

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO – UFRJ
Faculdade de Odontologia
Departamento de Odontopediatria

MARINA FERREIRA DE LIMA NAVES

AVALIAÇÃO DA PREVALÊNCIA E IMPACTO DA MALOCLUSÃO
NA QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES DE
RIO DAS OSTRAS- RJ

RIO DE JANEIRO

2017

Marina Ferreira de Lima Naves

AVALIAÇÃO DA PREVALÊNCIA E IMPACTO DA MALOCLUSÃO NA
QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES DE RIO DAS
OSTRAS- RJ

Dissertação submetida ao corpo docente da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro–UFRJ, como parte dos requisitos para obtenção do Título de Mestre em Odontologia (Clínica Odontológica).

Orientadores: Prof. Dr. Marcelo de Castro Costa
Profa. Christiane Vasconcellos Cruz

Rio de Janeiro
2017

FICHA CATALOGRÁFICA

Naves, Marina Ferreira de Lima

AVALIAÇÃO DA PREVALÊNCIA DE MALOCLUSÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES DE RIO DAS OSTRAS- RJ.

Rio de Janeiro: UFRJ/Faculdade de Odontologia, 2017.

xxxx, 00f.

Tese: Mestrado em Odontologia (Clínica Odontológica) –

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Odontologia, 2017.

1 Maloclusão

2 Perfil Econômico

3 Qualidade de Vida

4 Teses

I Título

II Dissertação (Mestrado - UFRJ/Faculdade de Odontologia)

Marina Ferreira de Lima Naves

AVALIAÇÃO DA PREVALÊNCIA E IMPACTO DA MALOCLUSÃO NA
QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES DE RIO DAS
OSTRAS- RJ

Dissertação submetida ao corpo docente da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro –UFRJ, como parte dos requisitos para obtenção do Título de Mestre em Odontologia (Clínica Odontológica).

Aprovada em

Prof. Dr. Marcelo de Costa Castro

Prof^a Dr^a. Luise Gomes da Motta

Prof^a Dr^a. Aline de Almeida Neves

DEDICATÓRIA

Aos meus queridos pais, Alexandre Naves e Sônia Naves, por todo amor, carinho, suporte e incentivo na vida e por acreditar que todo sonho seria possível. As minhas irmãs, Cecília e Letícia que sempre estiveram comigo nessa linda jornada.

Ao meu esposo e eterno amigo Henrique Assumpção por todo amor e carinho, incentivo, colaboração, paciência e compreensão. E por acreditar no meu potencial e sempre me incentivar a buscar mais e mais conhecimento.

Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Marcelo de Costa Castro pela oportunidade de ser sua orientanda e por toda sua contribuição neste trabalho.

À aluna de doutorado e minha querida orientadora Christiane Vasconcelos Cruz por todo o carinho, disponibilidade e suporte para que esse trabalho pudesse ser realizado.

À Professora Kátia Regina Hostílio Cervantes e demais professores do Mestrado Profissional em Clínica Odontológica da UFRJ (Bruno Benevenuto, Gisele Damiana, Gloria Castro, Jonatas Esteves, Lucianne Cople Maia, Marcelo Costa, Mario Romañach, Maria Cynésia Torres, Michelle Agostini, Maria Elisa Rangel, Patricia Risso, Rafael Andreiuolo, Sandra Torres e Ronir Raggio Luiz), pelo carinho dedicado à todos os alunos e conhecimento compartilhado.

Ao Professor Dr. Paulo Vinícius Soares da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia que me apresentou a iniciação científica e o gosto pela pesquisa.

Aos amigos do Núcleo de Pesquisa, Ensino e Extensão em Lesões Cervicais não-cariosas e Hipersensibilidade Dentinária da FOUFU, em especial aos amigos e incentivadores Alexandre Coelho Machado, Fabrícia Araújo e Bruno Reis.

Aos meus colegas de turma do Mestrado, em especial à minha companheira de viagem e hotel, Amanda Vervloet, obrigada querida amiga por esses dois anos de companheirismo, amizade e alegria. E aos amigos que o mestrado me concedeu Paulini Malfei e Vítor Augusto que foram minha

motivação e exemplo. Sem dúvidas essa jornada foi mais leve com vocês ao meu lado.

As minhas sócias da Inovare Odontologia Integrada, Dra. Mayla Menegatto e Dra Samanta Fiuza pela compreensão da minha ausência, motivação e companheirismo. A minha secretária Iara Batista por conseguir administrar a agenda e atender de forma louvável todos os voluntários. Aos amigos da CITO e em especial ao Dr. Daniel Camacho e Dra. Leandra Ullmann por compartilhar com todos os seu pacientes a realização da pesquisa e contribuir para a mesma.

À minha família e amigos que sempre me impulsionam a crescer profissionalmente e na vida e acreditaram que tudo seria possível. Vocês são essenciais!

A todos os pacientes que possibilitaram que este estudo fosse realizado.

RESUMO

Impacto da maloclusão na qualidade de vida de crianças e adolescentes

Naves M¹, Cruz CV², Costa MC³

Objetivos: Este estudo objetivou avaliar a prevalência da maloclusão, sua influência na qualidade de vida e sua relação com o perfil econômico, experiência de cárie e dimorfismo sexual em crianças e adolescentes com idades entre 8 e 14 anos, provenientes de escolas públicas e privadas da cidade de Rio das Ostras- RJ, através do Dental Aesthetic Index (DAI). A amostra final foi de 144 escolares que foram avaliados com relação aos dados sócio-demográficos, índice de cárie em dentes permanentes CPO-D, nível econômico e aplicação do questionário sobre qualidade de vida: COHQoL (CPQ8-10 e CPQ11-14). **Resultados:** A média de idade das crianças (n=144) foi de 10,87 (dp=2,2) anos, sendo a maior parte dos indivíduos pertencentes ao gênero feminino (51,7%), que apresentaram índices de maloclusão maiores quando comparados ao gênero masculino. O CPOD não foi significativo entre os grupos caso e controle. Com relação à classificação da relação de molar segundo Angle, verificou-se indivíduos Classe I: 74,5% (n=108), Classe II: 16,6% (n= 24), Classe III: 8,3% (n=12). E sobre a etnia da amostra: caucasianos: 59,3% (n=86): negros: 40% (n=58). Quanto à categorização por condição econômica da amostra, verificou-se que 27,6% (n=40) das crianças pertenciam ao nível econômico B1, representando a maior parte dos indivíduos estudados, seguido do nível econômico B2 (26,2% n=38), C1 (24,1% n=35), A2 (12,4% n=18), C2 (7,6% n=11) e A1 (1,4% n=2). **Conclusão:** Concluiu-se que a amostra estudada apresentou alta prevalência de maloclusão, representando um impacto negativo na qualidade de vida de crianças e adolescentes, principalmente nos domínios da vida, limitações funcionais e bem estar social. Não houve dimorfismo sexual na amostra estudada

Palavras-chaves: Maloclusão, qualidade de vida, perfil econômico

ABSTRACT

Impact of malocclusion on the quality of life of children and adolescents

Naves M¹, Cruz CV², Costa MC³

Objectives: This study aimed to evaluate the prevalence of malocclusion, its influence on the quality of life and its relationship with the economic profile, caries experience and sexual dimorphism in children and adolescents aged 8 to 14 years from public and private schools of City of Rio das Ostras - RJ, through the Dental Aesthetic Index (DAI). The final sample was of 144 students who were evaluated in relation to socio-demographic data, caries index in CPO-D permanent teeth, economic level and application of the questionnaire on quality of life: COHQoL (CPQ8-10 and CPQ11-14). **RESULTS:** The mean age of children (n = 144) was 10.87 (SD = 2.2) years with the majority of the individuals belonging to the female gender (51.7%), which presented higher rates of malocclusion when compared to the male gender. The DMFT was not significant between the case and control groups. Class I: 74.5% (n = 108), Class II: 16.6% (n = 24), Class III: 8.3% (n = 12). And about the ethnicity of the sample: caucasian: 59.3% (n = 86); black: 40% (n = 58). Regarding the categorization by economic condition of the sample, it was verified that 27.6% (n = 40) of the children belonged to the economic level B1, representing the majority of the individuals studied, followed by the economic level B2 (26.2% n = 38), C1 (24.1% n = 35), A2 (12.4% n = 18), C2 (7.6% n = 11) and A1 (1.4% n = 2). **Conclusion:** It was concluded that the sample studied presented a high prevalence of malocclusion, representing a negative impact on the quality of life of children and adolescents, mainly in life domains, functional limitations and social well-being. There was no sexual dimorphism in the sample studied

Key-words: Malocclusion, quality of life, economic profile

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Sonda Who OMS (OMS, 1997)

Figura 2: Medição do diastema incisal em milímetros.

Figura 3: Medição do desalinhamento anterior com a sonda CPI.

Figura 4: Medição do overjet maxilar e mandibular anterior com a sonda CPI.

Figura 5: Medição da mordida aberta vertical anterior com a sonda CPI.

Figura 6: Avaliação da relação molar ântero-posterior.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Escores do DAI

Tabela 2. Caracterização da população estudada

Tabela 3. Avaliação da qualidade de vida entre os indivíduos estudados no CPQ8-10

Tabela 4. Avaliação da qualidade de vida entre os indivíduos estudados no CPQ11-14

Tabela 5. Avaliação da correlação entre as variáveis estudadas

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

IESC	Instituto de Estudos de Saúde Coletiva
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
TALE	Termo de Assentimento Livre Esclarecido
ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas
DAI	Dental Aesthetic Index
CPOD	Índice de dentes cariados, perdidos ou obturados
OMS	Organização Mundial de Saúde
CCEB	Critério de Classificação Econômica Brasil
ICON	Index of Complexity, Outcome and Need
IOTN	Index of Orthodontic Treatment Need.
DHC	Dental Health Component)
SO CPQ	Sintomas Oraís
LF CPQ	Limites Funcionais
BEE CPQ	Bem Estar Emocional
BES CPQ	Bem Estar Social

Sumário

1. INTRODUÇÃO.....	12
2. PROPOSIÇÃO.....	13
3. DELINEAMENTO DA PESQUISA	13
3.1 Seleção da Amostra	14
3.2 Mensuração da maloclusão	15
3.3 Critério de Classificação econômica.....	19
3.4 Questionários de qualidade de vida	20
3.5 Análise Estatística	21
4. DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA	22
4.1 ARTIGO	22
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
6. REFERÊNCIAS	34
7. ANEXOS.....	37

1. INTRODUÇÃO

A malocclusão tem uma etiologia multifatorial que engloba fatores congênitos, hereditários ou de ordem local e ambiental. (ALMEIDA, 2002) Normalmente elas se desenvolvem devido a problemas de desequilíbrio de forças presentes na cavidade oral, como por exemplo a força exercida pelos lábios e bochechas em oposição aquela exercida pela língua.(THUER, 1986; MEW, 2004; PROFFIT, 1978). É um dos problemas de saúde bucal de maior ocorrência no mundo, sendo superada apenas pela cárie dental e doença periodontal (WHO, 2003), e, devido à sua alta prevalência, é considerada um problema de saúde pública (ALMEIDA, 2010).

Muitas são as alterações resultantes da malocclusão. Podem-se citar alterações funcionais na cavidade bucal, com prejuízo estético e consequentes distúrbios psicossociais, o que pode afetar a qualidade de vida dos indivíduos. Deste modo, fazem-se necessários instrumentos que avaliem medidas de qualidade de vida em odontologia, ressaltando-se a importância de reconhecer as medidas centradas no paciente, com o intuito de capturar os impactos das condições orais na vida dessas pessoas (BENSON, 2010). Várias medidas de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal têm sido desenvolvidas, porém a que melhor avalia o impacto das condições bucais e orofaciais na função, emoção e bem-estar social de crianças com idades entre 6 a 14 anos é o Child Oral Health Quality of Life Questionnaire (COHQoL) (JOKOVIC, 2004).

A mensuração do grau de malocclusão é importante para avaliar o seu impacto na qualidade de vida dos pacientes. Neste contexto, foi desenvolvido

um índice internacional para identificar características oclusais e estéticas dos pacientes, o Dental Aesthetic Index (DAI). O DAI liga matematicamente componente clínico e estético da oclusão para produzir uma pontuação única e seu escore está fortemente associado com a percepção sobre a necessidade de tratamento ortodôntico (HAMANCI, 2009).

2. PROPOSIÇÃO

Avaliar a prevalência da maloclusão, sua influência na qualidade de vida e sua relação com o perfil econômico, experiência de cárie e dimorfismo sexual em crianças e adolescentes com idades entre 8 e 14 anos, provenientes de escolas públicas e privadas da cidade de Rio das Ostras- RJ.

