emocional, sorrir, realizar tarefas escolares e ter contato social (CASTRO *et al.*, 2008).

4.7 Exame clínico

O exame clínico bucal dos indivíduos avaliou o índice de ataque a cárie para dentes permanentes (CPO-D) e seus componentes, e o índice para dentes decíduos (ceod), além da frequência de dentes hígidos, cariados, restaurados e perdidos de acordo

com o Manual da OMS (WHO, 1997). Os exames prescindiram de um espelho bucal plano (Probem®) e sonda preconizada pela OMS (sonda CPI) (Stainless®). Os exames odontológicos foram realizados nas bibliotecas das escolas onde os adolescentes estudavam, e realizados com os adolescentes e o examinador sentados sob a luz de uma lanterna portátil fixada na região frontal do examinador (Nautika®) (BRASIL, 2001).

Quanto à biossegurança, o examinador e a anotadora lavaram as mãos no início e ao final de cada período de exames, ambos usaram jalecos, o examinador utilizou luvas descartáveis, máscara e gorro; somente o anotador manipulou objetos não estéreis, tais como lápis, fichas, pranchetas; somente o examinador manipulou os instrumentais para exame (BRASIL, 2001).

Os códigos utilizados para condição ou estado dental e necessidade de tratamento foram os da tabela abaixo (BRASIL, 2001):

Quadro 1- Códigos para condição ou estado dental.

CÓDIGO			CONDIÇÃO/ESTADO
DENTES DECÍDUOS	DENTES PERMANENTES		
Coroa	Coroa	Raiz	
A	0	0	HÍGIDO
B	1	1	CARIADO
C	2	2	RESTAURADO, MAS COM CÁRIE
D	3	3	RESTAURADO E SEM CÁRIE
E	4	Não se aplica	PERDIDO DEVIDO À CÁRIE
F	5	Não se aplica	PERDIDO POR OUTRAS RAZÕES
G	6	Não se aplica	APRESENTA SELANTE
H	7	7	APOIO DE PONTE OU COROA
K	8	8	NÃO ERUPCIONADO-RAIZ NÃO EXPOSTA
T	T	Não se aplica	TRAUMA (FRATURA)
L	9	9	DENTE EXCLUÍDO

FONTE: BRASIL, 2001.

Quadro 2- Códigos para necessidade de tratamento.

CÓDIGO	TRATAMENTO
0	NENHUM
1	RESTAURAÇÃO DE 1 SUPERFÍCIE
2	RESTAURAÇÃO DE 2 OU MAIS SUPERFÍCIES
3	COROA POR QUALQUER RAZÃO
4	FACETA ESTÉTICA
5	PULPAR + RESTAURAÇÃO
6	EXTRAÇÃO
7	REMINERALIZAÇÃO DE MANCHA BRANCA
8	SELANTE
9	SEM INFORMAÇÃO

FONTE: BRASIL, 2001.

4.8 Estudo piloto

Foi realizado um estudo piloto com adolescentes de 12 a 14 anos que não participaram do estudo principal residentes nas áreas I e II (n=20) com o objetivo de testar a reprodutibilidade do exame bucal, a consistência interna e a confiabilidade do instrumento Child-OIDP. Além disso, nesta etapa testou-se a factibilidade da seqüência pré-estabelecida para a coleta de dados (LACERDA, 2005).

O resultado do teste Kappa para a reprodutibilidade tanto dos índices CPO-D/ceo-d quanto para a necessidade de tratamento dental foi de 0,947. O coeficiente alfa de Cronbach para o Child-OIDP foi de 0,66 na primeira aplicação e de 0,71 na segunda.

4.9 Análise dos dados

Os dados obtidos foram transcritos para planilhas do programa *Microsoft Office Excel 2003* e depois exportados ao programa *SPSS (Statistical Package for Social*

Sciences) 11.0 for Windows. A normalidade da distribuição dos dados contínuos foi avaliada pelo teste Kolmogorov-Smirnov. Variáveis contínuas foram comparadas entre os Grupos I e II com o Teste Mann-Whitney, e proporções pelo Teste Qui-quadrado. As variáveis necessidade de tratamento e as perguntas 14 e 16 do questionário não foram analisadas na presente dissertação.

A consistência interna do instrumento Child-OIDP foi avaliada com o alfa de Cronbach. Verificou-se ainda a correlação item-total e alfa de Cronbach com itens excluídos para o instrumento Child-OIDP. Para testar a correlação entre o escore do Child-OIDP e medidas clínicas odontológicas contínuas foi utilizado o Coeficiente de Correlação de Spearman.

A associação entre a área com ESB na ESF e a prevalência de pelo menos um problema bucal com impacto nas atividades diárias foi testada através de análise multivariada de regressão logística. Foram considerados com desfecho para o Child-OIDP aqueles que relataram ao menos 1 impacto ($\text{Child-OIDP} \geq 1$), sendo o grupo controle os que não relataram nenhum impacto ($\text{Child-OIDP} = 0$). Todas as co-variáveis com valor de $p < 0,20$ foram selecionadas para a análise multivariada através do procedimento *Backward* da regressão logística. De acordo com este critério, as variáveis incluídas no modelo final foram: presença de ESB na ESF, benefício social, escolaridade do pai, idade da mãe e dor dental nos últimos 3 meses.

4.10 Aspectos éticos

Previamente ao encaminhamento do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Amazonas, foi requerida e deferida a autorização dos Distritos Municipais de Saúde Leste e Oeste de Manaus e dos diretores das escolas para a realização do estudo.

Foi entregue aos pais ou responsáveis dos adolescentes um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo I) para a devida autorização, mediante o qual o questionário, a entrevista e o exame bucal eram realizados.

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Amazonas com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº. 0249.0.115.000-07 e aprovado em 20 de setembro de 2007.

5 ARTIGO CIENTÍFICO

A relação entre Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família (ESF) e o impacto de problemas bucais nas atividades diárias em adolescentes

Jefferson Calixto Carvalho ¹, Maria Augusta Bessa Rebelo ¹, Mario Vianna Vettore ².

¹ Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Amazonas

² Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz

Introdução

A equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família surgiu após a reorganização da atenção primária à saúde no Brasil com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990, o que conferiu maior acesso da população aos serviços públicos de saúde, bem como a participação popular nas decisões tomadas nessa área (ARAÚJO e DIMENSTEIN, 2006). Em 1994, o Ministério da Saúde brasileiro instituiu o Programa Saúde da Família com o objetivo de aproximar a atenção primária à saúde das famílias e melhorar a qualidade de vida da população, tornando-se, em 1998, Estratégia Saúde da Família (ESF), modelo estruturante da atenção primária no Brasil (RONCALLI e LIMA, 2006). Depois, essa estratégia, antes centralizada na atenção médica e de enfermagem, possibilitou a incorporação de equipes de saúde bucal (ESB) a partir de 2000, onde o cirurgião-dentista realiza diagnóstico com finalidade de obtenção do perfil epidemiológico a partir de medidas normativas de saúde bucal, realiza a atenção integral à saúde a todas as famílias e grupos específicos, coordena e participa de ações coletivas multidisciplinares, o que o diferencia do modelo anterior que realizava somente procedimentos clínicos em uma unidade básica de saúde (BRASIL, 2006).

As necessidades de tratamento odontológico sempre foram medidas por meio de instrumentos que privilegiavam alterações clínicas da saúde bucal, chamados normativos, as quais não são capazes de refletir percepções de saúde bucal, nem identificar os anseios da população referentes à sua própria saúde (SRISILAPANAN e SHEIHAM, 2001; YUSUF *et al.*, 2006). Entretanto, nas últimas décadas, essa realidade tem sido modificada pelo uso de índices baseados em conceitos e vivências dos próprios usuários dos serviços de saúde, chamados de índices subjetivos, no intuito de suprir a limitação do uso exclusivo de indicadores normativos no estabelecimento de necessidades e prioridades na assistência odontológica (MASALU e ASTROM, 2003; LOCKER e ALLEN, 2007).

Dos muitos instrumentos subjetivos de saúde bucal relacionados à qualidade de vida desenvolvidos até 2007 (LOCKER e ALLEN, 2007), os seguintes são direcionados a crianças e adolescentes: *Child Perception Questionnaire* (CPQ₁₁₋₁₄), *Child-Oral Impacts on Daily Performances* (Child-OIDP), *Early Childhood Oral Health Impact Scale* (ECOHIS) e *Child Oral Health Impact Profile* (JOKOVIC *et al.*, 2002; GUERUNPONG *et al.*, 2004; PAHEL *et al.*, 2007; BROADER *et al.*, 2007). O Child-OIDP, instrumento deste estudo (CASTRO *et al.*, 2008), desenvolvido e validado inicialmente na Tailândia (GUERUNPONG *et al.*, 2004) apresenta um importante suporte teórico, já que foi adaptado a partir de uma classificação da OMS (LOCKER, 1988).

