

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

Centro de Ciências da Saúde

Faculdade de Odontologia

**FLÁVIA MACEDO COUTO**

Avaliação da condição de saúde bucal e impacto na qualidade de vida relacionada à  
saúde bucal de gestantes adolescentes e adultas jovens.

RIO DE JANEIRO

2015

Flávia Macedo Couto

Avaliação da condição de saúde bucal e impacto na qualidade de vida relacionada à saúde bucal de gestantes adolescentes e adultas jovens.

Dissertação submetida como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Clínica Odontológica

Orientadora:

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Patrícia de Andrade Risso

Prof<sup>a</sup> Adjunta do Departamento de Clínica Odontológica da FO/UFRJ

Rio de Janeiro

2015

Couto, Flávia Macedo

Avaliação da condição de saúde bucal e impacto na qualidade de vida relacionada à saúde bucal de gestantes adolescentes e adultas jovens / Flávia Macedo Couto. -- Rio de Janeiro: UFRJ / Faculdade de Odontologia, 2015.

xv, 49 f. : il. ; 31 cm.

Orientadores: Patrícia de Andrade Risso.

Dissertação (Mestrado) – UFRJ, Faculdade de Odontologia, Programa de Pós-graduação em Clínica Odontológica, 2015.

Referências bibliográficas: f. 37-43.

1. Assistência Odontológica. 2. Saúde Bucal. 3. Condutas na Prática dos Dentistas. 4. Promoção da Saúde. 5. Gravidez. 6. Cuidado Pré-Natal. 7. Fatores Socioeconômicos. 8. Qualidade de Vida. 9. Adulto jovem. 10. Adolescente. 11. Humanos. 12. Estudos Transversais. 13. Clínica Odontológica - Tese. I. Risso, Patrícia de Andrade. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Odontologia, Programa de Pós-graduação em Clínica Odontológica. III. Título.

Folha de aprovação

COUTO, FLÁVIA MACEDO

“Avaliação da condição de saúde bucal e impacto na qualidade de vida relacionada à saúde bucal de gestantes adolescentes e adultas jovens.”

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Clínica Odontológica (Mestrado Profissional) da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Clínica Odontológica.

Aprovada em: Rio de Janeiro, 24 de março de 2015.

---

Prof Dr Marcelo de Castro Costa

Prof Adjunto do Departamento de Odontopediatria e Ortodontia da FO/UFRJ

---

Dra. Silvia Maria Ribeiro de Alencar Gonçalves

Odontóloga da FO/UFRJ

---

Prof Dra Lívia Azeredo Alves Antunes

Prof Dra do Departamento de Formação Específica da Universidade Federal Fluminense (Nova Friburgo)

## DEDICATÓRIA

Dedico essa Dissertação aos meus avós, Wolney, Augusto e Maria do Carmo. Meus maiores exemplos de dedicação e superação.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaria de agradecer à minha orientadora, Patrícia Risso, pessoa capaz de perceber e entender minhas capacidades e dificuldades, de constantemente me desafiar e cuja influência é de fundamental importância em meu crescimento pessoal e profissional.

Também quero agradecer à Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, local de nosso estudo, e seus diretores Penélope Saldanha e Joffre Amorim pela disponibilidade, atenção e por nos acolher ao longo da coleta de dados. Às enfermeiras Sônia e Graciela e às técnicas de enfermagem com quem dividi inúmeros cafezinhos pelas manhãs e que mesmo com muitas atribuições, me acolheram e me guiaram pelo ambulatório de pré-natal.

Pela assistência ao longo deste trabalho, agradeço aos professores Antônio Ledo, Anna Tereza Leão e Ronir Raggio.

Ao longo destes dois anos foram diversas as disciplinas e trabalhos executados, agradeço a cada um dos professores do corpo docente do Mestrado Profissional em Clínica Odontológica da UFRJ e aos professores convidados pela dedicação e compartilhamento de seus conhecimentos.

Agradeço a Amanda pela ajuda e pelo resgate. A Manoela, pela companhia em disciplinas, trabalhos, almoços e pelas dicas para resolução de questões burocráticas.

As gestantes, sujeitos da minha pesquisa, cujo papel é essencial a este trabalho, agradeço a participação nesta pesquisa.

A Nina, Júlia Pedro que mesmo não tendo relação direta com este trabalho me escutaram, aturaram e incentivaram ao longo deste processo.