3. DELINEAMENTO DA PESQUISA

O presente estudo foi do tipo observacional transversal, em uma amostra de escolares. Todas as crianças e seus responsáveis que optaram por sua livre participação no estudo assinaram o Termo de Assentimento e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 6 e 7), respectivamente, após a exposição dos objetivos da pesquisa e de como esta seria realizada. Previamente à realização deste trabalho, esse projeto obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (IESC N° 91/2011) (Anexo 1).

Para avaliação da confiabilidade, foi realizada uma calibração inter-examinador (examinador e padrão ouro) e intra-examinador pelo índice Kappa. O examinador MN (Marina Naves) e o padrão ouro CVC (Chistiane Vasconcelos Cruz) analisaram 20 modelos de gesso de indivíduos não incluídos na amostra,

através dos critérios do DAI (inspeção visual e mensuração) para avaliação de maloclusão. Após o intervalo de 15 dias, os 20 modelos de gesso foram reavaliados.

3.1 Seleção da Amostra

A seleção da amostra foi realizada de forma aleatória, em duas etapas. Na primeira etapa, foram avaliados os principais municípios no estado do Rio de Janeiro e, a partir disso, foi realizada uma amostra de conveniência para verificar qual seria a cidade onde a pesquisa seria realizada. Num segundo momento, na cidade de eleição foram pesquisadas as principais escolas públicas e privadas da região. Em posse desta informação, um sorteio foi realizado e foram selecionadas quatro instituições públicas (Escola Municipal Nadir da Silva Salvador; Escola Municipal Rosângela Duarte, Escola Municipal Professora América Abdala e Escola Municipal Ary Gomes de Marins) e privadas (Centro Educacional Toledo, RH positivo Centro Educacional, Núcleo de Educação Infantil Estrela do Saber e Colégio Casulo) de ensino. Além disso, a pesquisa também foi realizada na Inovare Odontologia Integrada (Consultório odontológico de Marina Naves - MN).

A amostra inicial foi formada por 230 crianças e adolescentes no período de março a dezembro de 2016. Foram incluídos indivíduos acima de 8 anos de idade. Os critérios de exclusão foram crianças e adolescentes portadores de alterações sistêmicas e/ou cognitivas, presença de tratamento ortodôntico interceptativo ou corretivo, ausência de incisivos e primeiros molares permanentes

e história prévia de traumatismo dento-alveolar. A amostra final foi constituída por 144 escolares com idade entre 8 e 14 anos e esses indivíduos foram submetidos ao exame clínico (através de um kit com bandeja e espelho clínico, sob luz natural) para a aplicação dos critérios do DAI, ao preenchimento de ficha clínica (Anexo 2) constituída de perguntas abertas e fechadas para a identificação do paciente, dados sócio-demográficos, índice de cárie em dentes permanentes CPO-D (C=cariado; P=perdido; O=obturado) (OMS, 1997), nível econômico e à aplicação do questionário COHQoL (CPQ8-10 e CPQ11-14). (Anexo 4 e 5). Todos os integrantes da pesquisa foram referenciados ao consultório particular de MN para a realização de terapêutica básica e aplicação tópica de flúor.

3.2 Mensuração da maloclusão

Para avaliar o grau de severidade da maloclusão, utilizou-se o índice DAI. A mensuração do DAI quantifica a maloclusão em ausente ou leve, definida, severa e muito severa. Para sua aplicação, utilizou-se a sonda Who OMS (OMS, 1997) (Figura 1). Os critérios de observação do índice DAI são ausência de incisivos, caninos e pré-molares superiores e inferiores, presença de espaçamentos e de apinhamentos nos segmentos anteriores superiores e inferiores, diastemas (Figura 1), desalinhamento mandibular e maxilar anterior (Figura 2), overjet maxilar e mandibular anterior (Figura 4), mordida vertical aberta anterior (Figura 5) e relação molar anteroposterior (Figura 6). Após a avaliação dos critérios supracitados, obtém-se quatro possibilidades de desfecho: ausência de anormalidade ou maloclusões leves, cujo tratamento ortodôntico é desnecessário ($DAI \leq 25$), presença de maloclusão definida, cujo

tratamento é eletivo (DAI = 26-30), maloclusão severa, cujo tratamento é altamente desejável (DAI = 31 a 35) e maloclusão muito severa ou incapacitante, cujo tratamento ortodôntico é fundamental (DAI \geq 36). Os indivíduos com o DAI \leq 25 pontos ou com o DAI entre 26 e 30 pontos foram alocados no grupo sem maloclusão (grupo controle) e os indivíduos com o DAI $>$ 31 foram alocados no grupo de portadores de maloclusão (grupo caso) (Tabela 1). Após a mensuração do índice DAI e classificação do paciente em grupo caso ou controle, foi avaliado o nível econômico da população estudada, através do Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB).

Figura 1: Sonda Who OMS (OMS, 1997)

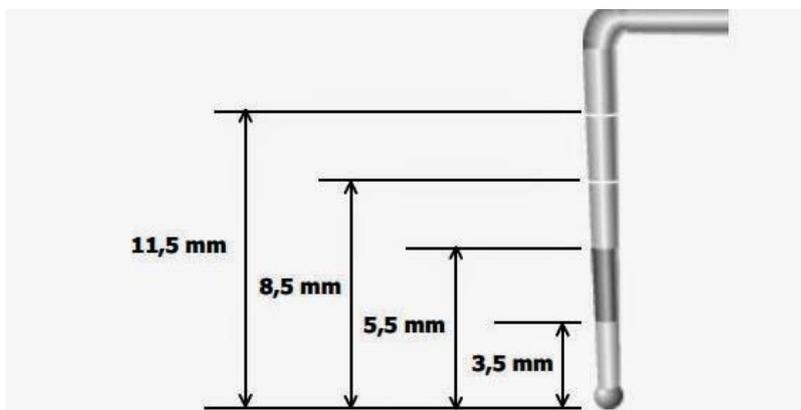


Figura 2: Medição do diastema incisal em milímetros.

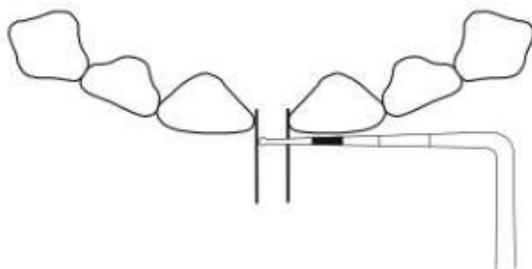


Figura 3: Medição do desalinhamento anterior com a sonda CPI.

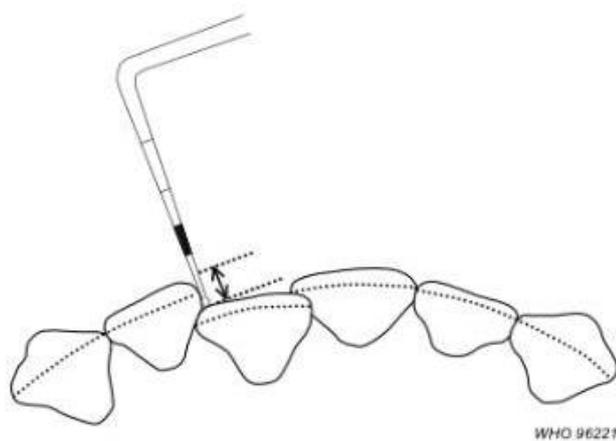


Figura 4: Medição do overjet maxilar e mandibular anterior com a sonda CPI.

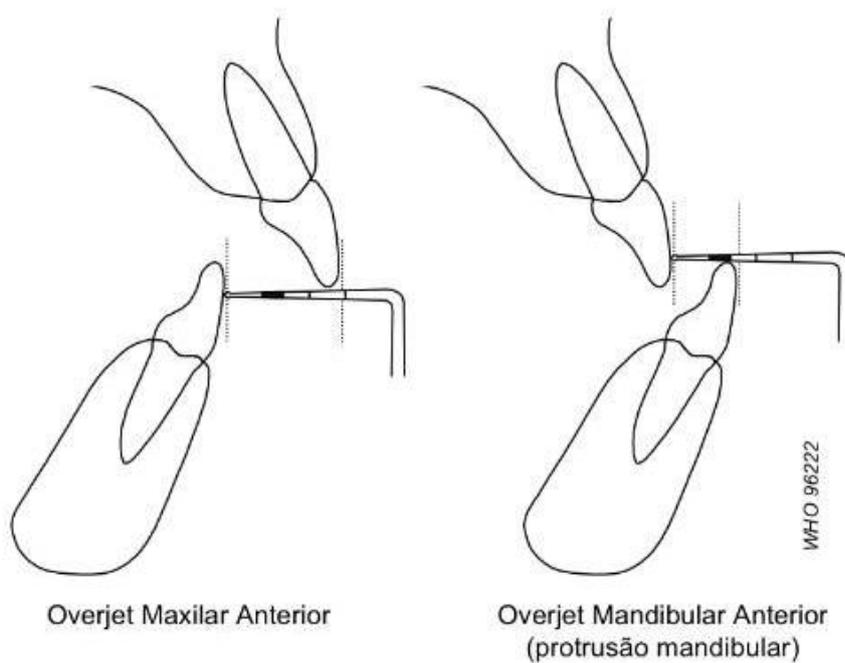


Figura 5: Medição da mordida aberta vertical anterior com a sonda CPI.

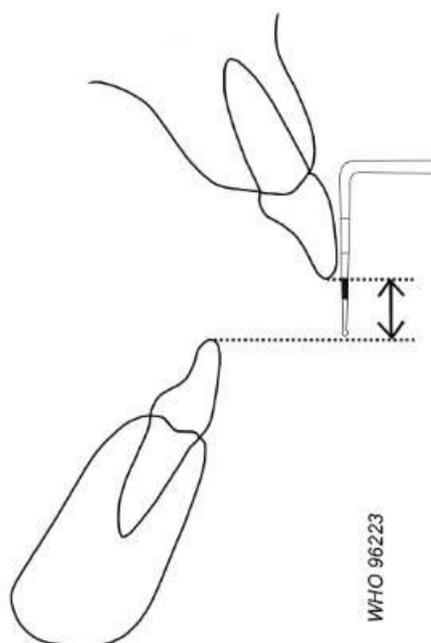


Figura 6: Avaliação da relação molar ântero-posterior.

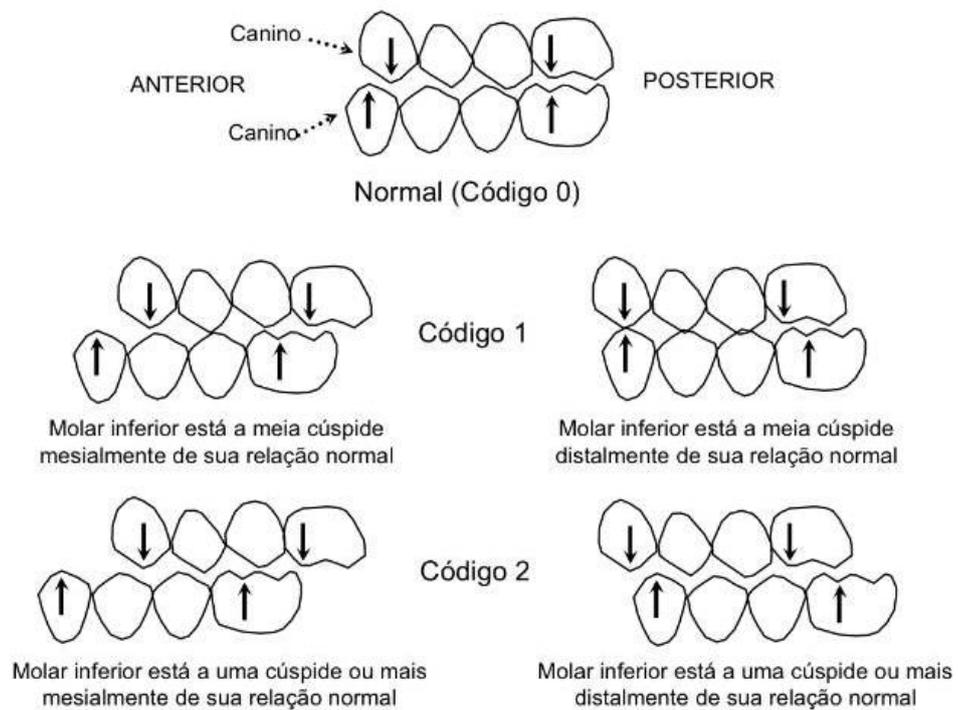


Tabela 1. Escores do DAI

Escores do DAI	-Níveis de severidade -Necessidade de tratamento ortodôntico
Grau 1: <25	- Oclusão normal - Nenhuma ou pequena necessidade de tratamento
Grau 2: 26 – 30	- Maloclusão definida - Necessidade eletiva de tratamento
Grau 3: 31 – 35	- Maloclusão severa - Necessidade eletiva de tratamento
Grau 4: > 36	- Maloclusão severa ou deformadora - Necessidade obrigatória de tratamento

3.3 Critério de classificação econômica

O CCEB classifica a população em classes econômicas através do somatório do sistema de pontos, divididos em: posse de itens (televisão a cores, rádio, banheiro, automóvel, empregada mensalista, máquina de lavar, videocassete e/ou DVD, geladeira e freezer) e grau de instrução do chefe da família. O resultado de acordo com o somatório de pontos resulta nas seguintes classificações econômicas: A1 (42 – 46), A2 (35 – 41), B1 (29 – 34), B2 (23 – 28), C1 (18 – 22), C2 (14 – 17), D (8 – 13) e E (0 – 7).