Dessa forma, o Child-OIDP, como relevante indicador de qualidade de vida relacionado à saúde bucal, permite identificar os sujeitos com maiores escores dos impactos causados pelos problemas bucais e priorizá-los, de forma a minimizar os gastos dos serviços de saúde brasileiro e melhorar a qualidade de vida das pessoas (GUERUNPONG *et al.*, 2004; TUBERT-GEANNIN *et al.*, 2005; YUSUF *et al.*, 2006). Além disso, ainda existem poucos estudos na literatura utilizando esse instrumento no

Brasil (CASTRO *et al.*, 2008), bem como nenhum estudo comparativo de áreas com e sem Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família.

Este estudo objetivou avaliar a associação entre a presença da Equipe de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família e o impacto de problemas bucais nas atividades diárias de adolescentes entre 12 a 14 anos de idade residentes em duas áreas de abrangência da Estratégia Saúde da Família em Manaus, Amazonas, Brasil.

Métodos

Desenho do estudo

Realizou-se um estudo transversal, de base escolar, em adolescentes, sendo coletados dados através de questionários e entrevista.

População e plano amostral

A população alvo do estudo foi composta por adolescentes de 12 a 14 anos de idade regularmente matriculados na rede escolar pública e residentes na área de abrangência de duas unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF), município de Manaus, Amazonas, Brasil. O Grupo I foi formado por adolescentes residentes na área de abrangência da UBS L-27, bairro do Coroado III, onde existe Equipe de Saúde Bucal (ESB) desde março de 2006 na ESF. Já o Grupo II foi composto por adolescentes moradores na área de abrangência da UBS O-04, bairro Redenção, sem ESB na ESF.

A área do Grupo I foi escolhida por possuir ESB há pelo menos 2 anos e a do Grupo II foi selecionada pela semelhança de seu Índice de Desenvolvimento Humano Municipal. A área do Grupo I possuía IDHM igual a 0,748, e área do Grupo II, IDHM igual a 0,750 (AMAZONAS, 2006).

O tamanho da amostra foi calculado com base na prevalência de IPBAD de 80% (CASTRO *et al.*, 2008), com capacidade de detectar diferenças de pelo menos 5% entre os dois grupos. Assumiu-se que o Grupo I, formado por uma amostra de adolescentes da área I, teria uma prevalência de 75% IPBAD, e que a prevalência de IPBAD no Grupo

II, composto por uma amostra de adolescentes na área II seria de 80%. Estabeleceu-se um nível de significância 5% e um poder de 0,80, considerando uma taxa de recusa de 25%. Assim, o tamanho amostral foi definido em 150 adolescentes para cada grupo.

Primeiramente foi feito um levantamento de todas as escolas públicas existentes em cada bairro e adjacências. Na área I, foram listados 186 adolescentes elegíveis de 7 escolas da rede pública e na área II haviam 203 elegíveis em 4 escolas. Foi solicitada a participação no estudo para todos os responsáveis. Após o retorno do primeiro envio dos termos de consentimento, foi necessário reenviar novos termos até se completar o tamanho amostral pré-estabelecido para cada grupo.

Avaliação do índice Child-OIDP e co-variáveis

Dois questionários foram empregados. O primeiro foi encaminhado junto com a solicitação de participação no estudo e deveria ser respondido preferencialmente pelas mães dos adolescentes. Neste questionário foram obtidas informações demográficas, socioeconômicas e uso de serviços odontológicos pelo filho. O questionário para os adolescentes incluiu dados demográficos, socioeconômicos, hábitos de higiene bucal e uso do serviço odontológico. Foi empregado ainda um instrumento para avaliar a prevalência e intensidade da dor dental nos últimos 3 e 6 meses. A intensidade de dor foi avaliada com o emprego de uma escala Likert e categorizada para possibilitar sua inclusão no modelo e análise (LAMARCA e MONTEIRO, 2001).

O impacto de problemas bucais nas atividades diárias dos adolescentes foi avaliada através do instrumento Child-OIDP (*Child Oral Impacts on Daily Performances*) (GHERUNPONG *et al.*, 2004), validado para o Brasil (CASTRO *et al.*, 2008). O instrumento Child-OIDP é aplicado em duas etapas. A primeira etapa é um questionário auto-preenchido com objetivo verificar quais os problemas bucais que acometem ou acometeram os adolescentes nos últimos 3 meses (TSAKOS *et al.*, 2008). Uma lista de 17 possíveis problemas bucais é oferecida, havendo a possibilidade de o

adolescente relatar problemas não listados (CASTRO *et al.*, 2008). A segunda etapa consiste de uma entrevista face a face para avaliação dos impactos dos problemas bucais em oito atividades diárias do adolescente: comer, falar, limpar a boca, dormir, manter o estado emocional, sorrir, realizar tarefas escolares e ter contato social (CASTRO *et al.*, 2008). Na existência de impacto em alguma das atividades diárias do adolescente, é avaliada a gravidade desse impacto (pouco, moderado ou grave), assim como sua frequência (CASTRO *et al.*, 2008). O escore do Child-OIDP é calculado para cada atividade diária através da frequência e gravidade, com uma escala de 0 a 3. O escore para cada uma das oito atividades varia de 0 a 9, e para a escala total varia de 0 a 72. O escore final é multiplicado por 100 e dividido por 72, gerando um índice final do Child-OIDP de 0 a 100 (CASTRO *et al.*, 2008).

Exame clínico

O exame clínico bucal incluiu o índice de ataque a cárie para dentes permanentes (CPO-D) e seus componentes, e o índice para dentes decíduos (ceo-d), além da frequência de dentes hígidos, cariados, restaurados e perdidos de acordo com o Manual da OMS (WHO, 1997). Utilizou-se nos exames clínicos um espelho bucal plano (Probem[®]) e sonda preconizada pela OMS (sonda CPI) (Stainless[®]). Os exames odontológicos foram realizados nas bibliotecas das escolas onde os adolescentes estudavam, e realizados com os adolescentes e o examinador sentados sob a luz de uma lanterna portátil fixada na região frontal do examinador (Nautika[®]) (BRASIL, 2001).

Análise dos dados

A normalidade da distribuição dos dados contínuos foi avaliada pelo teste Kolmogorov-Smirnov. Variáveis contínuas foram comparadas entre os Grupos I e II com o Teste Mann-Whitney, e proporções pelo Teste Qui-quadrado. A consistência interna do instrumento Child-OIDP foi avaliada com o *alpha* de Cronbach. Verificou-se ainda a correlação item-total e *alpha* de Cronbach com itens excluídos para o instrumento Child-OIDP. Para testar a correlação entre o escore do Child-OIDP e

medidas clínicas odontológicas contínuas foi utilizado o Coeficiente de Correlação de Spearman.

A associação entre a área com ESB na ESF e a prevalência de pelo menos um problema bucal com impacto nas atividades diárias foi testada através de análise multivariada de regressão logística. Foram considerados como desfecho para o Child-OIDP aqueles que relataram ao menos 1 impacto ($\text{Child-OIDP} \geq 1$), sendo o grupo controle os que não relataram nenhum impacto ($\text{Child-OIDP} = 0$). Todas as co-variáveis com valor de $p < 0,20$ foram selecionadas para a análise multivariada através do procedimento *Backward* da regressão logística. Todas as análises foram realizadas no programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) 11.0 para Windows.

Resultados

Foram convidados 389 adolescentes em 12 escolas públicas para compor a amostra pré-estabelecida de 300 sujeitos. A taxa de aceitação em participar da pesquisa nas áreas com e sem ESB na ESF foi de 77,1% e 80,7%.

Cerca de 10% das entrevistas e exames clínicos ($n=28$) foram realizados em duplicata para avaliar a confiabilidade da escala de dor dental e do Child-OIDP, e a consistência temporal intra-examinador do exame clínico odontológico. Para a prevalência de dor dental nos últimos 3 e 6 meses os coeficientes Kappa foram de 0,928 e 0,786. A Escala Likert que avaliou a intensidade de dor aos 3 e 6 meses obteve coeficientes Kappa de 0,556 e 0,652. O coeficiente de correlação intra-classe para o Child-OIDP foi de 0,927 (IC 95% 0,839 – 0,967). A concordância intra-examinador para CPO-D/ceo-d de Kappa foi igual a 0,945, e de 0,947 para necessidade de tratamento, atestando uma concordância quase perfeita (ASSAF *et al.*, 2006).