Fundamental para a minha jornada, preciso agradecer a minha família. Aos meus pais por serem os impulsionadores e apoiadores de todas as minhas aventuras. Aos meus irmãos: Felipe por sempre me mostrar o caminho, pelas revisões gramaticais e opiniões sinceras; Fabinho, pela eterna paciência comigo, inclusive em ano de vestibular, e pela disposição de me escutar e ajudar a solucionar os obstáculos, e a Laís pela compreensão de passar as férias comigo constantemente apegada a fichas ou a um computador. A minha avó Helena, pelas piadas descontraídas nos momentos de estresse.

## RESUMO

A adolescência (10 a 19 anos) e juventude (15 a 24 anos) são períodos de transição marcados por diversas mudanças. A gestação nesta fase, principalmente até os 19 anos, é considerada um problema de saúde pública. A condição de saúde bucal (CSB) pode gerar impactos na qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB). O objetivo deste estudo foi descrever a CSB e o seu impacto na QVRSB de gestantes adolescentes e adultas jovens. Este estudo transversal avaliou gestantes de 15 a 24 anos atendidas em uma maternidade escola, divididas em grupos por faixas etárias. A CSB foi avaliada por um único examinador pré-treinado a partir dos indicadores CPOD, IPC e má oclusão, de acordo com a Organização Mundial de Saúde. A QVRSB foi analisada por meio do OIDP. A diferença entre os grupos foi analisada pelo Teste qui-Quadrado e Teste T Student ( $p < 0,05$ ) e uma possível correlação entre os indicadores de CSB e a QVRSB foi avaliada pelo Teste de Spearman ( $p < 0,05$ ). Do total de 86 gestantes incluídas, 56,8% tinham entre 20 e 24 anos (G2) e 40,9% entre 15 e 19 anos (G1) ( $p < 0,05$ ). O CPOD médio foi igual a 5,83 ( $\pm 4,23$ ) no G1 e 6,36 ( $\pm 3,93$ ) no G2 ( $p < 0,05$ ). Independente do grupo, a maioria, apresentou algum nível de doença periodontal e má oclusão normal ou leve. Não houve correlação entre os indicadores clínicos CPOD, IPC e má oclusão e a QVRSB ( $p > 0,05$ ), independente do grupo. O impacto mais observado foi a dificuldade de comer e apreciar a comida. A CSB das gestantes adolescentes e adultas jovens pode ser considerada ruim. Ao menos um impacto na QVRSB foi relatado pela maioria das gestantes. No entanto, os indicadores de CSB não tiveram associação com os impactos gerados na QVRSB.

Descritores: Saúde Bucal, Qualidade de vida, Gravidez na adolescência.



## ABSTRACT

Adolescent and youth pregnancy is considered a public health issue. The oral health status can produce impacts on the oral health related quality of life (OHRQoL). This study aims to describe the oral health status and its impacts on OHRQoL of pregnant adolescent and youth. This cross-sectional study evaluated pregnant women from 13 to 24 years of age who attended the prenatal program at Federal University of Rio de Janeiro's maternity school. They were divided in groups by age. The oral health status was collected by a pre-trained single evaluator with the DMFT, IPC and malocclusion indexes, according to the World Health Organization. The OHRQoL was collected with the OIDP and Child-OIDP questionnaires. The difference between the groups was analyzed by chi-square tests ( $p < 0,05$ ) and student's t test, and the possible correlation between the oral health status's indexes and the OHRQoL was evaluated with Spearman correlations ( $p < 0,05$ ). Out of the 86 pregnant women included in the study, 56.8% aged between 20 and 24 years old (G2), 40.9% between 15 and 19 years (G1) ( $p < 0,05$ ). The mean DMFT index was  $5.83 (\pm 4.23)$  in G1 and  $6.36 (\pm 3.93)$  in G2 ( $p < 0,05$ ). Most of the women, regardless of the group, had at least one indicator of periodontal disease and normal or light malocclusion. There was no correlation between the DMFT, IPC and malocclusion indexes and the OHRQoL ( $p > 0,05$ ), regardless of the group. The most prevalent impact was difficulty eating and enjoying food. The oral health status of adolescent and young pregnant women may be considered low. Most of the women reported at least one impact on their OHRQoL. However, oral health status had no correlation to the impacts on OHRQoL.

Key-words: Oral Health, Quality of Life, Adolescent Pregnancy

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características sócio demográficas de acordo com cada grupo.

Tabela 2. Frequência de má oclusão e IPC de acordo com cada grupo.

Tabela 3. Frequência dos impactos orais na QVRSB de acordo com cada grupo.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Relação do CPOD (A), IPC (B) e Má-oclusão e QVRSB (C) de acordo com cada grupo.

.