3.4 Questionários de qualidade de vida

Para a avaliação da qualidade de vida foram utilizados os questionários COHQoL. Esses questionários fazem parte de um conjunto de questionários, desenvolvidos por um grupo canadense, que têm por função medir o impacto das condições bucais e orofaciais na função, emoção e bem-estar social de escolares com idades entre 8 a 14 anos (*Child Perceptions Questionnaire* - CPQ₆₋₇, CPQ₈₋₁₀ e CPQ₁₁₋₁₄), a percepção dos pais sobre a qualidade de vida relacionada à saúde bucal da criança (*Parental- Caregiver Perceptions Questionnaire* – P-CPQ) e a percepção dos pais sobre a qualidade de vida relacionada à saúde bucal da criança e de seus familiares (*Family Impact Scale* – FIS) (JOKOVIC, 2004).

Nesse estudo, foram utilizadas as versões traduzidas e validadas no Brasil do CPQ₈₋₁₀ (crianças de 8 a 10 anos) (MARTINS, 2008) e CPQ₁₁₋₁₄ (crianças de 11 a 14 anos) (TORRES, 2008). Os questionários são compostos por 26 questões fechadas, divididas em quatro domínios: sintomas orais (SO CPQ), limitações funcionais (LF CPQ), bem-estar emocional (BEE CPQ) e bem-estar social (BES CPQ). As respostas foram apresentadas em forma de múltipla escolha e receberam as seguintes pontuações para contagem dos escores: “nunca” = 0, “uma ou duas vezes” = 1, “algumas vezes” = 2, “várias vezes” = 3, “todos os dias ou quase todos os dias” = 4, “não sei” = 0, tendo como escore máximo= 104 pontos. De acordo com a soma total dos escores em cada resposta, o indivíduo teve a sua qualidade de vida quantificada com o seguinte desfecho: quanto maior a soma dos escores, mais baixa é a qualidade de vida do indivíduo.

3.5 Análise Estatística

Os dados foram tabulados e analisados estatisticamente através do Programa Statistical Package for the Social Science (SPSS) versão 20.0 para Windows. Foi realizada estatística descritiva. Para a avaliação da normalidade da amostra foi aplicado o teste Kolmogorov-Smirnoff ou Shapiro-Wilk. Para a análise de associação da intensidade entre as variáveis ordinais foi utilizado o teste de Correlação de Spearman. Os escores do CPQ₈₋₁₀ e CPQ₁₁₋₁₄ foram calculados pelo método aditivo para avaliação do impacto da qualidade em crianças e adolescentes, e comparados através do teste Mann-Whitney para verificar a diferença entre os grupos.

4. DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

4.1 ARTIGO

Impacto da maloclusão na qualidade de vida de crianças e adolescentes

Naves M¹, Cruz CV², Costa MC³

¹ Marina Ferreira de Lima Naves, Mestranda em clínica odontológica com ênfase em Odontopediatria pela Universidade Federal do Rio de Janeiro

²Christiane Vasconcellos Cruz, Doutoranda em Odontopediatria pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, Professora do curso de especialização em Odontopediatria da Faculdade São Leopoldo Mandic

³Professor Associado do departamento de Odontopediatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Autor de correspondência:

Marcelo de Castro Costa

Departamento de Odontopediatria e Ortodontia, Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, Caixa Postal 68066 Cidade Universitária – CCS, CEP: 21941-971, Rio de Janeiro, Brasil

Tel: 55-21-3938-2098; Fax: 55-21-3938-2098; email: pttpo2009@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A maloclusão corresponde a um distúrbio do crescimento e/ou desenvolvimento craniofacial (ANDREWS, 1972). É um dos problemas de saúde bucal de maior ocorrência no mundo, sendo superada apenas pela cárie dental e doença periodontal (WHO, 2003), e, devido à sua alta prevalência, é considerada um problema de saúde pública (ALMEIDA, 2010).

Como resultado da maloclusão, podem-se citar alterações funcionais na cavidade bucal, com prejuízo estético e consequentes implicações psicossociais, o que pode afetar a qualidade de vida dos indivíduos. Assim, fazem-se necessários instrumentos que avaliem medidas de qualidade de vida em odontologia, ressaltando-se a importância de reconhecer as medidas centradas no paciente, com o intuito de capturar os impactos das condições orais na vida dessas pessoas (BENSON, 2010). Várias medidas de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal têm sido desenvolvidas, porém a que melhor avalia o impacto das condições bucais e orofaciais na função, emoção e bem-estar social de crianças com idades entre 6 a 14 anos é o Child Oral Health Quality of Life Questionnaire (COHQoL) (JOKOVIC, 2004).

A mensuração do grau de maloclusão é importante para avaliar o seu impacto na qualidade de vida dos pacientes. Neste contexto, foi desenvolvido um índice internacional para identificar características oclusais e estéticas dos pacientes, o Dental Aesthetic index (DAI). O DAI liga matematicamente componente clínico e estético da oclusão para produzir uma pontuação única e seu escore está fortemente associado com a percepção sobre a necessidade de tratamento ortodôntico (HAMANCI, 2009).

Desta forma, este trabalho tem por objetivo verificar a prevalência e o impacto da maloclusão na qualidade de vida de crianças e adolescentes.

MATERIAS E MÉTODOS

O presente estudo foi do tipo observacional transversal, formado por uma amostra composta por escolares oriundos da rede pública e privada de ensino no município de Rio das Ostras, RJ. Este estudo obteve aprovação no Comitê de Ética em pesquisa do IESC nº91/2011. Todas as crianças e seus responsáveis assinaram o Termo de Assentimento e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, respectivamente, após a exposição dos objetivos da pesquisa e de como esta seria realizada.

Para avaliação da confiabilidade, foi realizada uma calibração inter-examinador (examinador e padrão ouro) e intra-examinador pelo índice Kappa. O examinador MN e o padrão ouro CVC analisaram 20 modelos de gesso de indivíduos não incluídos na amostra, através dos critérios do DAI (inspeção visual e mensuração) para avaliação de maloclusão. Após o intervalo de 15 dias, os 20 modelos de gesso foram reavaliados.

A amostra inicial foi formada por 230 crianças e adolescentes no período de março a novembro de 2016. Foram incluídos indivíduos acima de 8 anos de idade. Os critérios de exclusão foram crianças e adolescentes portadores de alterações sistêmicas e/ou cognitivas, presença de tratamento ortodôntico interceptativo ou corretivo, ausência de incisivos e primeiros molares permanentes e história prévia de traumatismo dento-alveolar. A amostra final foi constituída por 144 escolares com idade entre 8 e 14 anos e esses indivíduos foram submetidos ao exame clínico para a aplicação dos critérios do DAI, índice de cárie em dentes permanentes CPO-D (C=cariado; P=perdido; O=obturado) (OMS, 1997), nível econômico e à aplicação do questionário COHQoL (CPQ₈₋₁₀ e CPQ₁₁₋₁₄).

A mensuração do DAI foi realizada com a sonda Who OMS (OMS, 1997) Os critérios do DAI quantificam a maloclusão de acordo com o seu grau de severidade destacando quatro possibilidades de desfecho: ausência de anormalidade ou maloclusões leves, cujo tratamento ortodôntico é desnecessário (DAI ≤ 25), presença de maloclusão definida, cujo tratamento é eletivo (DAI = 26-30), maloclusão severa, cujo tratamento é altamente desejável

(DAI = 31 a 35) e maloclusão muito severa ou incapacitante, cujo tratamento ortodôntico é fundamental (DAI \geq 36). Os indivíduos com o DAI \leq 25 pontos ou com o DAI entre 26 e 30 pontos foram alocados no grupo sem maloclusão (grupo controle) e os indivíduos com o DAI $>$ 31 foram alocados no grupo de portadores de maloclusão (grupo caso). Após a mensuração do DAI e classificação do paciente em grupo caso ou controle, foi avaliado o nível econômico da população estudada, através do Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) em A1, A2, B1, B2, C1, C2, D e E..

Para a avaliação da qualidade de vida foram utilizados os questionários COHQoL. Esses questionários têm por função medir o impacto das condições bucais e orofaciais na função, emoção e bem-estar social de escolares com idades entre 8 e 14 anos (Child Perceptions Questionnaire - CPQ₈₋₁₀ e CPQ₁₁₋₁₄). Nesse estudo, foram utilizadas as versões traduzidas e validadas no Brasil do CPQ₈₋₁₀ (crianças de 8 a 10 anos) (MARTINS, 2008) e CPQ₁₁₋₁₄ (crianças de 11 a 14 anos) (TORRES, 2008). De acordo com a soma total dos escores do questionário em cada resposta, o indivíduo teve a sua qualidade de vida quantificada com o seguinte desfecho: quanto maior a soma dos escores, mais baixa é a qualidade de vida do indivíduo.

Para análise estatística, foi utilizado o Programa Statistical Package for the Social Science (SPSS) versão 20.0 para Windows. Após verificar o comportamento das variáveis (teste Kolmogorov-Smirnoff ou Shapiro-Wilk), foi utilizado o teste do Qui quadrado e/ou exato de Fisher e o teste de Correlação de Spearman. Os escores do CPQ₈₋₁₀ e CPQ₁₁₋₁₄ foram calculados pelo método aditivo para avaliação do impacto da qualidade em crianças e adolescentes, e comparados através do teste Mann-Whitney para verificar a diferença entre os grupos.

RESULTADOS

A calibração inter-examinador e intra-examinador para o índice dental estético, realizada com 20 pares de modelos de pacientes não incluídos na amostra, obteve o índice Kappa de 0,88 (IC95% 0,86-1,0) e 0,89 (IC95% 0,86-1,0), respectivamente.

A média de idade foi de 10,87 (DP= 2,22) anos, sendo a maior parte dos indivíduos pertencentes ao gênero feminino (51,7%), sendo que esses indivíduos apresentaram índices de maloclusão maiores quando comparados ao gênero masculino. A diferença do CPOD não foi estatisticamente significativa entre os grupos caso e controle (Tabela 1).

De acordo com os critérios normativos (DAI), os indivíduos portadores de maloclusão e com necessidade de tratamento ortodôntico representaram 60,5% (n=52) dos escolares, enquanto que os indivíduos não portadores de maloclusão e sem necessidade de tratamento ortodôntico representaram 39,5% (n=34) das crianças.

Quanto à categorização por condição econômica da amostra, verificou-se que 27,6% (n=40) das crianças pertenciam ao nível econômico B1, representando a maior parte dos indivíduos estudados, seguido do nível econômico B2 (26,2% n=38), C1 (24,1% n=35), A2 (12,4% n=18), C2 (7,6% n=11) e A1 (1,4% n=2). (Tabela 2).

Com relação à classificação da relação de molar segundo Angle, verificou-se indivíduos Classe I: 74,5% (n=108), Classe II: 16,6% (n= 24), Classe III: 8,3% (n=12). E sobre a etnia da amostra, caucasianos: 59,3% (n=86) e negros: 40% (n=58).

Apesar da qualidade de vida dos indivíduos portadores de maloclusão ter sido considerada pior quando comparada aos indivíduos sem maloclusão (Tabela 2), essa diferença não foi estatisticamente significativa (p= 0,287). Porém, nos domínios da vida LF CPQ e BEE CPQ a qualidade de vida foi afetada nos indivíduos portadores de maloclusão, tanto nas crianças com idades entre 8 a 10 anos quanto nas idades entre 11 a 14 anos, sendo estatisticamente

significativa ($p=0,04$ e $p=0,003$) (Tabela 3) e ($p=0,02$ e $p=0,03$) (Tabela 4). Houve uma correlação positiva entre a piora na qualidade de vida em indivíduos portadores de maloclusão ($p=0,009$) (Tabela 5).