Na Tabela 1 são apresentadas as características demográficas e socioeconômicas de adolescentes e seus pais para o total e de acordo com cada grupo. A média de idade dos adolescentes foi de $12,9 \pm 0,8$ anos, sendo que 53,3% eram do sexo feminino, 52%

se declararam pardos e tinham em média 5,6 anos de estudo. O número de pessoas por cômodo foi em média de 2. Apesar da adequada taxa de resposta dos adolescentes, somente 53,7% dos responsáveis devolveram o questionário sobre as informações dos pais. A idade das mães foi em média de 35,1 anos e a proporção de pais e mães com 11 anos ou mais de estudo foi de 28,4% e 49,3%. Para a variável renda familiar, a categoria menor que 1 salário mínimo foi predominante (54,5%), seguida da categoria de 1 a 3 salários mínimos (34,8%). Somente a idade do adolescente, idade da mãe e receber benefício social foram estatisticamente diferentes entre os grupos I e II ($P < 0,05$). As variáveis referentes a hábitos relacionados à saúde bucal, bem como uso de serviços odontológicos de adolescentes não diferiram entre os grupos. Em geral, houve uma maior frequência para aqueles que se alimentavam às vezes antes de dormir (59%) e sempre realizavam higiene bucal após alimentação antes de dormir (38%). Cerca de 90% relataram já ter ido ao dentista e 30,3% foram ao dentista nos últimos 6 meses.

Na análise da confiabilidade do instrumento Child-OIDP testada a partir da consistência interna, encontrou-se um alfa Cronbach padronizado de 0,70 (Tabela 2). A confiabilidade do Child-OIDP foi semelhante nos dois grupos (Grupo I: $\alpha = 0,70$, e Grupo II: $\alpha = 0,68$). A exclusão de itens do Child-OIDP não aumentou o alfa Cronbach, com exceção do item “comer” no Grupo II.

Nas análises bivariadas, a presença de pelo menos um impacto da saúde bucal nas atividades diárias dos adolescentes para ambos os grupos se mostrou associada com as variáveis dor dental nos últimos 3 meses e dor dental nos últimos 6 meses (Tabela 3). Para o grupo I, houve associação somente para a dor dental nos últimos 3 meses. Já para o grupo II, a associação ocorreu para os componentes cariado e restaurado do CPO-D e para dor dental nos últimos 3 e 6 meses.

As comparações das características clínicas bucais para cárie, dor dental e necessidade de tratamento odontológico de adolescentes entre as áreas com (Grupo I) e

sem (Grupo II) Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família (ESB) são apresentadas na Tabela 4. O CPO-D médio foi de 2,4 e o ceo-d de 0,1. Os componentes “cariado” e “restaurado” do CPO-D representaram 53,3% e 41,4% do total. A maioria dos dentes encontrava-se hígido (90,3%), seguido da condição de cariado (4,8%) e restaurado (3,9%), sendo que apenas 0,6% dos dentes foram considerados como perdidos. Na comparação entre os grupos I e II, a única variável com diferença estatisticamente significativa foi a intensidade de dor dental nos últimos 3 meses, sendo maior no grupo II (Tabela 4).

Na Tabela 5, a frequência de adolescentes com pelo menos um impacto nas atividades diárias ($\text{Child-OIDP} \geq 1$) foi de 84,7%, sendo esta prevalência estatisticamente maior no Grupo II em relação ao Grupo I (90% vs 79,3%). As atividades que tiveram maior frequência de impactos para os dois grupos foram: comer (65,3%); limpar a boca (37,0%); e sorrir, rir e mostrar os dentes (33,3%). A frequência de adolescentes com impacto nas atividades diárias referentes a comer, limpar a boca, e sorrir, rir e mostrar os dentes sem sentir vergonha foi maior no Grupo II em relação ao Grupo I ($P < 0,05$).

A média do índice Child-OIDP para o total da amostra foi de 10,6, com diferença estatística entre os grupos I e II (8,8 vs 12,4) (Tabela 5). Os maiores escores específicos do Child-OIDP foram para as atividades comer, limpar a boca e sorrir, rir e mostrar os dentes sem sentir vergonha. Na comparação dos escores específicos do Child-OIDP entre os grupos I e II, diferenças estatisticamente significativas foram detectadas para as atividades comer (21,4 vs 30,5) e sorrir, rir e mostrar os dentes (10,6 vs 17,6).

Na análise do Coeficiente de Correlação de Spearman observou-se a correlação estatisticamente significante da média final do Child-OIDP com a média do CPO-D ($\rho = 0,115$) e a frequência de dentes cariados ($\rho = 0,148$).

Observou-se uma associação independente entre a presença de Equipe de Saúde Bucal na ESF e a ocorrência de pelo menos um impacto da saúde bucal nas atividades diárias, após o ajuste para as co-variáveis sexo, raça, número de pessoas por cômodo, recebimento de algum benefício social pela família, escolaridade do pai, CPO-D, frequência de dentes hígidos e dor dental (Tabela 6). Para a regressão logística foram utilizadas as variáveis presença de Equipe de Saúde Bucal na ESF, escolaridade do pai, sexo, CPO-D, dor dental nos últimos três meses, número de pessoas por cômodo, recebimento de algum benefício social pela família e idade da mãe. As variáveis idade do adolescente (colinear com idade da mãe), raça (distribuição irregular) e frequência de dentes hígidos (colinear com CPO-D) foram removidas da análise de regressão logística.

O modelo de regressão utilizou o desfecho pelo menos um impacto nas atividades diárias dos adolescentes causada por problemas na saúde bucal. Esse impacto descrito mostrou-se associado com morar em área sem ESB da ESF (4,4 mais chances), pertencer a uma família que não recebe benefício social (9,7 mais chances), ter pai com 8 a 10 anos de estudo (3,9 mais chances), ter mães mais novas (0,9 mais chances a cada ano) e ter sentido dor de dente nos últimos três meses (4,1 mais chances).

Discussão

Este estudo corresponde à terceira aplicação do Child-OIDP no Brasil e à primeira fora da região Sudeste, o que permite a comparação com o único estudo brasileiro publicado (CASTRO *et al.*, 2008) e com estudos realizados em outros países, guardadas as diferenças sociais e culturais quando se compara populações entre países.

A aplicação do Child-OIDP neste estudo ocorreu em ambiente escolar, seguindo a conduta proposta desde o desenvolvimento do instrumento (GHERUNPONG *et al.*, 2004). A escolha do ambiente escolar se justifica pela facilidade de concentrar todos os

adolescentes em um só lugar de forma organizada, o que facilita a aplicação do Child-OIDP, padroniza a aplicação e diminui os custos da pesquisa.

Houve diminuição do impacto nas atividades diárias causada por problemas de saúde bucal devido à presença de uma equipe de saúde bucal em sua área de residência, revelada pela diferença estatística da frequência de adolescentes com impacto em pelo menos uma das atividades diárias avaliadas e dos escores do Child-OIDP para os Grupos I e II (79,3% e 90%; 8,8 e 12,4). A efetividade das ações de promoção de saúde bucal, a garantia de acesso aos serviços de saúde odontológicos (unidade Estratégia Saúde da Família como porta de entrada do Sistema Único de Saúde) e a proximidade da equipe de saúde bucal com a residência dos sujeitos são alguns fatores que podem explicar esses melhores resultados verificados no Grupo I. A comparação de medidas clínicas bucais normativas (CPO-D e necessidade de tratamento dental) não detectou diferenças estatisticamente significativas entre os Grupos I e II. Quanto às medidas que conferem validade interna ao estudo, foram utilizados somente instrumentos validados para uso no Brasil, os exames clínicos foram antecedidos pela calibração do examinador e análises de confiabilidade foram realizadas ao longo do estudo.

Quanto à consistência interna do Child-OIDP, o coeficiente alfa de Cronbach atingiu o limiar desejável de 0,70 (KLINE, 1993 APUD YUSUF *et al.*, 2006) para o total da amostra, só sendo menor que esse limite quando se individualizou o Grupo II (0,68). Este achado está em concordância com a maioria dos estudos, pois o alfa de Cronbach variou entre 0,57 e 0,63 (TUBERT-JEANNIN *et al.*, 2005; YUSUF *et al.*, 2006; BERNABÉ *et al.*, 2007; CASTRO *et al.*, 2008) e somente um obteve uma confiabilidade maior que 0,70 (MTAYA *et al.*, 2007). O estudo comprovou, então, a alta confiabilidade do instrumento Child-OIDP, mesmo com tendência do índice Child-OIDP obter um coeficiente alfa de Cronbach baixo, pelo número de itens ser inferior a dez (YUSUF *et al.*, 2006).