## LISTA DE SIGLAS

Child- OIDP	Child - Oral Impact on Daily Performance
CPOD	Dentes cariados, perdidos ou obturados
CPOS	Superfícies dentárias cariadas, perdidas ou obturadas
CSB	Condição de saúde bucal
DP	Doença Periodontal
FO-UFRJ	Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro
GI	Índice Gengival
GOHAI	Oral Health Assessment Index
IHO	Instrução de Higiene oral
INTPC	Índice de necessidade de tratamento Periodontal Comunitário
IPC	Índice Periodontal Comunitário
ME-UFRJ	Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro
NIC	Nível de Inserção Clínica
OHIP	Oral Health Impact Profile
OIDP	Oral Impacts on Daily Performances
OMS	Organização Mundial da Saúde
PB	Profundidade de Bolsa
QVRSB	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro

## SUMÁRIO

1.	Introdução .....	13
2.	Objetivos .....	17
2.1.	Objetivo geral.....	17
2.2.	Objetivos específicos .....	17
3.	Desenvolvimento da Pesquisa.....	18
3.1.	Artigo: Impacto da condição de saúde bucal na qualidade de vida de gestantes adolescentes e jovens.....	18
4.	Conclusão .....	36
5.	Referências Bibliográficas .....	37
6.	Anexos .....	44

## 1. Introdução

A adolescência é um processo de transição marcado por mudanças físicas, psíquicas e sociais, durante o qual o jovem não é mais considerado ou não se considera criança e ainda não é considerado ou não se considera adulto (dos Santos & da Cunha, 2012). A Organização Mundial da Saúde (OMS) delimita, de acordo com o critério cronológico, o período entre 10 e 19 anos de idade como adolescência e entre 15 e 24 anos como juventude (WHO, 2004). O Ministério da Saúde do Brasil além de utilizar esta classificação se refere ao conjunto de adolescentes e jovens com o termo “pessoas jovens” incluindo os indivíduos de 10 a 24 anos (Brasil, 2010).

Fatores biológicos, psicológicos, culturais, socioeconômicos, políticos, étnicos e raciais desse grupo populacional influenciam a curiosidade de quem está descobrindo o mundo e leva ao desejo de experimentar tudo o que se apresenta como novo. Essa curiosidade inerente às pessoas jovens pode aumentar sua vulnerabilidade aos mais diversificados agravos à saúde, inclusive em relação à saúde sexual e reprodutiva (Lima et al, 2010).

Neste sentido, a gravidez na adolescência pode ser uma ocorrência comum e em alguns países, vem sendo considerada um problema de saúde pública (Yazlle, 1996). O intervalo entre a infância e a vida adulta é entendido como uma etapa de transição na qual deverá ocorrer a preparação para o trabalho e a construção de uma identidade pessoal. A gravidez na adolescência seria, então, uma experiência restritiva às possibilidades de exploração de identidade e de preparação para o futuro profissional (Dias & Teixeira, 2010); passando a ser entendida como um fenômeno capaz de trazer consequências sociais e biológicas negativas e isto pode

ser percebido a partir de expressões tais como gravidez precoce, indesejada, não planejada e de risco (Dias & Teixeira, 2010; Pantoja, 2003).

Por outro lado, há o status de adulto trazido pela maternidade e também um sentimento de realização, ambos apontados por gestantes jovens como consequências positivas da gestação na adolescência, o que indica a necessidade de se avaliar o contexto no qual essas adolescentes e jovens estão inseridas (Fonseca & Araújo, 2004; Santos, 2012).

A maternidade entre adolescentes e jovens atinge, mais frequentemente, as classes economicamente menos favorecidas e cria um agravamento da vulnerabilidade social dessas famílias. A partir de 1990, houve uma redução de nascimentos entre mães adolescentes e a maior parte (95%) destes partos ocorre em países de renda média ou baixa. Segundo a OMS, as mães adolescentes ainda são responsáveis por aproximadamente 11% dos nascimentos mundiais (WHO, 2014).

Diversas mudanças fisiológicas, emocionais e comportamentais ocorrem no período gestacional. A diminuição da capacidade volumétrica do estômago faz com que a gestante mude seus hábitos alimentares (BRASIL, 2006) além de poder ocorrer uma maior exposição ao ácido gástrico devido à hiperêmese gravídica (Reis et al, 2010). A gestação em si não é considerada um fator determinante de alterações orais, mas essas mudanças podem acarretar efeitos adversos na saúde oral (BRASIL, 2006; Reis et al, 2010).

O aumento da incidência da cárie dentária durante a gestação ainda não é um consenso (Laine, 2002; Reis et al, 2010), contudo é considerado o aumento do fator de risco a cárie durante a gestação (Steinberg et al, 2013). A doença cárie tem etiologia multifatorial, assim, o efeito da gestação parece estar ligado aos fatores

ambientais (Laine, 2002). Além das alterações de hábitos alimentares e de higiene, ocorrem também alterações salivares (Laine, 2002; Saluja et al, 2014; Steinberg et al, 2013) que aumentam o risco de desmineralização dental.