Tabela 1. Caracterização da população estudada

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA ESTUDADA	POPULAÇÃO (N=144)	FREQUÊNCIA ABSOLUTA E RELATIVA		P VALOR*
		CASO (N=91)	CONTROLE (N=53)	
IDADE média (DP)	10,87 (2,22)	10,96(2,29)	10,74 (2,10)	0,567*
GÊNERO n(%)				
MASCULINO	69(47,6)	41(45,1)	28(52,8)	
FEMININO	75(51,7)	50(54,9)	25(47,2)	0,392
CPOD MÉDIA (DP)	1,90(2,35)	2,27(2,58)	1,32(1,83)	0,65
ETNIA				
CAUCASIANOS	86(59,3)	49(53,8)	37(69,8)	
NEGROS	58(40)	42(46,2)	16(30,2)	0,78
CCEB n(%)				
A1	2(1,4)	1(1,1)	1(1,9)	
A2	18(12,4)	10(11,0)	8(15,1)	
B1	40(27,6)	21(23,1)	19(35,8)	
B2	38(26,2)	28(30,8)	10(18,9)	
C1	35(24,1)	24(26,4)	11(20,8)	
C2	11(7,6)	7(7,7)	4(7,5)	0,458
RELAÇÃO MOLAR				
CLASSE I	108(74,5)	70(76,9)	38(71,7)	
CLASSE II	24(16,6)	14(15,4)	10(18,9)	
CLASS III	12(8,3)	7(7,7)	5(9,4)	0,786
QUALIDADE DE VIDA média (DP)	44,90(25,97)	47,58(27,54)	40,79(23,15)	0,287

Nota: Teste do Qui-quadrado, * Teste Mann-Whitney

Tabela 2. Avaliação da qualidade de vida entre os indivíduos estudados no CPQ₈₋₁₀

AMOSTRA ESTUDADA		Escore	SO CPQ	LF CPQ	BEE CPQ	BES CPQ
CASO n=34	Média	14,76	5,68	7,21	8,91	2,71
	DP*	8,23	2,682	2,226	2,927	3,746
CONTROLE n=17	Média	15,35	5,53	2,00	3,18	2,47
	DP*	9,55	3,448	2,236	3,957	2,741
	P valor	0,952	0,833	0,04	0,003	0,959

DP*: Desvio-Padrão

Tabela 3. Avaliação da qualidade de vida entre os indivíduos estudados no CPQ₁₁₋₁₄

AMOSTRA ESTUDADA		Escore	SO CPQ	LF CPQ	BEE CPQ	BES CPQ
CASO n=18	Média	11,61	4,22	8,89	6,28	2,22
	DP*	6,04	1,95	1,96	2,86	2,31
CONTROLE n=17	Média	10,82	4,47	1,65	3,0	1,71
	DP*	7,98	2,34	1,41	3,75	2,99
	P valor	0,33	0,90	0,02	0,03	0,25

DP*: Desvio-Padrão

Tabela 5. Avaliação da correlação entre as variáveis estudadas

		Escores DAI	Escore CPQ	SO CPQ	LF CPQ	BEE CPQ	BES CPQ
Escores DAI	Pearson Correlation	1	,364**	,192	,228	,166	,438**
	P valor		,009	,177	,107	,244	,001
	N	86	86	86	86	86	86
Escore CPQ	Pearson Correlation	,364**	1	,582**	,529**	,832**	,745**
	P valor	,009		,000	,000	,000	,000
	N	86	86	86	86	86	86
SO CPQ	Pearson Correlation	,192	,582**	1	,126	,400**	,076
	Sig. (2-tailed)	,177	,000		,380	,004	,597
	N	86	86	86	86	86	86
LF CPQ	Pearson Correlation	,228	,529**	,126	1	,182	,386**
	Sig. (2-tailed)	,107	,000	,380		,202	,005
	N	86	86	86	86	86	86
BEE CPQ	Pearson Correlation	,166	,832**	,400**	,182	1	,580**
	Sig. (2-tailed)	,244	,000	,004	,202		,000
	N	86	86	86	86	86	86
BES CPQ	Pearson Correlation	,438**	,745**	,076	,386**	,580**	1
	Sig. (2-tailed)	,001	,000	,597	,005	,000	
	N	86	86	86	86	86	86

**. Correlação significativa no nível de significância de 0.01 .

DISCUSSÃO

As alterações bucais raramente representam um risco de vida e seu tratamento e prevenção muitas vezes não são prioridade para políticas públicas de saúde. Assim, torna-se de grande relevância a abordagem por parte de dentistas e pesquisadores sobre a ligação entre as alterações bucais e o seu impacto na qualidade de vida dos indivíduos (CHEN e HUNTER, 1996; FEITOSA et al., 2005). Desta forma, pode fornecer aos planejadores de políticas públicas informações essenciais para que a atenção a saúde seja priorizada (BERNABÉ et al., 2007), além de promover uma melhor compreensão sobre as conseqüências da maloclusão na vida dos indivíduos.

No presente estudo, a maior parte dos indivíduos pertence ao sexo feminino (51,7%) e apresenta maior grau de maloclusão relacionado aos escores do DAI quando comparada ao gênero masculino. Porém esta relação não é encontrada em outros estudos (BERNABÉ et al, 2008 a/b) (FEU et al, 2013).

A maloclusão com necessidade de tratamento ortodôntico de acordo com o DAI foi apresentada em 60,5 %, o que vai ao encontro dos resultados de Harkness et al (2000) e Peres et al (2002). Porém, Garbin et al (2010), em seu estudo, observou que 65,26% das crianças e adolescentes estudadas apresentaram ausência de anormalidade oclusal ou uma maloclusão leve, sem necessidade de tratamento ortodôntico. Marques et al (2005) verificou em seu estudo que 62% dos participantes observados possuíam, pelo menos, um tipo de maloclusão. A grande variabilidade de resultados na ocorrência de maloclusão e de necessidade de tratamento nesses estudos deve-se, provavelmente, ao fato de apresentarem diferentes metodologias no que se refere aos índices usados na mensuração da maloclusão. Independente disso, vale ressaltar que a alta prevalência das alterações oclusais com necessidade de tratamento ortodôntico é um dado comum na literatura (ALMEIDA, 2010).

Os estudos de Petersen et al (2005) e Benzian et al (2009) revelam que a cárie dentária pode causar impacto negativo na qualidade de vida de crianças e adolescentes e das suas famílias, interferindo nas atividades diárias como frequentar a escola e manter relacionamento social. Em pesquisa realizada em

escolares com idade entre 11 e 14 anos (prevalência de cárie de 77.5% com um CPOD médio de 4,6) observou-se associação estatisticamente significativa entre o impacto na qualidade de vida e a cárie dentária ($p=0,004$). Porém no presente estudo o CPOD não foi estatisticamente significativo ($p=0,65$) entre o grupo com e sem maloclusão, não sendo portanto um fator de confundimento.

Nesse estudo a maior parte da população foi categorizada na classe B1, mas não houve diferença estatisticamente significativa entre as pessoas com má oclusão (grupo caso) e sem maloclusão (grupo controle) ($p = 0,834$). Isso configura que a classe econômica não teve relação com a maloclusão nessa pesquisa, assim como nos estudos de Feu et al (2013), Bernabé et al (2008), Stenvik et al (2007) e Esperão (2006). Uma relação é vista no âmbito de classes econômicas mais baixas e maior experiência de cárie e doença periodontal (SHAW, 1980) (LOCKER, 1988). A maloclusão pode ser atribuída a fatores genéticos, além de condições funcionais adquiridas, como dietas pastosas, respiração bucal e hábitos bucais deletérios (sucção de chupeta ou digital, onicofagia, interposição lingual). Davey-Smith (1994) afirma que indivíduos desfavorecidos socioeconomicamente têm maiores chances de desenvolver comportamentos deletérios prejudiciais a saúde.

Como limitação para este trabalho, pode-se citar o não pareamento entre os grupos caso e controle, classificados de acordo com os graus DAI, nos aspectos de idade, gênero, CPOD e classe econômica. Este fato deve-se ao curto período disponível para a realização dessa pesquisa (4 meses) no que diz respeito a obtenção de uma amostra com tamanho suficiente dentro das características do pareamento.

No presente estudo, os indivíduos com maloclusão apresentam maiores escores relacionados à qualidade de vida, o que configura uma pior qualidade de vida quando comparados aos indivíduos sem maloclusão, porém esta não foi estatisticamente significativa entre os grupos ($p=0,287$) (Tabela 1). Houve uma correlação positiva entre a maloclusão e a qualidade de vida (correlação de Pearson= $0,364$). Nesse contexto, quanto maior o grau de maloclusão mensurada pelo DAI, maior os escores obtidos com a qualidade de vida, o que configura que a qualidade de vida foi afetada em função da gravidade da

maloclusão, sendo estatisticamente significativa ($p=0,009$). Esses resultados corroboram os achados de Heravia et al (2011) e Bernabé et al (2008) nos quais a qualidade de vida foi afetada em presença de maloclusão. Em contrapartida, Taylor et al (2009) e Oliveria et al (2008) em seus estudos observaram que não houve uma relação significativa entre qualidade de vida e maloclusão. Essa divergência nos resultados dos estudos pode ser explicada por não haver uma definição única para o conceito de qualidade de vida. Além disso, pelas diferentes prevalências de maloclusão em grupos étnicos distintos.

Observou-se que nos domínios da vida LF CPQ e BEE CPQ a maloclusão afetou a qualidade de vida ($p= 0,02$ e $0,03$, respectivamente). De acordo com de Heravia et al (2011), apenas o domínio SO CPQ teve relação significativa com a qualidade de vida. Em contradição, O'Brien (2007), verificou que o impacto mais significativo da maloclusão na qualidade de vida foi psicossocial e não devido a problemas bucais ou funcionais. Vale ressaltar que a diferença no resultado destes dois estudos pode ter ocorrido como resultado destes autores utilizarem índices diferentes para a mensuração da maloclusão, Heravia et al (2001) utilizou o ICON (Index of complexity, outcome and need) e O'Brien (2007), o IOTN (Index of orthodontic treatment need).

O IOTN é um índice que classifica a maloclusão em termos de significância de vários traços oclusais para a saúde dental e o prejuízo estético percebido, incorporando um componente relacionado à saúde dental (DHC - Dental Health Component) e um componente estético (AC) que são classificados em três graus de necessidade de tratamento separadamente. O ICON baseia-se na necessidade de tratamento, a gravidade da maloclusão e o resultado do tratamento pela observação de cinco características oclusais que gera uma nota de corte que indicará a necessidade de tratamento ortodôntico (TAYLOR, 2009). Já o DAI possui dois componentes, um clínico e um estético, unidos matematicamente para produzir um único registro em que combina os aspectos físicos e estéticos da oclusão, de grande aplicabilidade clínica e em pesquisa, além de diferenciar casos com maior ou menor necessidade para tratamento dentro de níveis de severidade através de um escore único. Pode ser considerado, portanto, o índice mais completo e que apresenta as melhores características para mensurar os graus de maloclusão.(ALMEIDA, 2010)

Esse estudo é parte de um projeto maior que objetiva avaliar além da relação da maloclusão com a qualidade de vida relacionada à criança e adolescentes, a percepção dos seus responsáveis e o impacto que esta exerce na família.

CONCLUSÃO

Concluiu-se que a maloclusão apresentou impacto negativo na qualidade de vida de crianças e adolescentes, com idades entre 8 e 14 anos, principalmente nos domínios da vida, limitações funcionais e bem estar social.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

- A amostra estudada apresentou alta prevalência de maloclusão
- A maloclusão foi percebida pelas crianças e adolescentes, impactando os domínios da vida, limitação funcional e bem estar social
- A experiência de cárie não foi relacionada à maloclusão nesta pesquisa
- Não houve dimorfismo sexual na amostra estudada.

6. REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A.B. **Prevalência de má oclusão e necessidade de tratamento ortodôntico em escolares de 12 anos de idade na cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)—Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2010.
- ALMEIDA, RVD; Nogueira Filho, JJ; Jardim, MCA. **Prevalência de Maloclusão e Sua Relação com Hábitos Bucais Deletérios em Escolares**. Rev Pesq Bras Odontoped Clin Integr.2002; 2(1):43-5.
- ANDREWS LF. **The six keys to normal occlusion**. Am J Orthod.62(3):296-309, 1972.
- BENSON, P.; O'BRIEN,C.; MARSHMAN, Z.. **Agreement between mothers and children with malocclusion in rating children's oral healthrelated quality of life**. American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics, 137(5); 631-38, 2010.
- BENZIAN, H.; MONSE, B.; HEINRICH-WELTZIEN, R.; HOBDELL, M.; MULDER, J.; VAN PALENSTEIN HELDERMAN, W.. **Untreated severe dental decay: a neglected determinant of low Body Mass Index in 12-year old Filipino children**. BMC Public Health 13(11):558, 2011.
- BERNABÉ, E.; SHEIHAM, A.; OLIVEIRA, C.M.. **Condition-Specific Impacts on Quality of Life Attributed to Malocclusion by Adolescents with Normal Occlusion and Class I, II and III Malocclusion**. Angle Orthodontist 78(6):977-82, 2008.
- BERNABÉ, E.; TSAKOS, G.; OLIVEIRA, C.M.; SHEIHAM, A.. **Impacts on daily performances attributed to malocclusions using the conditionspecific feature of the oral impacts on daily performances index**. Angle Orthodontist 78:241-7, 2008.
- BERNABÉ, E.; TSAKOS, G.; SHEIHAM, A.. **Intensity and extent of oral impacts on daily performances by type of self-perceived oral problems**. Eur J Oral Sci.115:111-116, 2007.
- CHEN, M.S.; HUNTER, P.. **Oral health and quality of life in New Zealand: a social perspective**. Soc Sci Med. 43:1213-1222,1996.
- DAVEY-SMITH, G.; BLANE, D.; BARTLEY, M.. **Explanations for socioeconomic differentials in mortality: evidence from Britain and elsewhere**. Eur J Public Health 4:131–144, 1994
- ESPERÃO, P.T.. **Qualidade de vida associada à saúde bucal em pacientes ortocirúrgicos**. [Thesis] Rio de Janeiro, RJ: Rio de Janeiro State University; 2006
- FEITOSA, S.; COLARES, V.; PINKHAM, J.. **The psychosocial effects of severe caries in 4-year-old children in Recife, Pernambuco, Brazil**. Cad Saude Publica. 21:1550-1556, 2005.
- FEU, D.; MIGUEL, J.A.M.; CELESTE, R.K.; OLIVEIRA, B. H.. **Effect of orthodontic treatment on oral health–related quality of life**. Angle Orthodontist, 1-7, 2013.

- HAMANCI, N.; BAŞARAN, G.; UYSAL, E.. **Dental Aesthetic Index scores and perception of personal dental appearance among Turkish university students.** European Journal of Orthodontics 31; 168–173, 2009.
- HERAVIA, F.; FARZANEGANB, F.; TABATABAEEC, M.; SADEGHI, M.. **Do Malocclusions Affect the Oral Health-related Quality of Life?** Oral Health & Preventive Dentistry 9(3), 2011.
- JOKOVIC, A.; LOCKER, D.; TOMPSON, B.; GUYATT, G.. **Questionnaire for Measuring Oral Health-related Quality of Life in Eight- to Ten-year-old Children** Pediatr Dent. 26:512-518, 2004.
- LOCKER, D. **Measuring oral health: a conceptual framework.** Community Dent Health 5:3-18, 1988.
- MARQUES, L.S.; BARBOSA, C.C.; RAMOS-JORGE, M.L.; PORDEUS, I.A.; PAIVA, S.M.. **Malocclusion prevalence and orthodontic treatment need in 10-14-year-old school children in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil: a psychosocial focus.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(4):1099-1106, 2005.
- MARTINS, M.A.T.S.. **Confiabilidade e validade da versão brasileira do child perceptions questionnaire (CPQ 8-10).** Belo Horizonte, 2008, 70p, Tese Mestrado Odontopediatria, Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais.
- MEW JR. **The postural basis of malocclusion: a philosophical overview.** Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2004 Dec;126(6):729-38.
- O'BRIEN, C.; BENSON, P.E.; MARSHMAN, Z.. **Evaluation of a quality of life measure for children with malocclusion.** Journal of Orthodontics 34:185–193, 2007.
- OMS - World Health Organization. **Oral health surveys: basic methods.** 4th ed. Geneva; 1997.
- PERES, K.G.; TRAEBERT, E.S.A.; MARCENES, W.. **Diferenças entre autopercepção e critérios normativos na identificação das oclusopatias.** Rev Saúde Pública. 36(2):230-6, 2002.
- PETERSEN, P.E.; BOURGEOIS, D.; OGAWA, H.; ESTUPINAN-DAY, S.; NDIAYE, C.. **The global burden of oral diseases and risks to oral health.** Bull World Health Organ 83(9):661-9, 2005.
- SHAW, W.C.; ADDY, M.; RAY, C.. **Dental and social effects of malocclusion and effectiveness of orthodontic treatment: a review.** Community Dentistry and Oral Epidemiology 8:36-45, 1980.
- STENVIK, A.; ESPELAND, L.; LINGE, B.O.; LINGE, L.. **Lay attitudes to dental appearance and need for orthodontic treatment.** European Journal of Orthodontics 19: 271-7, 1997.
- TAYLOR, K.R.; KIYAK, A.; HUANG, G.J.; GREENLEE, G.M.; JOLLEY, C.J.; KING, G.J.. **Effects of malocclusions and its treatment on the quality of life of adolescents.** Am J Orthod Dentofacial Orthop 136:382-392, 2009.
- THÜER U, Ingervall B. **Pressure from the lips on the teeth and malocclusion.** m J Orthod Dentofacial Orthop. 1986 Sep;90(3):234-42.

TORRES, C. S.; PAIVA, S. M.; VALE, M.P.; PORDEUS, I. A.; RAMOS-JORGE, M.L.; OLIVEIRA, A. C.; ALLISON, P. J. **Psychometric properties of the Brazilian version of the Child Perceptions Questionnaire (CPQ11–14) – short forms.** *Health and Quality of Life Outcomes*, 7:43, 2009.

World Health Organization–WHO. ***The World Oral Health Report 2003. Continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme.*** Geneva: World Health Organization; 2003.

7. ANEXOS

APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE COLETIVA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER Nº91/2011
PROCESSO Nº16/2010

Projeto de Pesquisa: Avaliação dos determinantes de saúde bucal, socio-economicos e demográficos dos pacientes atendidos no Programa de Treinamento teórico prático em odontopediatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Pesquisador: Marcelo de Castro Costa

O Comitê de Ética em Pesquisa, tendo em vista o que dispõe a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, resolve APROVAR o presente projeto.

Informamos que o CEP está à disposição do pesquisador para quaisquer esclarecimento ou orientação que se façam necessários no decorrer da pesquisa.

Lembramos que o pesquisador deverá apresentar relatório da pesquisa no prazo de um ano a partir desta data.

Cidade Universitária, 06 de julho de 2011.

Marisa Palácios
Coordenadora CEP/IESC

FICHA CLÍNICA

FICHA DE ANAMNESE PRONTUÁRIO Nº: _____ INSTITUIÇÃO: _____
 NOME DO PACIENTE: _____ IDADE: _____
 ENDEREÇO: _____ CIDADE: _____
 ESTADO: _____ CEP: _____ TELEFONES (CONTATO): _____
 E-MAIL: _____ DATA DE NASCIMENTO: _____ GÊNERO: () FEM () MAS
 NOME DA MÃE: _____ NOME DO PAI: _____
 ÉTNIA: () CAUCASIANA () NEGRA () PARDA () OUTROS _____

CCEB:

Posse de itens

	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

Grau de Instrução do chefe de família

Nomenclatura Antiga	Nomenclatura Atual	
Analfabeto/ Primário Incompleto	Analfabeto/ Fundamental 1 Incompleto	0
Primário completo/ Ginasial Incompleto	Fundamental 1 Completo / Fundamental 2 Incompleto	1
Ginasial completo/ Colegial Incompleto	Fundamental 2 Completo/ Médio Incompleto	2
Colegial completo/ Superior Incompleto	Médio Completo/ Superior Incompleto	4
Superior completo	Superior Completo	8

CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

Classe	Pontos
A1	42 - 46
A2	35 - 41
B1	29 - 34
B2	23 - 28
C1	18 - 22
C2	14 - 17
D	8 - 13
E	0 - 7

Renda média bruta familiar no mês em R\$ por classe das 9 RM's

Classe	Renda média bruta familiar no mês em R\$
Classe A	11.017
Classe B1	4.006
Classe B2	3.118
Classe C1	1.865
Classe C2	1.277
Classe D	895

Fonte: IBGE 2012 (Inq. Mobra)

CLASSE ECONÔMICA: _____

O PACIENTE É PORTADOR DE ALGUMA SÍNDROME? () NÃO () SIM .QUAL? _____

O PACIENTE APRESENTA OU APRESENTOU ALGUMA ALTERAÇÃO SISTÊMICA? () NÃO () SIM
 QUAL? _____

VOCÊ OU ALGUÉM DA SUA FAMÍLIA TEM OU JÁ TEVE CÂNCER? () NÃO () NÃO SEI () SIM
 QUEM? _____ TIPO/REGIÃO DO CANCER: _____

CRIANÇA JÁ SOFREU TRAUMATISMO NO ROSTO? () NÃO () SIM .
 QUAL REGIÃO? _____

TIPO FACIAL: () MESOFACIAL () DOLICOFACIAL () BRAQUIFACIAL

RESPIRAÇÃO: () NASAL () BUCAL () MISTA

HÁBITOS:

() SUÇÃO DEDO () CHUPETA () LÁBIOS () INTERPOSIÇÃO DE LÍNGUA () RÓI UNHA

() DEGLUTIÇÃO ATÍPICA () BRUXISMO () OUTROS _____

TEMPO () MUITA () MÉDIO () POUCO FREQUÊNCIA () MUITA () MÉDIA () POUCA

DENTIÇÃO: () MISTA () PERMANENTE

RELAÇÃO MOLAR: () CLASSE I () CLASSE II () CLASSE III () SUBDIVISÃO DIREITA () SUBDIVISÃO ESQUERDA

RELAÇÃO CANINA: () CLASSE I () CLASSE II () CLASSE III

MORDIDA CRUZADA: () NÃO () SIM () ANTERIOR () POSTERIOR

ODONTOGRAMA

(OMS, 1999)

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37

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

CPOD: _____

Índice de Estética Dental (IED)

1. Número de dentes ausentes na arcada superior e inferior -----
2. Apinhamento anterior
(0- sem apinhamento, 1- um segmento apinhado, 2- dois segmentos apinhados)
3. Espaçamento anterior: -----
(0-sem espaçamento, 1- um segmento espaçado, 2- dois segmentos espaçados)
4. Diastema incisal em mm: -----
5. Maior irregularidade anterior superior em mm: -----
6. Maior irregularidade anterior inferior em mm: -----
7. Sobressaliência superior anterior em mm: -----
8. Sobressaliência inferior anterior em mm: -----
9. Mordida aberta anterior vertical em mm: -----
10. Relação molar antero-posterior(0- normal, 1- meia cúspide, 2- uma cúspide): -----

CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA



Alterações na aplicação do Critério Brasil, válidas a partir de 01/01/2014

A dinâmica da economia brasileira, com variações importantes nos níveis de renda e na posse de bens nos domicílios, representa um desafio importante para a estabilidade temporal dos critérios de classificação socioeconômica. Em relação ao CCEB, os usuários têm apresentado dificuldades na manutenção de amostras em painel para estudos longitudinais. As dificuldades são maiores na amostragem dos estratos de pontuação mais baixa.

A ABEP vem trabalhando intensamente na avaliação e construção de um critério que seja fruto da nova realidade do país. Porém, para que os estudos produzidos pelos usuários do Critério Brasil continuem sendo úteis ao mercado e mantenham o rigor metodológico necessário, as seguintes recomendações são propostas às empresas que tenham estudos contínuos, com amostras em painel:

- A reclassificação de domicílios entre as classe C2 e D deve respeitar uma região de tolerância de 1 ponto, conforme descrito abaixo:
 - Domicílios classificados, no momento inicial do estudo, como classe D --> são reclassificados como C2, apenas no momento em que atingirem 15 pontos;
 - Domicílios classificados, no momento inicial do estudo, como classe C2 --> são reclassificados como D, apenas no momento em que atingirem 12 pontos;
 - O momento inicial de estudos desenvolvidos a partir de amostra mestra é o da realização da amostra mestra;
 - O momento inicial de estudos desenvolvidos sem amostra mestra é o da primeira medição (onda) do estudo.

IMPORTANTE: As alterações descritas acima são apenas para os estudos que usem amostras contínuas em painéis. Estudos *ad hoc* e estudos contínuos, com amostras independentes, devem continuar a aplicar o Critério Brasil regularmente.