Na análise bivariada, dois estudos obtiveram associação do CPO-D e seu componente cariado em relação ao instrumento Child-OIDP (MTAYA *et al.*, 2007; TUBERT-JEANNIN *et al.*, 2005), enquanto que neste estudo apenas os componentes cariado e restaurado do CPO-D tiveram essa associação especificamente no Grupo II. Esses achados corroboram as evidências de cautela ao se analisar dados clínicos de cárie em associação com dados subjetivos de saúde bucal relacionados com qualidade de vida, como é o caso do Child-OIDP, uma vez que este mensura saúde e bem-estar, enquanto que o CPO-D, história da doença (TUBERT-JEANNIN *et al.*, 2005). Quanto à dor dental percebida nos últimos 3 meses, os Grupos I e II obtiveram associação com o índice Child-OIDP. Já na análise univariada, a dor dental nos últimos 3 meses foi a única medida com diferença estatística significativa entre os Grupos I e II, o que pode ser explicado pela presença da ESB na ESF, no caso do Grupo I, ter levado a uma melhora na assistência odontológica. Dessa forma, o Child-OIDP apresentou validade de construto, já que foi relacionado com medidas de cárie e dor dental.

Em outros países, foi encontrada uma elevada frequência de impactos na aplicação do Child-OIDP: Tailândia (89,8%), Peru (82,0%), Brasil (80,7%), França (73,2%), Inglaterra (40,4%) e Tanzânia (28,6%) (GHERUNPONG *et al.*, 2004; BERNABÉ *et al.*, 2007; CASTRO *et al.*, 2008; TUBERT-JEANNIN *et al.*, 2005; YUSUF *et al.*, 2006; MTAYA *et al.*, 2007). O resultado desse trabalho (84,7%) o classifica como o segundo maior impacto observado na literatura. No impacto específico por atividade diária afetada, “comer” foi a atividade mais afetada, igual a todos os estudos publicados com o Child-OIDP; “limpar a boca” e “sorrir” foram a segunda e terceira atividades mais afetadas, igualando-se à França, Tanzânia e Peru. Já em relação aos escores do Child-OIDP (para os dois grupos), esse estudo foi o que teve o maior valor encontrado (10,6), muito próximo do outro estudo realizado no Brasil (9,2) (CASTRO *et al.*, 2008).

Utilizando a regressão logística, verificamos que a maior probabilidade do adolescente ter impacto dos problemas de saúde bucal nas atividades diárias foi relacionada a morar em área sem a presença da equipe de saúde bucal na ESF, a família não receber nenhum benefício social, ter pai com escolaridade abaixo de 11 anos de estudo, ser filho de mães com menor idade e ter sentido dor dental nos últimos 3 meses.

Como limitações do estudo, o delineamento transversal utilizado para avaliação da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde Bucal pode explicar a não ocorrência de diferenças para as medidas normativas de saúde bucal entre os Grupos I e II, uma vez que a cárie e dor dental são medidas relacionadas ao acúmulo do ataque de cárie durante o tempo, o que contrasta com o pouco tempo de inserção da equipe de saúde bucal no Grupo I. Além disso, há uma limitação quanto à validade externa, já que as áreas do estudo são de baixo índice de desenvolvimento humano em Manaus.

Conclusão e considerações finais

Os resultados obtidos no presente estudo permitem concluir que a presença de equipe de saúde bucal na unidade da Estratégia Saúde da Família esteve associada com o menor impacto dos problemas de saúde bucal nas atividades diárias dos adolescentes que residem em sua área de abrangência. E também destacam a importância, face à sua carência, de estudos que avaliem políticas de saúde bucal no Brasil e valorizem a inserção de medidas subjetivas como aspecto relevante a ser considerado em pesquisas futuras.

Referências

1. AMAZONAS. Secretaria de Estado de Planejamento e Desenvolvimento Econômico. Atlas do Desenvolvimento Humano em Manaus. 2006.
2. ARAÚJO, Y.P.; DIMENSTEIN, M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 11, n. 1, p. 219-227, 2006.
3. ASSAF, A.V. *et al.* Comparação entre medidas de reprodutibilidade para a calibração em levantamentos epidemiológicos da cárie dentária. *Cadernos de Saúde Pública*. v. 22, n. 9, p. 1901-1907, 2006.
4. BERNABÉ, E.; TSAKOS, G.; SHEIHAM, A. Intensity and extent of Oral Impacts on Daily Performances by type of self-perceived oral problems. *European Journal of Oral Sciences*. v. 115, p. 11-116, 2007.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Cadernos de Atenção Básica n. 17. Brasília, 2006. 92p.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto SB2000: condições de saúde bucal da população brasileira no ano 2000: manual do examinador. Brasília, 2001.49p.
7. BROADER, H.L.; MCGRATH, C.; CISNEROS, G.J. Questionnaire development: face validity and item impact testing of the Child Oral Health Impact Profile. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. v. 35, p. 8-19, 2007.
8. CASTRO, R.A.L. *et al.* Child-OIDP index in Brazil: cross-cultural adaptation and validation. *Health and Quality of Life Outcomes*. v.6, p. 68, 2008.
9. GUERUNPONG, S.; TSAKOS, G.; SHEIHAM, A. Developing and evaluating an oral health-related quality-of-life index for children: the CHILD-OIDP. *Community Dental Health*. n.21, p. 161-169, 2004.
10. 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, p. 459-463, 2002.
11. LAMARCA, G.A.; MONTERO DA SILVA, A.M. Escala likert de dor para crianças: um estudo preliminar de validação. In: 5º Simpósio Brasileiro e Encontro Internacional sobre Dor. Arquivos. Lemos Editorial, 2001. 303 p., p. 282.
12. LOCKER, D.; ALLEN, F. What do measures of 'oral health-related quality of life' measure? *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. v. 35, p. 401-411, 2007.
13. LOCKER, D. Measuring oral health: a conceptual framework. *Community Dental Health*. v. 5, n. 1, p. 3-18, 1988.

14. MASALU, J.R.; ASTROM, A.N. Applicability of an abbreviated version of the oral impacts on daily performances (OIDP) scale for use among Tanzanian students. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. v. 31, p. 7-14, 2003.
15. MTAYA, M.; ASTROM, A.N.; TSAKOS, G. Applicability of an abbreviated version of the Child-OIDP inventory among primary schoolchildren in Tanzania. *Health and Quality of Life Outcomes*. v. 5, p.40, 2007.
16. PAHEL, B.T.; ROZIER, R.Z., SLADE, G. Parental perceptions of children's oral health: The Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). *Health and Quality of life outcomes*. v. 5, p. 6, 2007.
17. RONCALLI, A.G.; LIMA, K.C. Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 11, n. 3, p.713-724, 2006.
18. SRISILAPANAN, P.; SHEIHAM, A. The prevalence of dental impacts on daily performances in older people in Northern Thailand. *Gerodontology*. v. 18, n. 2, p. 102-108, 2001.
19. TSAKOS, G. *et al.* Comparison of the self-administered and interviewer-administered modes of the child-OIDP. *Health and Quality of Life Outcomes*. v. 6, p.40, 2008.
20. TUBERT-JEANNIN, S. *et al.* Validation of a French version of the Child-OIDP index. *European Journal of Oral Sciences*. v. 113, p. 355-362, 2005.
21. World Health Organization. *Oral health surveys: basic methods*. 4 ed. Geneva: ORH/EPID, 1997.
22. YUSUF, H. *et al.* Validation of an English version of the Child-OIDP index, an oral health-related quality of life measure for children. *Health and Quality of Life Outcomes*. v. 4, p. 38, 2006.

Tabela 1. Características demográficas e socioeconômicas de adolescentes e seus pais, e hábitos relacionados à saúde bucal e uso de serviços odontológicos pelos adolescentes em áreas com (Grupo I) e sem (Grupo II) Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família (ESB).