As alterações gengivais são a complicação bucal de maior frequência na gestação, além de serem mais rapidamente identificadas devido ao sangramento gengival e da correlação dos sintomas com as alterações hormonais (Lief et al, 2001; Rovida et al, 2014). A gengiva adquire uma aparência de edema mais suave, sua margem fica mais espessa e a papila interdental sofre uma hiperplasia podendo resultar na formação de pseudo bolsas (Laine, 2002). Essa maior profundidade de bolsa nestes casos não costuma ser sinal de uma destruição periodontal, pois não influencia os níveis de inserção (Tilakaratne et al, 2000). A maior susceptibilidade à doença periodontal se deve a uma maior permeabilidade dos vasos sanguíneos gengivais, o que torna a área mais sensível aos irritantes locais (Reis et al, 2010; Ryalat et al, 2011). Além disso, a doença periodontal está associada a um maior risco de desfechos indesejados da gestação principalmente com o nascimento prematuro e baixo peso ao nascer (Guimarães et al, 2010; Offenbacher et al, 1996; Reis et al, 2010; Shanthi et al, 2012).

Uma condição de saúde bucal (CSB) ruim pode levar a uma limitação alimentar e por consequência a falhas na ingestão de nutrientes necessários ao desenvolvimento do bebê. (George et al, 2012) No entanto, apesar da importância da manutenção e/ou recuperação de uma boa CSB na gestação, muitos dentistas hesitam em realizar o tratamento odontológico ao longo desta fase (George et al, 2012). Diversos profissionais de saúde, familiares e pessoas próximas as gestantes reforçam mitos e medos com relação à atenção odontológica e saúde bucal no período gestacional. (Codato et al, 2011). Muitas gestantes temem “machucar” o feto



ao realizar um tratamento odontológico e assim evitam buscar o cuidado de um profissional da saúde oral. (Murphey, 2013) Os diferentes aspectos relativos à saúde oral, incluindo sua condição física e o receio a uma busca por tratamento durante a gestação pode fazer com que essas mulheres sofram impactos na qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB). A QVRSB é uma construção multidimensional que inclui uma avaliação subjetiva da saúde oral do indivíduo, o bem estar funcional, emocional, as expectativas e satisfação com a atenção a saúde e o auto conhecimento (Sischo & Broder, 2011).

A partir dos anos 90, diferentes instrumentos foram desenvolvidos para avaliar a QVRSB. Em 1994, Slade & Spencer (Slade & Spencer, 1994) desenvolveram o Oral Health Impact Profile (OHIP), em 1997 foi desenvolvido por Adulyanon & Sheiham (Adulyanon & Sheiham, 1997) o Oral Impacts on Daily Performances (OIDP), entre outros (Atchison & Dolan, 1990; McGrath & Bedi, 2001). O questionário OIDP foi validado para o português (Cortes et, 2012) e busca avaliar as dificuldades apresentadas pelo indivíduo em 8 atividades do cotidiano, considerando sua frequência e gravidade.

A baixa escolaridade e a baixa renda, indivíduos pertencentes a grupos étnicos minoritários ou imigrantes são fatores claramente associados a uma percepção de impactos negativos na saúde bucal (Cohen-carneiro, Souza-santos, & Rebelo, 2011). Além disso, as mulheres apresentam uma maior percepção de impactos do que os homens, tanto negativos como positivos (Cohen-carneiro et al, 2011). A CSB, por sua vez, pode causar impactos na QVRSB, mas não é fácil avaliar a extensão destes impactos (Naito et al, 2006).

## **2. Objetivos**

### 2.1. Objetivo geral

Avaliar a condição de saúde bucal das pacientes gestantes adolescentes e adultas jovens

### 2.2. Objetivos específicos

- Descrever a condição de saúde bucal
- Avaliar a influência da Condição se Saúde bucal na qualidade de vida relacionada à saúde bucal.