Outra mudança importante no CCEB é válida para todos os estudos que utilizem o Critério Brasil. As classes D e E devem ser unidas para a estimativa e construção de amostras. A justificativa para esta decisão é o tamanho reduzido da classe E, que inviabiliza a leitura de resultados obtidos através de amostras probabilísticas ou por cotas, que respeitem os tamanhos dos estratos. A partir de 2013 a ABEP deixa de divulgar os tamanhos separados destes dois estratos.

Finalmente, em função do tamanho reduzido da Classe A1 a renda média deste estrato deixa de ser divulgada. Assim, a estimativa de renda média é feita para o conjunto da Classe A.

O Critério de Classificação Econômica Brasil, enfatiza sua função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de “classes sociais”. A divisão de mercado definida abaixo é de **classes econômicas**.

SISTEMA DE PONTOS

Posse de itens

	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

Grau de Instrução do chefe de família

Nomenclatura Antiga	Nomenclatura Atual	
Analfabeto/ Primário incompleto	Analfabeto/ Fundamental 1 Incompleto	0
Primário completo/ Ginásial incompleto	Fundamental 1 Completo / Fundamental 2 Incompleto	1
Ginásial completo/ Colegial incompleto	Fundamental 2 Completo/ Médio Incompleto	2
Colegial completo/ Superior incompleto	Médio Completo/ Superior Incompleto	4
Superior completo	Superior Completo	8

CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

Classe	Pontos
A1	42 - 46
A2	35 - 41
B1	29 - 34
B2	23 - 28
C1	18 - 22
C2	14 - 17
D	8 - 13
E	0 - 7

PROCEDIMENTO NA COLETA DOS ITENS

É importante e necessário que o critério seja aplicado de forma uniforme e precisa. Para tanto, é fundamental atender integralmente as definições e procedimentos citados a seguir.

Para aparelhos domésticos em geral devemos:

Considerar os seguintes casos

Bem alugado em caráter permanente Bem emprestado de outro domicílio há mais de 6 meses

Bem quebrado há menos de 6 meses

Não considerar os seguintes casos Bem

emprestado para outro domicílio há mais de 6 meses

Bem quebrado há mais de 6 meses

Bem alugado em caráter eventual

Bem de propriedade de empregados ou pensionistas

Televisores

Considerar apenas os televisores em cores.

Televisores de uso de empregados domésticos (declaração espontânea) só devem ser considerados caso tenha(m) sido adquirido(s) pela família empregadora.

Rádio

Considerar qualquer tipo de rádio no domicílio, mesmo que esteja incorporado a outro equipamento de som ou televisor. Rádios tipo walkman, conjunto 3 em 1 ou microsystems devem ser considerados, desde que possam sintonizar as emissoras de rádio convencionais. Não pode ser considerado o rádio de automóvel.

Banheiro

O que define o banheiro é a existência de vaso sanitário. Considerar todos os banheiros e lavabos com vaso sanitário, incluindo os de empregada, os localizados fora de casa e os da(s) suite(s). Para ser considerado, o banheiro tem que ser privativo do domicílio. Banheiros coletivos (que servem a mais de uma habitação) não devem ser considerados.

Automóvel

Não considerar táxis, vans ou pick-ups usados para fretes, ou qualquer veículo usado para atividades profissionais. Veículos de uso misto (lazer e profissional) não devem ser considerados.

Empregado doméstico

Considerar apenas os empregados mensalistas, isto é, aqueles que trabalham pelo menos 5 dias por semana, durmam ou não no emprego. Não esquecer de incluir babás, motoristas, cozinheiras, copeiras, arrumadeiras, considerando sempre os mensalistas. Note bem: o termo empregados mensalistas se refere aos empregados que trabalham no domicílio de forma permanente e/ou contínua, pelo menos 5 dias por semana, e não ao regime de pagamento do salário.

Máquina de Lavar

Considerar máquina de lavar roupa, somente as máquinas automáticas e/ou semiautomática O tanquinho NÃO deve ser considerado.

Videocassete e/ou DVD

Verificar presença de qualquer tipo de vídeo cassete ou aparelho de DVD.

Geladeira e Freezer

No quadro de pontuação há duas linhas independentes para assinalar a posse de geladeira e freezer respectivamente. A pontuação será aplicada de forma independente:

Havendo geladeira no domicílio, independente da quantidade, serão atribuídos os pontos (4) correspondentes a posse de geladeira; Se a geladeira tiver um freezer incorporado – 2ª. porta – ou houver no domicílio um freezer independente serão atribuídos os pontos (2) correspondentes ao freezer.

As possibilidades são:

Não possui geladeira nem freezer	0 pt
Possui geladeira simples (não duplex) e não possui freezer	4 pts
Possui geladeira de duas portas e não possui freezer	6 pts
Possui geladeira de duas portas e freezer	6 pts
Possui freezer mas não geladeira (caso raro mas aceitável)	2 pt

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

Este critério foi construído para definir grandes classes que atendam às necessidades de segmentação (por poder aquisitivo) da grande maioria das empresas. Não pode, entretanto, como qualquer outro critério, satisfazer todos os usuários em todas as circunstâncias. Certamente há muitos casos em que o universo a ser pesquisado é de pessoas, digamos, com renda pessoal mensal acima de US\$ 30.000. Em casos como esse, o pesquisador deve procurar outros critérios de seleção que não o CCEB.

A outra observação é que o CCEB, como os seus antecessores, foi construído com a utilização de técnicas estatísticas que, como se sabe, sempre se baseiam em coletivos. Em uma determinada amostra, de determinado tamanho, temos uma determinada probabilidade de classificação correta, (que, esperamos, seja alta) e uma probabilidade de erro de classificação (que, esperamos, seja baixa). O que esperamos é que os casos incorretamente classificados sejam pouco numerosos, de modo a não distorcer significativamente os resultados de nossa investigação.

Nenhum critério, entretanto, tem validade sob uma análise individual. Afirmações frequentes do tipo "... conheço um sujeito que é obviamente classe D, mas

pelo critério é classe B..." não invalidam o critério que é feito para funcionar estatisticamente. Servem porém, para nos alertar, quando trabalhamos na análise individual, ou quase individual, de comportamentos e atitudes (entrevistas em profundidade e discussões em grupo respectivamente). Numa discussão em grupo um único caso de má classificação pode pôr a perder todo o grupo. No caso de entrevista em profundidade os prejuízos são ainda mais óbvios. Além disso, numa pesquisa qualitativa, raramente uma definição de classe exclusivamente econômica será satisfatória.

Portanto, é de fundamental importância que todo o mercado tenha ciência de que o CCEB, ou qualquer outro critério econômico, não é suficiente para uma boa classificação em pesquisas qualitativas. Nesses casos deve-se obter além do CCEB, o máximo de informações (possível, viável, razoável) sobre os respondentes, incluindo então seus comportamentos de compra, preferências e interesses, lazer e hobbies e até características de personalidade.

Uma comprovação adicional da conveniência do Critério de Classificação Econômica Brasil é sua discriminação efetiva do poder de compra entre as diversas regiões brasileiras, revelando importantes diferenças entre elas.

Renda média bruta familiar no mês em R\$ por classe das 9 RM's

Classes	Renda média bruta familiar no mês em R\$
Classe A	11.037
Classe B1	6.006
Classe B2	3.118
Classe C1	1.865
Classe C2	1.277
Classe DE	895

Fonte: LSE 2012 Ibope Media

Distribuição das classes por praça

	GDE. FORT.	GDE. REC	GDE. SALV	GDE. BH	GDE. RJ	GDE. SP	GDE. CUR	GDE. POA	DF	9 GRANDES ÁREAS
Classe A1	0,5	0,5	0,4	0,8	0,2	0,3	0,8	0,8	1,9	0,5
Classe A2	2,6	3,1	2,2	4,2	3,3	4,7	5,0	4,7	9,1	4,2
Classe B1	5,4	7,4	8,4	9,7	10,5	11,2	15,1	11,1	15,6	10,6
Classe B2	11,0	12,3	15,3	19,5	20,0	25,5	29,8	27,2	23,0	21,6
Classe C1	17,5	22,9	24,7	27,4	30,1	29,0	25,3	29,0	22,4	27,3
Classe C2	33,4	28,6	28,5	22,6	23,2	19,8	15,3	19,0	16,2	22,2
Classe DE	29,6	25,2	20,5	15,8	12,7	9,5	8,7	8,2	11,8	13,6
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: LSE 2012 Ibope Media



Av. Nove de Julho, 4865, cj. 31 A, Jd. Paulista,
São Paulo - SP - CEP: 01407-200
Fone: (11) 3078.7744 | Fax: (11)3168.2026

QUESTIONÁRIO CPQ- 8 a 10 anos

Questionário CPQ8-10

Nome: _____ Data: ____/____/____

1. Você é um menino ou uma menina?
 - Menino
 - Menina
2. Quantos anos você tem? _____
3. Você acha que os seus dentes e a sua boca são:
 - Muito bons
 - Bons
 - Mais ou menos
 - Ruins
4. Quanto os seus dentes ou a sua boca te incomodam?
 - Não incomodam
 - Quase nada
 - Um pouco
 - Muito
5. No último mês, quantas vezes você sentiu dor de dentes ou dor na boca?
 - Nenhuma vez
 - Uma ou duas vezes
 - Às vezes
 - Muitas vezes
 - Todos os dias ou quase todos os dias
6. No último mês, quantas vezes você teve feridas na sua boca?
 - Nenhuma vez
 - Uma ou duas vezes
 - Às vezes
 - Muitas vezes
 - Todos os dias ou quase todos os dias
7. No último mês, quantas vezes você sentiu dor nos seus dentes quando comeu alguma coisa ou bebeu alguma coisa gelada ?
 - Nenhuma vez
 - Uma ou duas vezes
 - Às vezes
 - Muitas vezes
 - Todos os dias ou quase todos os dias

8. No último mês, quantas vezes a comida ficou agarrada em seus dentes?

- Nenhuma vez
- Uma ou duas vezes
- Às vezes
- Muitas vezes
- Todos os dias ou quase todos os dias

9. No último mês, quantas vezes você ficou com cheiro ruim na sua boca ?

- Nenhuma vez
- Uma ou duas vezes
- Às vezes
- Muitas vezes
- Todos os dias ou quase todos os dias

10. No último mês, quantas vezes você gastou mais tempo do que os outros para comer

sua comida por causa de seus dentes ou de sua boca?

- Nenhuma vez
- Uma ou duas vezes
- Às vezes
- Muitas vezes
- Todos os dias ou quase todos os dias

11. No último mês, quantas vezes você teve dificuldade para morder ou mastigar comidas mais duras como: maçã, pão, milho ou carne, por causa de de seus dentes ou de sua boca?

- Nenhuma vez
- Uma ou duas vezes
- Às vezes
- Muitas vezes
- Todos os dias ou quase todos os dias

12. No último mês, quantas vezes foi difícil para você comer o que você queria por causa dos seus dentes ou de sua boca?

- Nenhuma vez
- Uma ou duas vezes
- Às vezes
- Muitas vezes
- Todos os dias ou quase todos os dias

13. No último mês , quantas vezes você teve problemas para falar por causa dos seus dentes ou de sua boca?

- Nenhuma vez
- Uma ou duas vezes
- Às vezes
- Muitas vezes
- Todos os dias ou quase todos os dias

14. No último mês, quantas vezes você teve problemas para dormir à noite por causa dos seus dentes ou de sua boca?

- Nenhuma vez
- Uma ou duas vezes
- Às vezes
- Muitas vezes
- Todos os dias ou quase todos os dias

15. No último mês, quantas vezes você ficou chateado por causa dos seus dentes ou de sua boca?

- Nenhuma vez
- Uma ou duas vezes
- Às vezes
- Muitas vezes
- Todos os dias ou quase todos os dias

16. No último mês, quantas vezes você se sentiu triste por causa dos seus dentes ou de sua boca?

- Nenhuma vez
- Uma ou duas vezes
- Às vezes
- Muitas vezes
- Todos os dias ou quase todos os dias

17. No último mês , quantas vezes você ficou com vergonha por causa dos seus dentes ou de sua boca?

- Nenhuma vez
- Uma ou duas vezes
- Às vezes
- Muitas vezes
- Todos os dias ou quase todos os dias

18. No último mês, quantas vezes você ficou preocupado com o que as pessoas pensam sobre seus dentes ou sua boca?

- Nenhuma vez
- Uma ou duas vezes
- Às vezes
- Muitas vezes
- Todos os dias ou quase todos os dias

19. No último mês, quantas vezes você achou que você não era tão bonito quanto outras pessoas por causa dos seus dentes ou de sua boca?