	Grupo I (N=150)	Grupo II (N=150)	Total	Valor de <i>P</i>
Características demográficas e socioeconômicas				
Adolescentes				
Idade, média (± DP)*	13,01 ± 0,80	12,81 ± 0,75	12,91 ± 0,78	0,025
Sexo, n (%)**				0,132
Masculino	77 (51,3)	63 (42,0)	140 (46,7)	
Feminino	73 (48,7)	87 (58,0)	160 (53,3)	
Raça, n (%)**				0,185
Branca	30 (20,0)	34 (22,7)	64 (21,3)	
Parda	84 (56,0)	72 (48,0)	156 (52,0)	
Preta	9 (6,0)	19 (12,7)	28 (9,3)	
Outras	27 (18,0)	25 (16,7)	52 (17,3)	
Anos de estudo concluídos, média (± DP)*	5,75 ± 1,36	5,49 ± 1,28	5,62 ± 1,33	0,257
Nº de pessoas por cômodo, média (± DP)*	2,18 ± 1,43	1,89 ± 1,09	2,03 ± 1,27	0,130
Pais†				
Idade da mãe, média (± DP)*	35,92 ± 6,08	33,81 ± 5,30	35,09 ± 5,86	0,036
A família recebe benefício social, n (%)**				0,049
Sim	28 (29,5)	27 (45,0)	55 (35,5)	
Não	67 (70,5)	33 (55)	100 (64,5)	
Escolaridade do pai, em anos, n (%)**				0,055
Até 7	48 (54,5)	29 (48,3)	77 (52,0)	
De 8 a 10	21 (23,9)	8 (13,3)	29 (19,6)	
11 ou mais	19 (21,6)	23 (38,3)	42 (28,4)	
Escolaridade da mãe, em anos, n (%)**				0,222
Até 7	26 (31,7)	11 (19,6)	37 (26,8)	
De 8 a 10	20 (24,4)	13 (23,2)	33 (23,9)	
11 ou mais	36 (43,9)	32 (57,1)	68 (49,3)	
Renda familiar, n (%)**				0,477
< 1 SM	41 (50,6)	31 (60,8)	72 (54,5)	
1 a 3 SM	30 (37,0)	16 (31,4)	46 (34,8)	
> 3 SM	10 (12,3)	4 (7,8)	14 (10,6)	

Continuação da Tabela 1.

Hábitos relacionados à saúde bucal	Grupo I	Grupo II	Total	Valor de <i>P</i>
Alimentação antes de dormir, n (%)**				0,802
Sim, sempre	26 (17,3)	30 (20,0)	56 (18,7)	
Sim, às vezes	91 (60,7)	86 (57,3)	177 (59,0)	
Não	33 (22,0)	34 (22,7)	67 (22,3)	
Higiene bucal após alimentação antes de dormir, n (%)**				0,509
Sim, sempre	62 (41,3)	52 (34,7)	114 (38,0)	
Sim, às vezes	46 (30,7)	57 (38,0)	103 (34,3)	
Não	9 (6,0)	7 (4,7)	16 (5,3)	
Não se alimenta antes de dormir	33 (22)	34 (22,7)	67 (22,3)	
Uso de serviços odontológicos de adolescentes				
Uso do serviço odontológico, n (%)**				0,848
Sim	136 (90,7)	134 (89,3)	270 (90)	
Não	14 (9,3)	16 (10,7)	30 (10)	
Última vez ao dentista, n (%)**				0,516
Em tratamento	12 (8)	16 (10,7)	28 (9,3)	
<6 meses	33 (22)	30 (20)	63 (21)	
7 m-1 ano	27 (18)	21 (14)	48 (16)	
1 ano-2 anos	18 (12)	13 (8,7)	31 (10,3)	
>2 anos	9 (6)	5 (3,3)	14 (4,7)	
Não lembra	37 (24,7)	49 (32,7)	86 (28,7)	

SM: salário mínimo

* Teste Mann-Whitney

** Teste Qui-quadrado

† Para as informações obtidas dos pais o n foi de 161.

Tabela 2. Alfa de Cronbach, correlação item-total e alfa com itens excluídos, segundo áreas com (Grupo I) e sem (Grupo II) Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família (ESB).

Alfa de Cronbach padronizado	Grupo I: 0,70; Grupo II: 0,68; Total: 0,70					
	Correlação com o total			Alfa se excluído		
	Grupo I	Grupo II	Total	Grupo I	Grupo II	Total
Comer	0,318	0,264	0,305	0,650	0,693	0,684
Falar	0,346	0,401	0,375	0,639	0,663	0,666
Limpar a boca	0,333	0,386	0,375	0,643	0,666	0,667
Dormir	0,357	0,427	0,404	0,636	0,656	0,659
Sorrir	0,286	0,353	0,332	0,654	0,673	0,676
Estado Emocional	0,448	0,310	0,388	0,611	0,685	0,663
Estudar	0,438	0,572	0,522	0,619	0,623	0,634
Contato social	0,394	0,411	0,414	0,632	0,661	0,660

Tabela 3. Análise bivariada entre a presença de pelo menos um impacto da saúde bucal nas atividades diárias e CPO-D (e componentes), frequência de dentes cariados, perdidos, obturados e dor dental.

	Grupo I		Grupo II		Total	
	OIDP = 0 (N=31)	OIDP ≥ 1 (N=129)	OIDP = 0 (N=15)	OIDP ≥ 1 (N=135)	OIDP = 0 (N=150)	OIDP ≥ 1 (N=150)
CPO-D, $x \pm dp$	2,2 ± 2,4	2,2 ± 2,4	2,7 ± 3,0	2,6 ± 2,6	2,4 ± 2,6	2,4 ± 2,5
% componentes do CPO-D						
Cariado, $x \pm dp$	58,0 ± 46,3	53,6 ± 43,9	24,6 ± 38,5	55,0 ± 41,4	47,2 ± 46,1	54,3 ± 42,5
Restaurado, $x \pm dp$	34,9 ± 43,0	41,0 ± 42,6	71,3 ± 36,6	40,1 ± 39,9	46,6 ± 43,9	40,5 ± 41,1
Perdido, $x \pm dp$	7,1 ± 22,1	5,4 ± 16,0	4,2 ± 9,0	4,9 ± 13,1	6,2 ± 18,8	5,2 ± 14,5
ceo-d, $x \pm dp$	0,1 ± 0,4	0,1 ± 0,4	0,1 ± 0,3	0,0 ± 0,2	0,1 ± 0,3	0,1 ± 0,3
% dentes hígidos, $x \pm dp$	91,6 ± 8,0	91,2 ± 8,8	87,3 ± 11,0	89,5 ± 10,3	90,2 ± 9,2	90,3 ± 9,6
% dentes cariados, $x \pm dp$	4,3 ± 6,5	4,5 ± 6,2	4,5 ± 10,0	5,2 ± 6,6	4,4 ± 7,7	4,8 ± 6,4
% dentes restaurados, $x \pm dp$	3,5 ± 6,1	3,6 ± 6,3	5,1 ± 5,7	4,1 ± 6,1	4,0 ± 6,0	3,8 ± 6,2
% dentes perdidos, $x \pm dp$	0,5 ± 1,3	0,6 ± 2,2	0,49 ± 1,30	0,5 ± 1,7	0,5 ± 1,3	0,6 ± 1,9
Dor dental (3 meses), %						
Sim	12,9	34,5	6,7	40,7	10,9	37,8
Não	87,1	65,5	93,3	59,3	89,1	62,2
Intensidade >1, n (%)	2 (50,0)	20 (48,8)	0 (0)	40 (72,7)	2 (40)	60 (62,5)
Dor dental (6 meses), n (%)						
Sim	25,8	44,5	13,3	47,4	21,7	46,1
Não	74,2	55,5	86,7	52,6	78,3	53,9
Intensidade >1, n (%)	3 (37,5)	25 (47,2)	1 (50,0)	35 (54,7)	4 (40,0)	60 (51,3)

Teste Mann-Whitney usado para comparação de médias e Teste Qui-quadrado para comparação de proporções.

Valores em negrito correspondem a diferenças estatisticamente diferentes entre os grupos com OIDP=0 e OIDP ≥ 1, segundo os Grupos I e II.

Tabela 4. Características clínicas bucais para cárie, dor dental e necessidade de tratamento odontológico de adolescentes em áreas com (Grupo I) e sem (Grupo II) Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família (ESB).