### 3. Desenvolvimento da Pesquisa

3.1. Artigo: Impacto da condição de saúde bucal na qualidade de vida de gestantes adolescentes e jovens.

**Impacto da condição de saúde bucal na qualidade de vida de gestantes adolescentes e jovens.**

**Autores: Couto FM<sup>1</sup>, Cunha AJLA<sup>2</sup>, Luiz RR<sup>3</sup>, Leão ATT<sup>4</sup>, Risso PA<sup>5</sup>.**

<sup>1</sup>Mestranda, Departamento de Clínica Odontológica, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro

<sup>2</sup>Professor Titular, Departamento de Pediatria, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro

<sup>3</sup>Professor Associado, Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro

<sup>4</sup>Professor Associado, Departamento de Clínica Odontológica, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro

<sup>5</sup>Professor Adjunto, Departamento de Clínica Odontológica, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro

Autor de Correspondência:

Nome: Patrícia de Andrade Risso

Endereço: Prof Rodolpho Paulo Rocco 325 / 2º floor

Cidade Universitária – Rio de Janeiro - Brazil – CEP: 21.941-913

Tel: +552139382032

e-mail: patriciarisso@odonto.ufrj.br

**RESUMO:**

**Introdução:** A adolescência (10 a 19 anos) e juventude (15 a 24 anos) são períodos de transição marcados por diversas mudanças. A gestação nesta fase, principalmente até os 19 anos, é considerada um problema de saúde pública. A condição de saúde bucal (CSB) pode gerar impactos na qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB). O objetivo deste estudo foi descrever a CSB e o seu impacto na QVRSB de gestantes adolescentes e jovens.

**Método:** Este estudo transversal avaliou gestantes de 15 a 24 anos atendidas em uma maternidade escola, divididas em grupos por faixas etárias. A CSB foi avaliada por um único examinador pré-treinado a partir dos indicadores CPOD, IPC e má oclusão, de acordo com a Organização Mundial de Saúde. A QVRSB foi analisada por meio do OIDP. A diferença entre os grupos foi analisada pelo Teste qui-Quadrado e teste T de Student ( $p < 0,05$ ) e uma possível correlação entre os indicadores de CSB e a QVRSB foi avaliada pelo Teste de Spearman ( $p < 0,05$ ).

**Resultados:** Do total de 86 gestantes incluídas, 56,8% tinham entre 20 e 24 anos (G2) e 40,9% entre 15 e 19 anos (G1) ( $p < 0,05$ ). O CPOD médio foi igual a 5,83 ( $\pm 4,23$ ) no G1 e 6,36 ( $\pm 3,93$ ) no G2 ( $p < 0,05$ ). Independente do grupo, a maioria, apresentou alguma condição relacionada a doença periodontal e má oclusão normal ou leve. Não houve correlação entre os indicadores clínicos CPOD, IPC e má oclusão e a QVRSB ( $p > 0,05$ ), independente do grupo. O impacto mais observado foi a dificuldade de comer e apreciar a comida.

**Conclusão:** A CSB das gestantes adolescentes e jovens pode ser considerada ruim. Ao menos um impacto na QVRSB foi relatado pela maioria das gestantes. No entanto, os indicadores de CSB não tiveram associação com os impactos gerados na QVRSB.

**Palavras-Chaves:** Saúde Bucal, Qualidade de vida, Gravidez a adolescência.

## **Introdução**

A adolescência (10 a 19 anos) e a juventude (15 a 24 anos) são períodos de transição marcados por mudanças físicas, psíquicas e sociais. A gravidez nestas fases, principalmente até os 19 anos, é considerada uma questão de saúde pública (1). Segundo recente relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS), do total de nascimentos mundiais, 11% ocorreram na faixa etária entre 10 a 19 anos (2), sendo 16 milhões de partos em um ano entre as meninas de 15 a 19 anos e 1 milhão entre as meninas de 10 e 14 anos (2). A gravidez na adolescência está associada a maiores riscos de nascimento prematuro, baixo peso ao nascer e mortalidade neonatal (3). Além da baixa idade materna, os fatores socioeconômicos configuram fatores de risco para tais desfechos da gestação, assim como a doença periodontal (DP) e seus fatores causais (4–9).

Durante a gestação, a saúde oral pode sofrer alterações. A doença cárie é uma doença multifatorial e sua relação com a gravidez não está bem estabelecida. Contudo, alguns fatores podem ser considerados para um possível aumento da incidência nesta fase, tais como mudanças de hábitos alimentares, uma maior negligência com hábitos de higiene oral, uma maior exposição aos ácidos gástricos (5,10) e alterações na composição salivar que aumentam o risco de desmineralização dental (5,10,11). A alteração oral mais frequente, no entanto, é a gengivite que afeta de 30 a 100% das gestantes (5), a gengiva se torna mais sensível a irritantes locais devido a uma maior permeabilidade dos vasos sanguíneos gengivais que por sua vez, são resultado das alterações hormonais (12,13).