- Nenhuma vez
- Uma ou duas vezes
- Às vezes
- Muitas vezes
- Todos os dias ou quase todos os dias

20. No último mês, quantas vezes você faltou à aula por causa dos seus dentes ou de sua boca?

- Nenhuma vez
- Uma ou duas vezes
- Às vezes
- Muitas vezes
- Todos os dias ou quase todos os dias

21. No último mês, quantas vezes você teve problemas para fazer seu dever de casa por causa dos seus dentes ou de sua boca?

- Nenhuma vez
- Uma ou duas vezes
- Às vezes
- Muitas vezes
- Todos os dias ou quase todos os dias

22. No último mês, quantas vezes você teve dificuldade para prestar atenção na aula por causa dos seus dentes ou de sua boca?

- Nenhuma vez
- Uma ou duas vezes
- Às vezes
- Muitas vezes
- Todos os dias ou quase todos os dias

23. No último mês, quantas vezes você não quis falar ou ler em voz alta na sala de aula por causa dos seus dentes ou de sua boca?

- Nenhuma vez
- Uma ou duas vezes
- Às vezes
- Muitas vezes
- Todos os dias ou quase todos os dias

24. No último mês, quantas vezes você deixou de sorrir ou dar risadas quando estava junto de outras crianças por causa dos seus dentes ou de sua boca?

- Nenhuma vez
- Uma ou duas vezes
- Às vezes
- Muitas vezes
- Todos os dias ou quase todos os dias

25. No último mês, quantas vezes você não quis falar com outras crianças por causa dos seus dentes ou de sua boca?
- Nenhuma vez
 - Uma ou duas vezes
 - Às vezes
 - Muitas vezes
 - Todos os dias ou quase todos os dias
26. No último mês, quantas vezes você não quis ficar perto de outras crianças por causa dos seus dentes ou de sua boca?
- Nenhuma vez
 - Uma ou duas vezes
 - Às vezes
 - Muitas vezes
 - Todos os dias ou quase todos os dias
27. No último mês, quantas vezes você ficou de fora de jogos e brincadeiras por causa dos seus dentes ou de sua boca?
- Nenhuma vez
 - Uma ou duas vezes
 - Às vezes
 - Muitas vezes
 - Todos os dias ou quase todos os dias
28. No último mês, quantas vezes outras crianças fizeram gozação ou colocaram apelidos em você por causa dos seus dentes ou de sua boca?
- Nenhuma vez
 - Uma ou duas vezes
 - Às vezes
 - Muitas vezes
 - Todos os dias ou quase todos os dias
29. No último mês, quantas vezes outras crianças fizeram perguntas para você sobre seus dentes ou sua boca?
- Nenhuma vez
 - Uma ou duas vezes
 - Às vezes
 - Muitas vezes
 - Todos os dias ou quase todos os dias

PRONTO, TERMINOU

OBRIGADO POR NOS AJUDAR!

QUESTIONÁRIO CPQ- 11 a 14 anos

QUESTIONÁRIO DE SAÚDE BUCAL

Oi. Obrigado (a) por nos ajudar em nosso estudo.

Este estudo está sendo realizado para compreender melhor os problemas causados por seus dentes, boca, lábios e maxilares. Respondendo a estas questões, você nos ajudará a aprender mais sobre as experiências de pessoas jovens.

POR FAVOR, LEMBRE-SE:

- Não escreva seu nome no questionário;
- Isto não é uma prova e não existem respostas certas ou erradas;
- Responda sinceramente o que você puder. Não fale com ninguém sobre as perguntas enquanto você estiver respondendo-as. Suas respostas são sigilosas, ninguém irá vê-las;
- Leia cada questão cuidadosamente e pense em suas experiências nos últimos 3 meses quando você for respondê-las.
- Antes de você responder, pergunte a si mesmo: "Isto acontece comigo devido à problemas com meus dentes, lábios, boca ou maxilares?"
- Coloque um (X) no espaço da resposta que corresponde melhor à sua experiência.

Data: ____ / ____ / ____.

2. Feridas na boca?

-) Nunca
-) Uma ou duas vezes
-) Algumas vezes
-) Frequentemente
-) Todos os dias ou quase todos os dias

3. Mau hálito?

-) Nunca
-) Uma ou duas vezes
-) Algumas vezes
-) Frequentemente
-) Todos os dias ou quase todos os dias

4. Restos de alimentos presos dentro ou entre os seus dentes?

-) Nunca
-) Uma ou duas vezes
-) Algumas vezes
-) Frequentemente
-) Todos os dias ou quase todos os dias

Para as perguntas seguintes...

**Isso aconteceu por causa de seus dentes, lábios, maxilares e boca?
Nos últimos 3 meses, com que frequência você:**

5. Demorou mais que os outros para terminar sua refeição?

-) Nunca
-) Uma ou duas vezes
-) Algumas vezes
-) Frequentemente
-) Todos os dias ou quase todos os dias

6. Dificuldade para morder ou mastigar alimentos como maçãs, espiga de milho ou carne?

- Nunca
- Uma ou duas vezes
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Todos os dias ou quase todos os dias

7. Dificuldades para dizer algumas palavras?

- Nunca
- Uma ou duas vezes
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Todos os dias ou quase todos os dias

8. Dificuldades para beber ou comer alimentos quentes ou frios?

- Nunca
- Uma ou duas vezes
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Todos os dias ou quase todos os dias

PERGUNTAS SOBRE SENTIMENTOS E/OU SENSACIONES

**Você já experimentou esse sentimento por causa de seus dentes, lábios, maxilares ou boca?
Se você se sentiu desta maneira por outro motivo, responda "nunca"**

9. Ficou irritado (a) ou frustrado (a)?

- Nunca
- Uma ou duas vezes
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Todos os dias ou quase todos os dias

10. Ficou tímido, constrangido ou com vergonha?

-) Nunca
-) Uma ou duas vezes
-) Algumas vezes
-) Frequentemente
-) Todos os dias ou quase todos os dias

11. Ficou chateado?

-) Nunca
-) Uma ou duas vezes
-) Algumas vezes
-) Frequentemente
-) Todos os dias ou quase todos os dias

12. Ficou preocupado com o que as outras pessoas pensam sobre seus dentes, lábios, boca ou maxilares?

-) Nunca
-) Uma ou duas vezes
-) Algumas vezes
-) Frequentemente
-) Todos os dias ou quase todos os dias

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

Você já teve estas experiências por causa dos seus dentes, lábios, maxilares ou boca? Se for por outro motivo, responda "nunca".

Nos últimos 3 meses, com que frequência você:

13. Evitou sorrir ou dar risadas quando está com outras crianças?

-) Nunca
-) Uma ou duas vezes
-) Algumas vezes
-) Frequentemente
-) Todos os dias ou quase todos os dias

14. Discutiu com outras crianças ou pessoas de sua família?

-) Nunca
-) Uma ou duas vezes
-) Algumas vezes
-) Frequentemente
-) Todos os dias ou quase todos os dias

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

15. Outras crianças lhe aborreceram ou lhe chamaram por apelidos?

- Nunca
- Uma ou duas vezes
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Todos os dias ou quase todos os dias

16. Outras crianças lhe fizeram perguntas sobre seus dentes, lábios, maxilares e boca?

- Nunca
- Uma ou duas vezes
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Todos os dias ou quase todos os dias

PRONTO, TERMINOU

OBRIGADO POR NOS AJUDAR!

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO- TCLE

1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Destinado aos responsáveis pelos indivíduos participantes da pesquisa

Título do Projeto: *Avaliação dos determinantes de saúde bucal, socioeconômicos e demográficos dos pacientes atendidos no Programa de Treinamento Teórico Prático em Odontopediatria da Universidade Federal de Rio de Janeiro.*

Pesquisador Responsável: **Prof. Dr. Marcelo de Castro Costa** – Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, Tel: (21) 3839-2101.

O(A) Sr. (ª) está sendo convidado(a) a participar do "Avaliação dos determinantes de saúde bucal, socioeconômicos e demográficos dos pacientes atendidos no Programa de Treinamento Teórico Prático em Odontopediatria da Universidade Federal de Rio de Janeiro. O contato será feito por **Marina Naves** - mestrado profissional em andamento pela Universidade Federal do Rio de Janeiro.

1 – Por que e para que estudaremos isto:

Existem estudos que mostram que alterações craniofaciais relacionadas a maloclusões podem interferir no comportamento psicossocial dos indivíduos. Na população do Estado do Rio de Janeiro este tipo de estudo ainda não foi realizado. Nosso estudo pretende verificar a prevalência da maloclusão e se esta pode afetar a qualidade de vida das pessoas.

2 - Como será feito:

Primeiramente iremos preencher uma ficha clínica com os seus dados e, em seguida, vamos fazer um exame clínico em você para avaliar a presença de maloclusão. Depois disso, você irá preencher um questionário de qualidade de vida, para avaliar como a sua condição oral (seus dentes) podem afetar o seu comportamento social.

3- Benefícios:

Não há benefício direto para o participante deste estudo. A sociedade deve se beneficiar com os resultados desta pesquisa. Este é um projeto de pesquisa e não uma forma de tratamento ou diagnóstico. Com este trabalho, acreditamos que além dos riscos serem insignificantes, seus benefícios indiretos serão importantes.

4- Confidência:

Não falaremos para outras pessoas que você está nesta pesquisa e também não compartilharemos informação sobre você para qualquer um que não trabalhe na pesquisa. Depois que a pesquisa acabar, os resultados serão publicados em literatura científica especializada.

As informações sobre você serão coletadas na pesquisa e ninguém, exceto os investigadores poderão ter acesso a elas. Qualquer informação sobre você terá um número ao invés de seu nome. Só os investigadores saberão qual é o seu número e manteremos em sigilo. Os participantes que desejarem, poderão ter acesso aos dados da pesquisa em qualquer momento, ou mesmo ter suas informações pessoais removidas deste arquivo bastando para isso um contato com os pesquisadores Marina Naves ou Prof. Dr. Marcelo de Castro Costa, responsáveis por este projeto, pelo telefone (21) 3839-2101.

Você pode escolher se quer participar ou não. Conversamos sobre essa pesquisa com seus pais ou responsáveis e eles sabem que também estamos pedindo seu acordo. Se você vai participar da pesquisa, seus pais ou responsáveis também terão que concordar. Mas se você não deseja fazer parte da pesquisa, não é obrigado, até mesmo se seus pais concordarem. Assim, se quiser desistir é só falar.

Podem haver algumas palavras que não entenda ou coisas que você quer que eu explique mais detalhadamente porque você ficou mais interessado ou preocupado. Por favor, avise que eu paro a qualquer momento e explico qualquer dúvida que tenha.

Eu _____, RG nº _____, Pai/Mãe do probando _____, declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Pai do Probando

Mãe do Probando

Testemunha

Pesquisador responsável

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO- TALE

TERMO DE ASSENTIMENTO - TALE

Este formulário de assentimento informado é para crianças/adolescentes entre as idades de 8 a 17 anos que estamos convidando a participar do projeto de pesquisa: *Avaliação dos determinantes de saúde bucal, socioeconômicos e demográficos dos pacientes atendidos no Programa de Treinamento Teórico Prático em Odontopediatria da Universidade Federal de Rio de Janeiro.*

Nome da criança/adolescente: _____

Nome do responsável legal: _____

Pesquisador Responsável: **Prof. Dr. Marcelo de Castro Costa** – Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ. Tels: (21) 3839-2101.

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto *"Avaliação dos determinantes de saúde bucal, socioeconômicos e demográficos dos pacientes atendidos no Programa de Treinamento Teórico Prático em Odontopediatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro.* O contato será feito por **Marina Naves** - mestrado profissional em andamento pela Universidade Federal do Rio de Janeiro.

1 - Por que é para que estudaremos isto:

Existem estudos que mostram que alterações craniofaciais relacionadas a maloclusões podem interferir no comportamento psicossocial dos indivíduos. Na população do Estado do Rio de Janeiro este tipo de estudo ainda não foi realizado. Nosso estudo pretende verificar a prevalência da maloclusão e se esta pode afetar a qualidade de vida das pessoas.

2 - Como será feito:

Primeiramente iremos preencher uma ficha clínica com os seus dados e, em seguida, vamos fazer um exame clínico em você para avaliar a presença de maloclusão. Depois disso, você irá preencher um questionário de qualidade de vida, para avaliar como a sua condição oral (seus dentes) podem afetar o seu comportamento social.

3- Benefícios:

Não há benefício direto para o participante deste estudo. A sociedade deve se beneficiar com os resultados desta pesquisa. Este é um projeto de pesquisa e não uma forma de tratamento ou diagnóstico. Com este trabalho, acreditamos que além dos riscos serem insignificantes, seus benefícios indiretos serão importantes.