	Grupo I	Grupo II	Total	Valor de <i>P</i>
CPO-D, média (\pm DP)*	2,23 \pm 2,41	2,62 \pm 2,70	2,42 \pm 2,55	0,176
Frequência de componentes do CPO-D, média (\pm DP)*				
Cariado	54,42 \pm 44,17	52,19 \pm 41,94	53,29 \pm 42,97	0,770
Restaurado	39,85 \pm 42,56	42,95 \pm 40,43	41,42 \pm 41,43	0,541
Perdido	5,73 \pm 17,27	4,87 \pm 12,76	5,29 \pm 15,12	0,946
ceo-d, média (\pm DP)*	0,07 \pm 0,36	0,03 \pm 0,21	0,05 \pm 0,30	0,511
Frequência de dentes hígidos, média (\pm DP)*	91,27 \pm 8,62	89,27 \pm 10,32	90,27 \pm 9,54	0,109
Frequência de dentes cariados, média (\pm DP)*	4,42 \pm 6,20	5,11 \pm 6,93	4,76 \pm 6,57	0,505
Frequência de dentes restaurados, média (\pm DP)*	3,56 \pm 6,24	4,15 \pm 6,03	3,86 \pm 6,13	0,225
Frequência de dentes perdidos, média, (\pm DP)*	0,57 \pm 2,01	0,54 \pm 1,62	0,56 \pm 1,82	0,868
Dor dental nos últimos 3 meses, n (%)**				0,179
Sim	45 (30)	56 (37,3)	101 (33,7)	
Não	105 (70)	94 (62,7)	199 (66,3)	
Intensidade dor dental nos últimos 3 meses, n (%)**				0,021
1	23 (51,1)	16 (28,6)	39 (38,6)	
2 a 4	22 (48,9)	40 (71,4)	62 (61,4)	
Dor dental nos últimos 6 meses, n (%)**				0,559
Sim	61 (40,7)	66 (44)	127 (42,3)	
Não	89 (59,3)	84 (56)	173 (57,7)	
Intensidade dor dental nos últimos 6 meses, n (%)**				0,525
1	33(54,1)	30 (45,5)	63 (49,6)	
2 a 4	28(45,9)	36 (54,5)	64 (50,4)	
Necessidade de tratamento odontológico, n (%)**				0,807
Não necessita	52 (34,7)	50 (33,3)	102 (34,0)	
Necessita	98 (65,3)	100 (66,7)	198 (66,0)	

* Teste Mann-Whitney e ** Teste Qui-quadrado

Tabela 5. Frequência de adolescentes com impacto da saúde bucal em suas atividades diárias e média do Child-OIDP de acordo com cada atividade, segundo áreas com (Grupo I) e sem (Grupo II) Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família (ESB).

	Frequência de adolescentes com impacto nas atividades diárias (n=300)				Média do Child-OIDP (\pm DP) em cada atividade (0 a 100)				
	Grupo I N (%)	Grupo II N (%)	Total N (%)	P**	Grupo I	Grupo II	Total	P*	IC95% (Total)
Comer	88 (58,7)	108 (72,0)	196 (65,3)	0,015	21,41 \pm 28,56	30,52 \pm 31,22	25,96 \pm 30,21	0,003	22,53 - 29,40
Falar claramente	23 (15,3)	27 (18,0)	50 (16,7)	0,535	6,30 \pm 18,18	5,85 \pm 14,60	6,07 \pm 16,46	0,596	4,20 - 7,94
Limpar a boca	47 (31,3)	64 (42,7)	111 (37,0)	0,042	14,22 \pm 26,48	16,67 \pm 25,18	15,44 \pm 25,83	0,084	12,51 - 18,38
Dormir	24 (16,0)	34 (22,7)	58 (19,3)	0,144	4,44 \pm 12,61	6,89 \pm 14,66	5,67 \pm 13,71	0,118	4,11 - 7,22
Manter o seu estado emocional sem se irritar ou estressar	38 (25,3)	50 (33,3)	88 (29,3)	0,128	6,59 \pm 13,75	10,74 \pm 20,33	8,67 \pm 17,45	0,100	6,68 - 10,65
Sorrir, rir e mostrar os dentes sem sentir vergonha	38 (25,3)	62 (41,3)	100 (33,3)	0,003	10,59 \pm 21,86	17,63 \pm 27,61	14,11 \pm 25,11	0,005	11,26 - 16,96
Fazer as tarefas da escola	22 (14,7)	35 (23,3)	57 (19,0)	0,056	3,48 \pm 9,11	5,56 \pm 11,57	4,52 \pm 10,45	0,063	3,33 - 5,71
Ter contato com as pessoas	15 (10,0)	26 (17,3)	41 (13,7)	0,064	3,41 \pm 12,54	5,56 \pm 15,49	4,48 \pm 14,11	0,072	2,88 - 6,08
Uma ou mais das atividades acima	119 (79,3)	135 (90)	254 (84,7)	0,010	8,80 \pm 10,58	12,42 \pm 10,76	10,61 \pm 10,81	< 0,001	9,39 - 11,84

* Teste Mann-Whitney, ** Teste Qui-quadrado

Tabela 6. Regressão logística presença de impacto da saúde bucal nas atividades diárias (Child-OIDP \geq 1)

	OR bruta	IC95%	OR ajustada	IC95%
Presença de ESB na ESF				
Grupo I	1	-	1	-
Grupo II	2,35	1,21 – 4,55	4,41	1,14 – 17,00
Benefício social				
Sim	1		1	-
Não	2,26	0,92-5,53	9,66	2,41 – 38,82
Escolaridade do pai				
11 ou mais	1	-	1	-
De 8 a 10	2,73	0,94-7,96	3,88	1,07-14,09
Até 7	1,31	0,39-4,40	3,00	0,62-14,43
Idade da mãe	0,92	0,85-0,99	0,87	0,78-0,97
Dor dental nos últimos 3 meses				
Não	1	-	1	-
Sim	4,98	1,90-13,04	4,13	0,88-19,38

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS GERAIS

ADULYANON A.; SHEIHAM, A. Oral impacts on daily performances. In: MEASURING ORAL HEALTH AND QUALITY OF LIFE. University of North Carolina, 1997. p. 152-160.

AMAZONAS. Secretaria de Estado de Planejamento e Desenvolvimento Econômico. Atlas do Desenvolvimento Humano em Manaus. 2006.

ANDRADE, K.L.C.; FERREIRA, E.F. Avaliação da inserção da odontologia no Programa Saúde da Família de Pompéu (MG): a satisfação do usuário. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 11, n. 1, p. 123-130, 2006.

ARAÚJO, Y.P.; DIMENSTEIN, M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 11, n. 1, p. 219-227, 2006.

ASSAF, A.V. *et al.* Comparação entre medidas de reprodutibilidade para a calibração em levantamentos epidemiológicos da cárie dentária. *Cadernos de Saúde Pública*. v. 22, n. 9, p. 1901-1907, 2006.

ASTROM, A.N. *et al.* Oral Impacts on Daily Performance in Norwegian adults: validity, reliability and prevalence estimates. *European Journal of Oral Sciences*. v. 113, p. 289-296, 2005.

ASTROM, A.N. *et al.* Oral Impacts on Daily Performance in Norwegian adults: the influence of age, number missing teeth, and socio-demographic factors. *European Journal of Oral Sciences*. v. 114, p. 115-121, 2006.

ASTROM, A.N.; OKULLO, I. Validity and reliability of the Oral Impacts on Daily Performance (OIDP) frequency scale: a cross-sectional study of adolescents in Uganda. *BMC Oral Health*. v.3, p.5, 2003.

ATCHISON, K.A.; DOLAN, T.A. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *Journal of Dental Education*. v.54, p. 680-687, 1990.

BERNABÉ, E.; TSAKOS, G.; SHEIHAM, A. Intensity and extent of Oral Impacts on Daily Performances by type of self-perceived oral problems. *European Journal of Oral Sciences*. v. 115, p. 11-116, 2007.

BIERI, D *et al.* The Faces Pain scale for the self-assessment on the severity of pain experienced by children: Developmental, initial validation, and preliminary investigation for ratio scale properties. *Pain*. v. 74, p. 139-150, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Cadernos de Atenção Básica nº. 17. Brasília, 2006. 92p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção a Saúde. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília, 2004. 16p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto SB2000: condições de saúde bucal da população brasileira no ano 2000: manual do examinador. Brasília, 2001.49p.

BROADER, H.L.; MCGRATH, C.; CISNEROS, G.J. Questionnaire development: face validity and item impact testing of the Child Oral Health Impact Profile. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. v. 35, p. 8-19, 2007.

CASTRO, R.A.L. et al. Child-OIDP index in Brazil: cross-cultural adaptation and validation. *Health and Quality of Life Outcomes*. v.6, p. 68, 2008.

DORRI, M.; SHEIHAM, A.; TSAKOS, G. Validation of a Persian version of the OIDP index. *BMC Oral Health*. v. 7, p. 2, 2007.

EMMI, D.T.; BARROSO, R.F.F. Avaliação das ações de saúde bucal no Programa Saúde da Família no distrito de Mosqueiro, Pará. *Ciência & Saúde Coletiva*. v.13, n. 1, p. 35-41, 2008.

GUERUNPONG, S.; TSAKOS, G.; SHEIHAM, A. The prevalence and severity of oral impacts on daily performances in Thai primary school children. *Health and Quality of Life Outcomes*. v. 2, n.57, p. 1-8, oct. 2004.

GUERUNPONG, S.; TSAKOS, G.; SHEIHAM, A. Developing and evaluating an oral health-related quality-of-life index for children: the CHILD-OIDP. *Community Dental Health*. n.21, p. 161-169, 2004.