Esses agravos na Condição de saúde bucal (CSB) podem gerar impactos na qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB) das gestantes (14–18). A QVRSB é uma construção multidimensional que inclui na avaliação do indivíduo suas experiências sociais e emocionais (19,20), sendo possível entender cada um a partir de suas necessidades e cultura (20). As mudanças de hábitos de saúde e alimentares e as alterações hormonais que ocorrem

tanto na adolescência e juventude quanto na gravidez podem modificar a CSB e afetar a QVRSB. Estudos anteriores (14–18,21–27) avaliaram a QVRSB em gestantes, porém poucos (14–18,21) avaliaram o impacto da CSB na QVRSB deste grupo e um único estudo (13) avaliou a CSB de gestantes adolescentes. No entanto, o impacto da CSB na QVRSB de gestantes adolescentes e jovens ainda não foi explorado. Assim, o objetivo deste trabalho foi descrever a CSB e o seu impacto na QVRSB de gestantes adolescentes e jovens.

### **Método**

Este estudo transversal avaliou adolescentes e jovens grávidas (de 15 a 24 anos) atendidas na Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil para acompanhamento pré-natal. O estudo foi aprovado pelo Comitê de ética local (22930913.9.0000.5275) e o consentimento escrito e o verbal para realização dos exames e entrevistas foram obtidos para todas as participantes. Foram excluídas as gestantes e/ou responsáveis que não concordaram em participar e/ou assinar os termos de consentimento e/ou assentimento. As gestantes foram avaliadas uma única vez e a amostra é constituída por gestantes nos diferentes estágios da gestação.

O exame clínico oral foi conduzido por um avaliador treinado, em um consultório médico com o auxílio de um espelho bucal, uma sonda periodontal OMS e uma lanterna. O exame avaliou a CSB de acordo com o recomendado pela OMS (28), usando o índice CPOD que contabiliza a presença de dentes cariados perdidos e/ou restaurados, o Índice Periodontal Comunitário (IPC) que avalia a doença periodontal por sextantes a partir de 10 dentes índices; e o índice de má oclusão que a classifica em normal, leve ou moderada/severa.

As entrevistas pessoais foram feitas por um avaliador treinado e foram coletadas a idade (anos), o período gestacional (1º, 2º e 3º trimestres), o número de gestações prévias, as condições socioeconômicas e da QVRSB. A condição socioeconômica (raça; escolaridade - anos completos de estudo; renda pessoal; e estado conjugal) e o número gestações prévias

foram autodeclarados. A QVRSB foi coletada a partir Oral Impact on Daily Performance (OIDP) validado para o português (29). Os dados foram analisados descritivamente de acordo com a faixa etária de 15 a 19 anos e 20 a 24 anos. As diferenças entre os grupos foram analisadas pelo Teste Qui quadrado ( $p < 0,05$ ), e pelo teste t de student ( $p < 0,05$ ) e a possível associação entre os indicadores da CSB e a QVRSB foi analisada pelo Coeficiente de Spearman ( $p < 0,05$ ).

### **Resultados**

Um total de 86 gestantes entre 15 e 24 anos ( $20,02 \pm 2,48$  anos) foram avaliadas. Destas 50 (58,1%) tinham entre 20 e 24 anos ( $21,76 \pm 1,4$  anos) e 36 (41,9%) entre 15 e 19 anos ( $17,61 \pm 1,4$  anos). A análise considerou os grupos, G1 de 15 a 19 anos e G2, de 20 a 24 anos. A escolaridade média no G1 foi de 10,17 ( $DP \pm 1,96$ ) anos completos de estudo. A maioria das gestantes em ambos os grupos eram pardas, solteiras e estavam na primeira gestação ( $p > 0,05$ ). No G2, a maioria possui renda pessoal ( $p < 0,05$ ). As características sócio demográficas da amostra estão descritas na Tabela 1.

Tabela 1. Características sócio demográficas de acordo com cada grupo.

Características	Gestantes (n=86)			
	G1 (n=36)		G2 (n=50)	
	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
<b>Período Gestacional**</b>				
1º trimestre	18	50	25	50
2º trimestre	11	30.6	11	22
3º trimestre	6	16.7	12	24
<b>Número de gestações</b>				
1ª gestação	32	88.9	31	62
2ª a 4ª gestações	4	11.1	19	38
<b>Raça</b>				
Branca	7	19.4	13	26
Parda	16	44.4	25	50
Negra	11	30.6	10	20
Amarela	2	5.6	2	4
<b>Escolaridade</b>				
≤ 8 anos completos	4	11.1	4	8
9 ≤ 12 anos completos	32	88.9	38	76
>12 anos completos	0	0	8	16
<b>Renda Pessoal*</b>				
Sem renda	28	77.8	22	44
0,1 ≤ 800 reais	4	11.1	10	20
801 ≤ 1500 reais	4	11.1	18	36
<b>Estado Civil</b>				
Solteira	35	97.2	43	86
Casada	1	2.8	7	14

\*Teste Qui-Quadrado  $p < 0.05$  \*\* Dados incompletos (G1, n=35 e G2, n=48)



O CPOD médio foi igual a 5,83 ( $\pm$  4,23) no grupo G1 e a 6,36 ( $\pm$  3,93) no G2 ( $p>0,05$ ). Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos quanto à má oclusão ( $p>0,05$ ) e o IPC ( $p>0,05$ ), descritos na tabela 2.