4- Confidencialidade:

Não falaremos para outras pessoas que você está nesta pesquisa e também não compartilharemos informação sobre você para qualquer um que não trabalhe na pesquisa. Depois que a pesquisa acabar, os resultados serão publicados em literatura científica especializada.

As informações sobre você serão coletadas na pesquisa e ninguém, exceto os investigadores poderão ter acesso a elas. Qualquer informação sobre você terá um número ao invés de seu nome. Só os investigadores saberão qual é o seu número e manteremos em sigilo. Os participantes que desejarem, poderão ter acesso aos dados da pesquisa em qualquer momento, ou mesmo ter suas informações pessoais removidas deste arquivo bastando para isso um contato com os pesquisadores Marina Naves ou Prof. Dr. Marcelo de Castro Costa, responsáveis por este projeto, pelo telefone (21) 3839-2101.

Você pode escolher se quer participar ou não. Conversamos sobre essa pesquisa com seus pais ou responsáveis e eles sabem que também estamos pedindo seu acordo. Se você vai participar da pesquisa, seus pais ou responsáveis também terão que concordar. Mas se você não deseja fazer parte da pesquisa, não é obrigado, até mesmo se seus pais concordarem. Assim, se quiser desistir é só falar.

Pode haver algumas palavras que não entenda ou coisas que você quer que eu explique mais detalhadamente porque você ficou mais interessado ou preocupado. Por favor, avise que eu paro a qualquer momento e explico qualquer dúvida que tenha.

Eu, _____, RG nº _____ declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Paciente

Responsável legal

Testemunha

Pesquisador responsável

NORMAS PARA SUBMISSÃO DO ARTIGO:**SUBMISSÃO DE ARTIGOS PARA A REVISTA BRASILEIRA DE ODONTOLOGIA**

Para postagem, o artigo está condicionado aos termos de submissão, que devem ser preenchidos no formulário online.

A Declaração de Direito Autoral também é exigida no cadastramento do artigo, devendo ser encaminhado, posteriormente, o Termo de Transferência de Direitos Autorais e Declarações de Responsabilidade, assinados pelos autores, no ato da submissão do artigo, no campo de documentos suplementares.

As pesquisas que envolverem estudos com seres humanos e animais deverão estar de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, devendo ter o consentimento por escrito do paciente e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Deve ser enviada a cópia do parecer do CEP. A ausência deste documento implicará na devolução do trabalho.

Os originais com avaliação “desfavorável” serão devolvidos aos autores, revogando-se a transferência de direitos autorais.

Os originais com avaliação “sujeito a modificações” serão remetidos aos autores para que as modificações sugeridas sejam realizadas, no prazo indicado pelo editor, e, posteriormente, reavaliados.

A RBO utiliza um software de detecção de plágio, sendo os artigos com resultado positivos automaticamente rejeitados. O parecer emitido pelo programa é avaliado pela comissão editorial da RBO para decisão final.

Os artigos aprovados pela RBO terão um prazo de até 12 meses para publicação.

PADRÃO DE APRESENTAÇÃO

Artigo

O artigo deverá estar redigido em português e encaminhado em formato DOC ou DOCX, com fonte Arial tamanho 12, com espaço duplo e margem de 3 cm de cada lado, numeradas com algarismos arábicos no ângulo superior direito. A nova política da revista, com o objetivo de aumentar a visibilidade dos artigos, está incentivando o envio do artigo também em Inglês.

Em caso de envio de artigos na língua inglesa, os autores cuja língua nativa não seja o Inglês, devem ter seus manuscritos revisados, sendo obrigatório envio do certificado de revisão por empresa profissional de revisão da língua inglesa.

Os artigos originais de pesquisa e de revisão de literatura devem estar divididos em: folha de rosto, resumo com palavras-chave, abstract com keywords, introdução, material e métodos, resultados, discussão, conclusão, agradecimentos (se houver), referências, tabelas (se houver), legenda das figuras (se houver).

As abreviações devem aparecer entre parênteses, ao lado da sua descrição por extenso, na primeira vez em que são mencionadas.

O título do artigo não pode conter nomes comerciais.

Agradecimentos devem ser inseridos somente na folha de rosto, não devendo constar no corpo do artigo.

Não serão aceitos artigos encaminhados por correio. O autor deverá submeter seu artigo através da plataforma, se cadastrando como autor.

Folha de rosto

A folha de rosto deverá conter o título (português/inglês), título resumido (short title) com no máximo 50 caracteres, nome completo dos autores com afiliação institucional/profissional (incluindo departamento, faculdade, universidade ou outra instituição, cidade, estado e país), especialidade ou área de pesquisa e a declaração de conflito de interesse.

Deverá constar em destaque o nome e o email do autor correspondente.

A indicação da afiliação dos autores deve ser em numerais arábicos sobescrito.

Exemplo: Bruna Lavinias Sayed Picciani,¹ Geraldo Oliveira Silva-Júnior,²

¹ Departamento de Patologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal Fluminense, Niterói, Rio de Janeiro, Brasil

² Departamento de Diagnóstico e Terapêutica, Faculdade de Odontologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

Para facilitar o processo de revisão, a folha de rosto deve ser enviada como um arquivo separado do artigo. No manuscrito, a primeira folha deve conter apenas a especialidade do artigo, o título do estudo e o título resumido (short title) com no máximo 50 caracteres.

É obrigatório que todos os autores cadastrem seus respectivos e-mails, na plataforma, isso facilitará possíveis contatos. Os artigos que não forem cadastrados devidamente na plataforma serão contatados para acerto no sistema de submissão.

Resumo

Não deve exceder 250 palavras, sendo apresentado de forma clara e concisa, em um parágrafo único, contendo: objetivo, material e métodos, resultados e conclusão. Abaixo do resumo deve conter de três a cinco palavras-chave, com a primeira letra em maiúsculo e as demais em letras minúsculas, separadas por ponto e vírgulas, cadastradas nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS).

Exemplo: Neoplasma; Restauração dentária; Saúde bucal

A consulta deve ser feita nos seguintes endereços eletrônicos: <http://decs.bvs.br/>, com termos em português ou inglês, ou www.nlm.nih.gov/mesh, para termos apenas em inglês.

A folha seguinte deve conter o abstract e keywords, seguindo as mesmas orientações do resumo.

Divisão do Texto

Introdução

Deve apresentar uma breve exposição do assunto, contendo o objetivo do estudo ao final desta seção.

Material e Métodos

A metodologia deve ser apresentada de forma detalhada, possibilitando a reprodução por outros pesquisadores e embasando os resultados. Devem ser inseridos os testes estatísticos, que foram utilizados, e a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

Resultados

Apresentar os resultados em sequenciamento, utilizando tabelas e figuras para destacar os dados e facilitar o entendimento do leitor; entretanto, não devem ocorrer repetições de conteúdo. Os resultados estatísticos devem estar presentes nesta seção.

Discussão

Este capítulo deve sintetizar os achados sem repetir exaustivamente os resultados, buscando a comparação com outros estudos. Além disso, deve conter as limitações da pesquisa, as observações do pesquisador e as perspectivas futuras.

Conclusão

A conclusão deve ser separada da discussão, de forma corrida, sem divisão em tópicos, respondendo o objetivo proposto.

Agradecimentos

Esta seção é opcional, entretanto, deve ser mencionado sempre que houver apoio financeiro de agências de fomento.

Na plataforma de submissão, o campo "Agências de Fomento", só deve ser preenchido quando houver que contribuíram para a realização do trabalho. Caso haja mais de um, deve ser separado por ponto-e-vírgula.

Referências

As referências devem ser apresentadas no estilo Vancouver, sendo numeradas consecutivamente, na mesma ordem que foram citadas no texto e identificadas com algarismos arábicos e sobrescrito.

Quando a citação for referente ao parágrafo todo, deve vir depois do ponto final. Quando for referente a um determinado autor, deve vir após o sobrenome. E em casos de citações específicas, como, por exemplo: frases ou palavras, deve vir após este trecho.

A lista de referências deve ser digitada no final do manuscrito, em sequência numérica. Em artigos de revisão da literatura, serão aceitas no máximo de 50 referências.

Os títulos de periódicos deverão ser abreviados de acordo com o estilo apresentado pelo List of Journal Indexed in Index Medicus, da National Library of Medicine e disponibilizados no endereço: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/journals/loftext_noprov.html

No caso de citações com dois autores, sempre que o artigo for referido, devem aparecer os dois autores. Para artigos com três ou mais autores, citar apenas o primeiro autor, seguido de et al em itálico.

A citação de anais de congressos e livros deve ser evitada, a menos que seja absolutamente necessário. Caso o artigo esteja na língua portuguesa, citar de preferência o título em inglês.

Exemplos de como organizar as referências bibliográficas.

1. Artigos de um até seis autores

Quando o documento possui de um até seis autores, citar todos os autores.

Oliveira GMR, Pereira HSC, Silva-Junior GO, Picciani BLS, Dias EP, Cantisano MH. Use of occlusive corticosteroid for the treatment of desquamative gingivitis: an effective option. Rev Bras Odontol. 2013;70(1):89-92.

2. Artigo com mais de seis autores

Quando o documento possui mais de seis autores, citar todos os seis primeiros seguidos de et al.

Picciani BLS, Humelino MG, Santos BM, Costa GO, Santos VCB, Silva-Júnior GO, et al. Nitrous oxide/oxygen inhalation sedation: an effective option for odontophobic patients. Rev Bras Odontol. 2014;71(1):72-5.

3. Organizações como autores

The Cardiac Society of Australian and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. Med J Aust. 1996;164:282-4.

4. Artigo de volume suplemento

Bachelez H. What's New in Dermatological Therapy? *Ann Dermatol Venereol.* 2015;142, Suppl 12:S49-54.

5. Artigo não publicado (In press)

Cooper S. Sarilumab for the treatment of rheumatoid arthritis. *Immunotherapy.* In press 2016.

6. Livro

Ringsven MK, Bond D. *Gerontology and leadership skills for nurses.* 2nd ed. Albany(NY): Delmar Publisher; 1996.

7. Capítulo de livro

Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editores. *Hypertension: pathophysiology, diagnosis and management.* 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. P. 465-78.

8. Dissertação ou Tese

Picciani BLS. *Investigação oral em pacientes portadores de psoríase e/ou língua geográfica: estudo clínico, citopatológico, histopatológico e imunogenético [tese].* Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense, Faculdade de Medicina, Programa de Pós graduação em Patologia, 2014.

9. Base de dados na internet

EARSS: the European Antimicrobial Resistance Surveillance System [Internet]. Bilthoven (Netherlands): RIVM. 2001 - 2005 [citado em 2007 Feb 1]. Disponível em: <http://www.rivm.nl/earss/>.

Tabelas

Deverão ser numeradas de acordo com a sequência de aparecimento no texto em algarismos arábicos, apresentando a possibilidade de ser compreendida independente do texto. O título deve ser inserido na parte superior e a legenda na parte inferior. Devem ser enviadas no final do texto.

Figuras e Gráficos

Deverão ser enviados em um arquivo a parte JPEG ou TIFF com 300 dpi de resolução e numerados em algarismos arábicos. Figuras com mais de uma imagem devem ser identificadas com letras maiúsculas. Para melhor entendimento do leitor, sugerimos demarcar a área de interesse da figura. As legendas devem estar em uma página separada, após as referências, ou quando houver, após as tabelas.

Não serão aceitas figuras de baixa resolução ou nitidez.

Comunicações breves

Devem ser limitados a 15.000 caracteres incluindo espaços (considerando-se, introdução, metodologia, resultados, discussão, conclusão, agradecimentos).

É permitido um máximo de duas figuras e dez referências. O resumo deve conter, no máximo, 100 palavras.

Nesta seção, podem ser incluídos os relatos de casos, que só serão aceitos se forem relevantes, raros e apresentarem contribuição para o enriquecimento da literatura científica.

Cartas ao editor

Cartas devem apresentar evidências que apoiem a opinião relatada em artigo científico ou editorial da revista. Apresenta limite de 700 palavras, sem a permissão de figuras ou tabelas.

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista

O arquivo da submissão está em formato Microsoft Word.

O texto está em espaço duplo em Arial, tamanho 12 , resumo e abstract estruturado, tabelas e legendas ao final do artigo. As figuras foram enviadas separadas em JPG ou TIF com 300 dpi de resolução.

O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em Diretrizes para Autores, na página Sobre a Revista.

Os autores devem declarar na folha de rosto e no Passo 3 do processo de submissão, no campo apropriado e conforme exemplo disponibilizado, a ausência de conflito(s) de interesse(s).

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.