GOMES, A.S.; ABEGG, C. O impacto odontológico no desempenho diário dos trabalhadores do Departamento Municipal de Limpeza Urbana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. v. 23, n. 7, p. 1707-1714, 2007.

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, p. 459-463, 2002.

JUNG, S. *et al.* A Korean version of the Oral Impacts on Daily Performances (OIDP) scale in elderly populations: Validity, reliability and prevalence. *Health and Quality of Life Outcomes*. v. 6, p. 17, 2008.

KIDA, I.A. *et al.* Psychometric properties and the prevalence, intensity and causes of oral impacts on daily performance (OIDP) in a population of older Tanzanians. *Health and Quality of Life Outcomes*. v. 4, p. 56, 2006.

LACERDA, J.T. *et al.* Saúde bucal e o desempenho diário de adultos em Chapecó, Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. v. 24, n. 8, p. 1846-1858, 2008.

LACERDA, J.T. Trabalho de campo em epidemiologia da saúde bucal. In: FUNDAMENTOS DE ODONTOLOGIA. *Epidemiologia da saúde bucal*. São Paulo, 2005. p. 384-389.

LAMARCA, G.A.; MONTERO DA SILVA, A.M. Escala likert de dor para crianças: um estudo preliminar de validação. In: 5º Simpósio Brasileiro e Encontro Internacional sobre Dor. *Arquivos*. Lemos Editorial, 2001. 303 p., p. 282.

LOCKER, D.; ALLEN, F. What do measures of 'oral health-related quality of life' measure? *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. v. 35, p. 401-411, 2007.

LOCKER, D. Measuring oral health: a conceptual framework. *Community Dental Health*. v. 5, n. 1, p. 3-18, 1988.

MANAUS. Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria Municipal de Educação. Ampliação da Assistência em Saúde Bucal no Município de Manaus. 2008.

MASALU, J.R.; ASTROM, A.N. Applicability of an abbreviated version of the oral impacts on daily performances (OIDP) scale for use among Tanzanian students. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. v. 31, p. 7-14, 2003.

MICHEL-CROSATO, E.; BIAZEVIC, M.G.H.; CROSATO, E. Relationship between dental fluorosis and quality of life: a population based study. *Brazilian Oral Research*. v. 19, n. 2, p. 150-155, 2005.

MTAYA, M.; ASTROM, A.N.; TSAKOS, G. Applicability of an abbreviated version of the Child-OIDP inventory among primary schoolchildren in Tanzania. *Health and Quality of Life Outcomes*. v. 5, p.40, 2007.

NAITO, M. *et al.* Development of a Japanese version of the Oral Impacts on Daily Performance (OIDP) scale: a pilot study. *Journal of Oral Science*. v. 49, n. 4, p. 259-264, 2007.

PAHEL, B.T.; ROZIER, R.Z., SLADE, G. Parental perceptions of children's oral health: The Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). *Health and Quality of life outcomes*. v. 5, p. 6, 2007.

RAMOS-JORGE, M.L. *et al.* The impact of treatment of dental trauma on the quality of life of adolescents - a case-control study in southern Brazil. *Dental Traumatology*. v. 23, p. 114-119, 2007.

RONCALLI, A.G.; LIMA, K.C. Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 11, n. 3, p.713-724, 2006.

SHEIHAM, A. *et al.* The relationship among dental status, nutrient intake, and nutritional status in older people. *Journal Dental Research*. v. 80, p. 408-413, 2001.

SLADE, D.G.; SPENCER, A.J. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dental Health*. v. 11, p. 3-11, 1994.

SRISILAPANAN, P.; SHEIHAM, A. The prevalence of dental impacts on daily performances in older people in Northern Thailand. *Gerodontology*. v. 18, n. 2, p. 102-108, 2001.

TSAKOS, G. *et al.* Comparison of the self-administered and interviewer-administered modes of the child-OIDP. *Health and Quality of Life Outcomes*, v. 6, n.40, 2008.

TUBERT-JEANNIN, S. *et al.* Validation of a French version of the Child-OIDP index. *European Journal of Oral Sciences*. v. 113, p. 355-362, 2005.

World Health Organization. *Oral health surveys: basic methods*. 4 ed. Geneva: ORH/EPID, 1997.

YUSUF, H. *et al.* Validation of an English version of the Child-OIDP index, an oral health-related quality of life measure for children. *Health and Quality of Life Outcomes*. v. 4, p. 38, 2006.

ANEXO I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, pai, mãe,
responsável de _____

_____ autorizo e concordo com a participação de meu filho (a) na pesquisa **A relação entre Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família e o impacto de problemas bucais nas atividades diárias em adolescentes** que será realizada sob responsabilidade do cirurgião-dentista **Jefferson Calixto Carvalho** do curso de mestrado da Universidade Federal do Amazonas / Fundação Oswaldo Cruz / Universidade Federal do Pará. Esta pesquisa tem a justificativa de conferir qual a interferência dos problemas de saúde bucal nas atividades cotidianas e esclarecer a ligação da mesma com prejuízos individuais e sociais, bem como conhecer a quantidade de pessoas que sofrem de dor dental dentre os adolescentes moradores na área atendida pela Unidade Básica de Saúde L-27 do Programa Saúde da Família no bairro Coroado III, Manaus.

Também estou sendo informado(a) de que para essa pesquisa, é necessária a realização de um exame odontológico e também que se responda um questionário. Esse exame é simples, rápido e fácil de fazer. Não causa dor ou desconforto.

Tenho pleno direito de não responder a qualquer pergunta que me for feita pelo pesquisador e de meu filho(a) não ser examinado(a), de acordo com o meu desejo pessoal, sendo que essa atitude não me trará nenhum prejuízo ou represália. Sei também que posso me comunicar, em qualquer momento, diretamente com o pesquisador que é o responsável pela pesquisa, para esclarecimento das dúvidas pelos telefones 3877-0306 / 8149-7148.

Tenho a garantia de que todas as informações por mim fornecidas, bem como meu nome, permanecerão em sigilo e não serão divulgados; as informações serão utilizadas

somente para fins da pesquisa. Além disso, se necessário, tenho a garantia de agendamento de meu filho(a) para tratamento odontológico prestado na Policlínica Municipal Enfermeira Ivone Lima dos Santos.

Manaus, ____ de _____ de 2008.

Assinatura da mãe, pai ou responsável

Assinatura do pesquisador

QUESTIONÁRIO PARA AS MÃES

1. Qual a sua série escolar do seu filho(a)? ____ ano do Ensino Fundamental
____ ano do Ensino Médio
2. Rua e número da sua casa: _____
3. Qual seu telefone? _____
4. Quantas pessoas moram na sua casa?
5. Quantos filhos você tem?
6. Cidade e Estado onde a senhora nasceu: _____
7. A senhora lê e escreve?
1. Sim 2. Não
8. Qual a última série que a senhora cursou com aprovação?
1. Não sei Série
2. Ensino Fundamental
3. Ensino Médio
4. Superior
9. A senhora mora com o pai da criança?
1. Sim 2. Não

10. O pai do (a) aluno(a) lê e escreve?
1. Sim 2. Não

11. Qual a última série que o pai do(a) aluno(a) cursou com aprovação?

1. Não sei
2. Ensino Fundamental Série
3. Ensino Médio
4. Superior

12. A família recebe algum benefício social tipo bolsa-família, bolsa-escola?
1. Sim 2. Não

13. Renda familiar mensal dos moradores do domicílio em salários-mínimos

1. < 1 2. 1 a 3 3. 4 a 6 4. > 6

14. Quantos anos você tinha quando seu filho(a) nasceu?

15. Seu filho(a) já foi ao dentista?
1. sim 2. não 3. não sei

16. Você se lembra com que idade seu filho(a) comeu ou bebeu **pela primeira vez** algum alimento que tivesse açúcar (Por exemplo: mamadeira adoçada, suco adoçado, biscoito doce)?

1. sim. Ele(a) tinha _____ 2. não sei/não me lembro

Obrigado pela colaboração!