Tabela 2. Frequência de má oclusão e IPC de acordo com cada grupo.

Características	Gestantes (n=86)			
	G1 (n=36)		G2 (n=50)	
	Frequência absoluta	Frequência relativa	Frequência absoluta	Frequência relativa
	(n)	(%)	(n)	(%)
<b>Má oclusão</b>				
Normal	11	30.6	19	38
Leve	19	52.8	19	38
Moderada	6	16.7	11	24
<b>CPI</b>				
Sextante Hírido	9	26.5	15	30.6
Sangramento ou Cálculo	5	14.7	16	32.7
Bolsa $\geq$ 4 mm	20	58.8	18	36.7

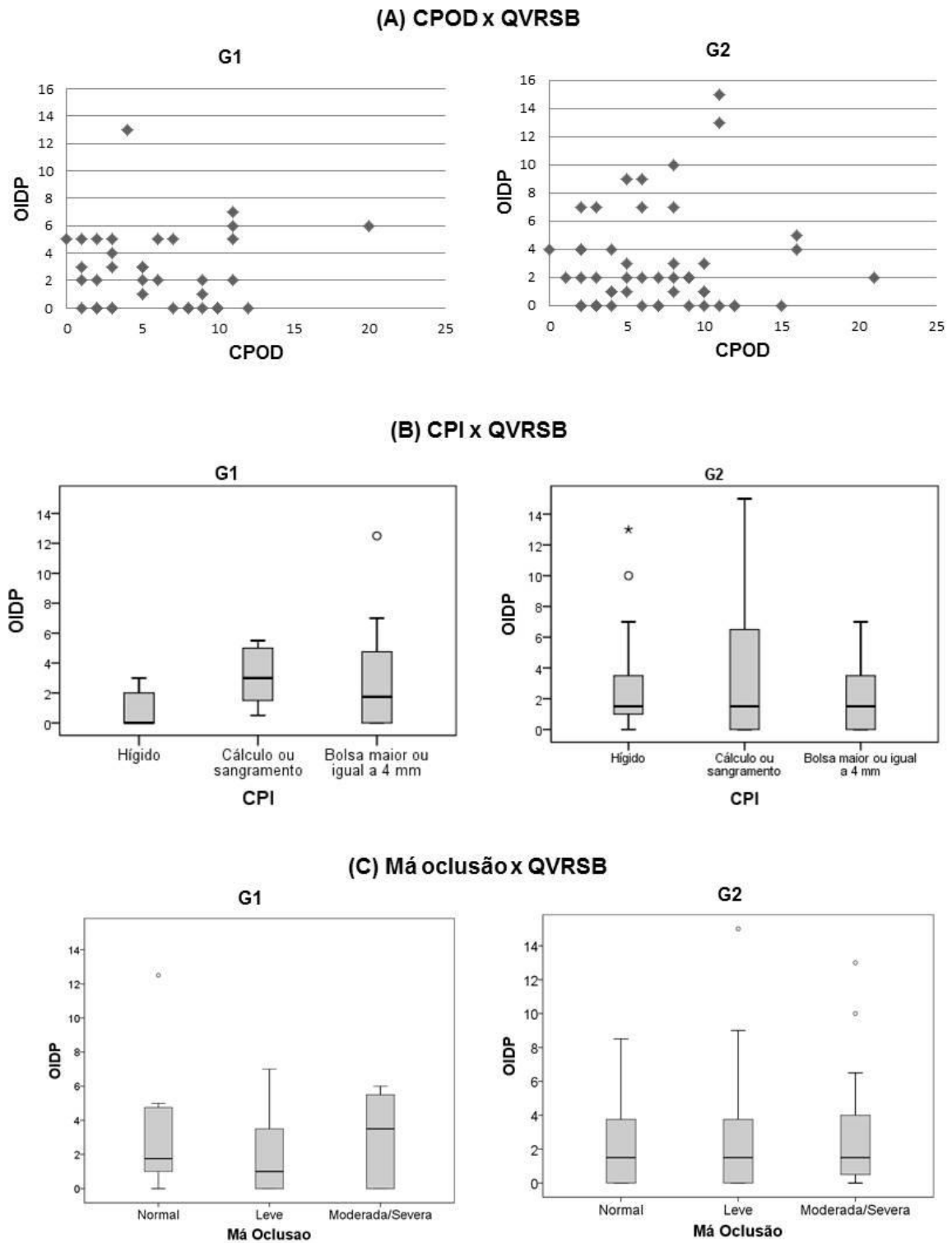
O OIDP teve o valor médio igual a 2,51 ( $\pm$  2,76) e mediana de 1,75 no G1 e de 2,71 ( $\pm$ 3,51) e 1,5 respectivamente no G2 ( $p>0,05$ ). A maioria das gestantes, em ambos os grupos (66,7% no G1 e 70% no G2), considerou que houve pelo menos um impacto na QVRSB. Os itens que causaram maior impacto na QVRSB em ambos os grupos foram a capacidade de “comer e apreciar a comida” seguido pelo item “higienizar os dentes”. As frequências de cada um dos itens do OIDP de acordo com as faixas etárias são demonstradas na tabela 3.