ANEXO II

FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

Número do consentimento: _____

01. Data da entrevista: ____/____/____

02. Qual o seu nome? _____

03. Qual o nome de seu colégio? _____

04. Qual a sua série escolar? ____ ano do Ensino Fundamental
____ ano do Ensino Médio

05. Qual a sua idade? (em anos completos)

06. Sexo 1. Masculino 2. Feminino

07. Qual a cor da sua pele?

1. Branca	2. Negra	3. Amarela Oriental	4. Parda Mulata Morena Cabocla	5. Indígena	6. Ignorada
-----------	----------	------------------------	---	-------------	-------------

08. Quantas pessoas moram na sua casa?

09. Quantos quartos e salas têm na sua casa?

10. Cidade e Estado onde nasceu: _____

11. Quantas vezes por dia você geralmente limpa seus dentes?

12. Você costuma comer alguma coisa imediatamente antes de dormir?

1. Sim, sempre 2. Sim, às vezes 3. Não

13. Quando você come alguma coisa imediatamente antes de dormir, você costuma escovar seus dentes depois que come?

1. Sim, sempre 2. Sim, às vezes 3. Não

14. Você já foi ao dentista?

1. sim 2. não (Ir para próxima folha)

15. Qual foi a última vez que você foi ao dentista?

1. em tratamento no momento
3. entre 7 meses e 1 ano
5. há mais de 2 anos2. há menos de 6 meses
4. mais de 1 ano até 2 anos
6. não sei/não me lembro

16. Você sentiu dor de dente nos últimos 3 meses?

1. sim

2. não

1ª AVALIAÇÃO DE DOR

Instruções: “*Você deverá mostrar o quanto SENTIU DE DOR EM SEU(S) DENTE(S) NOS ÚLTIMOS 3 MESES*”.

Você deverá pintar os desenhos seguindo o exemplo abaixo.

- Se não **DÓI (DOEM) NADA**, deixe em **BRANCO**. 

- Se **DÓI (DOEM) SÓ UM POUQUINHO**, pinte **UMA PARTE**. 

- Se vai **DÓI (DOEM) MAIS OU MENOS**, pinte **DUAS PARTES**. 

- Se vai **DÓI (DOEM) MUITO**, pinte **TRÊS PARTES**. 

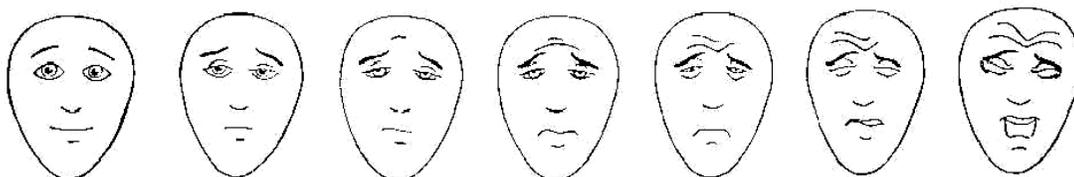
- Se vai **DÓI (DOEM) DEMAIS**, pinte **TODAS AS PARTES**. 

Agora, faça você mesmo:



2ª AVALIAÇÃO DE DOR

Marque com um “X” a face que melhor representa a dor que você sente em seu(s) dente(s):



Rua onde mora: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Sexo: () masculino () feminino

1ª Etapa: Nos últimos três meses, desde _____, você teve algum problema na sua boca ou nos seus dentes?

Marque com um X o(s) problema(s) que você tem ou teve nos últimos 3 meses.

- () Dor de dente
- () Dentes sensíveis (quando come ou bebe: doces, alimentos quentes como leite ou café e gelados como sorvete)
- () Cárie ou buraco no dente
- () Dente de leite mole
- () Espaço entre os dentes (porque um dente permanente, novo ou definitivo, não nasceu)
- () Dente permanente (novo ou definitivo) quebrado
- () Cor do dente (ex. mais amarelado, escuro ou manchado)
- () Forma ou tamanho do dente (ex. dente com forma ou tamanho anormal, maior ou menor que os outros)
- () Posição do dente (ex. dentes encavalados, trepados, tortos, para fora ou separados)
- () Sangramento na gengiva (ex. quando escova os dentes)
- () Gengiva inchada (ex. inflamada, ou mais avermelhada)
- () Tártaro
- () Feridas na boca
- () Mau hálito (bafo)
- () Boca ou rosto deformados (ex. lábio leporino, fenda palatina)
- () Dente permanente (novo ou definitivo) nascendo
- () Dente permanente (novo ou definitivo) perdido, faltando ou arrancado
- () Outros Quais? _____

17. Você sentiu dor de dente nos últimos 6 meses?

1. sim

2. não

AVALIAÇÃO DE DOR

Instruções: “*Você deverá mostrar o quanto SENTIU DE DOR EM SEU(S) DENTE(S) NOS ÚLTIMOS 6 MESES*”.

Você deverá pintar os desenhos seguindo o exemplo abaixo.

- Se não **DÓI (DOEM) NADA**, deixe em **BRANCO**. 

- Se **DÓI (DOEM) SÓ UM POUQUINHO**, pinte **UMA PARTE**. 

- Se vai **DÓI (DOEM) MAIS OU MENOS**, pinte **DUAS PARTES**. 

- Se vai **DÓI (DOEM) MUITO**, pinte **TRÊS PARTES**. 

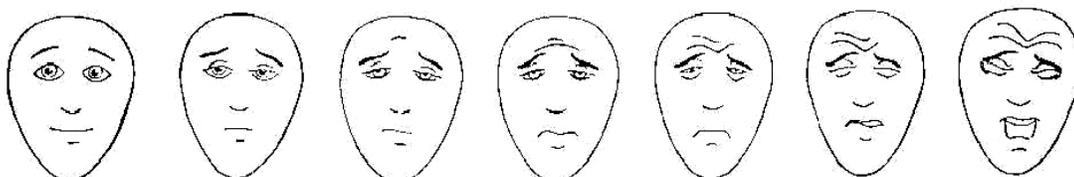
- Se vai **DÓI (DOEM) DEMAIS**, pinte **TODAS AS PARTES**. 

Agora, faça você mesmo:



2ª AVALIAÇÃO DE DOR

Marque com um “X” a face que melhor representa a dor que você sente em seu(s) dente(s):



Número do consentimento: _____ Data da aplicação: ____ / ____ / ____

Formulário de Registro OIDP-Infantil

Atividades	a)Gravidade	b)Frequência		c)Problema(s)
		b1	b2	
1. Comer (ex. refeição, sorvete)				
2. Falar claramente				
3. Limpar a boca (ex. escovar os dentes e bochechar)				
4. Dormir				
5. Manter o seu estado emocional (humor) sem se irritar ou estressar				
6. Sorrir, rir e mostrar os dentes sem sentir vergonha				
7. Fazer as tarefas da escola (ex. ir à escola, aprender em sala de aula, fazer o dever de casa)				
8. Ter contato com as pessoas (ex. sair com amigos, ir à casa de um amigo)				

ANEXO III

Autorização da unidade de ensino

Senhor (a) Diretor (a),

Estaremos realizando uma pesquisa sobre o tema “A relação entre Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família e o impacto de problemas bucais nas atividades diárias em adolescentes”. Nessa investigação científica, serão examinados os dentes dos alunos dessa faixa etária. O exame é uma observação da boca, feita na própria escola com toda técnica, segurança e higiene, conforme normas da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde. Não representa riscos nem desconforto para quem será examinado. Os dados individuais não serão divulgados em nenhuma hipótese, mas os resultados da pesquisa ajudarão muito a conhecer e melhorar a saúde bucal de todos.

Informamos que a unidade de ensino sob sua direção foi escolhida por ter alunos da área de abrangência da UBS L27, no bairro Coroado, matriculados nessa instituição. A partir do cadastro dos matriculados, os adolescentes que residirem nessa área de abrangência comporão a amostra do estudo. Por isso, solicitamos **sua compreensão e colaboração, autorizando no quadro abaixo**, a participação do estabelecimento na pesquisa.

Asseguramos que a participação dos alunos selecionados somente ocorrerá mediante prévia autorização dos pais ou responsáveis sendo decorrente de livre decisão após receber as informações necessárias.

Na possibilidade da participação ser autorizada, para que o processo de seleção dos adolescentes seja efetuado com segurança e fidelidade, solicitamos sua colaboração, fornecendo a **relação das classes contendo o nome completo dos alunos de 12 a 14 anos de idade e seu endereço**.

Esclarecimentos adicionais sobre o trabalho podem ser obtidos com o pesquisador Jefferson Calixto Carvalho, ou pelo telefone 8149-7148.

Esperando contar com seu apoio, desde já agradecemos em nome de todos os que se empenham para melhorar a saúde em nosso Município.

Atenciosamente,

Prof. Dra. Maria Augusta Bessa Rebelo – orientadora

Prof. Dr.º Mario Vianna Vettore – co-orientador

Jefferson Calixto Carvalho – mestrando

AUTORIZAÇÃO

Após ter sido informado sobre as características da pesquisa “A relação entre Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família e o impacto de problemas bucais nas atividades diárias em adolescentes”. **CONCORDO** com a participação da:

Unidade de ensino: _____

Em ____ de _____ de 20__.

Nome do Diretor Responsável

Assinatura do Diretor Responsável