Não houve correlação entre o CPOD, os indicadores IPC e má-oclusão e a QVRSB ( $p>0,05$ ) em nenhum dos grupos (Figura 1).

Tabela 3. Frequência dos impactos orais na QVRSB de acordo com cada grupo.

Características	Gestantes (n=86)					
		G1 (n=36)		G2 (n=50)		
	Média (dp)	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)	Média (dp)	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Comer e apreciar a comida	3.31 (5.73)	20	55.6	1.82 (2.0)	25	50
Falar e pronunciar com clareza	0.14 (0.83)	1	2.8	0.18 (0.72)	3	6
Higienizar os dentes	1.31 (2.14)	13	36.1	1.08 (1.79)	16	32
Dormir e relaxar	0.5 (1.38)	5	13.9	0.74 (1.63)	9	18
Sorrir, dar risadas e mostrar os dentes sem ficar envergonhado	0.5 (1.38)	5	13.9	0.38 (1.14)	6	12
Manter um estado emocional equilibrado sem ficar irritado	0.31 (1.09)	3	8.3	0.48 (1.24)	6	12
Desempenhar o trabalho principal ou o papel social	0.31 (1.28)	2	5.6	0.36 (1.24)	4	8
Ter contato com as pessoas (ex: sair com os amigos)	0.14 (0.83)	2	5.6	0.38 (1.17)	5	10

Figura 1. Relação do CPOD (A), IPC (B) e Má-oclusão e QVRSB (C) de acordo com cada grupo.



## Discussão

De acordo com nosso conhecimento este é o primeiro estudo que avaliou o impacto da CSB na QVRSB, exclusivamente, de gestantes adolescentes e jovens (15 a 24 anos). A CSB foi avaliada de acordo com a OMS (28), e pode ser considerada ruim de acordo com os índices avaliados. Por outro lado, independente do índice de avaliação, não foi demonstrado um impacto estatisticamente significativo da CSB na QVRSB.

Este estudo analisou as gestantes de acordo com a faixa etária devido às diferenças biológicas, de conhecimento e de interpretação. Desta forma, foram avaliadas as faixas etárias de 15 a 19 anos (G1) e a de 20 a 24 anos (G2). A faixa etária entre 15 e 19 anos possui a segunda maior prevalência de nascimentos no mundo e apresenta altas taxas de mortalidade causada por complicações relacionadas ao parto e à gestação (30); assim como as adolescentes com menos de 15 anos tem cinco vezes mais chance de vir a óbito por estas complicações do que as jovens entre 20 a 24 anos (30). Um outro estudo (17) que propõe uma análise por faixas etárias ( $\leq 20$ , 21-30 e 31-45 anos), não indicou a idade mínima das gestantes incluídas.

Os grupos diferiram exclusivamente em relação a renda pessoal, sendo relatado pela maioria das gestantes do G1 não possuir renda pessoal. Tal fato pode ser explicado pela diferença de idades entre os grupos. Outros estudos (14–16) não avaliaram a renda pessoal, mas a maioria das gestantes avaliadas era dona de casa, não tendo renda própria, assim como no presente estudo. Este indicador nos auxilia a perceber o papel da mulher em casa, no entanto, não tem relação direta com a renda média familiar, não sendo possível identificar a que classe social a família desta gestante pertence. A escolaridade, em ambos os grupos, foi maior do que em estudos anteriores (14,17) e a maioria das gestantes era solteira, conforme o relatado por Misrachi et al (21) divergindo, no entanto, dos estudos de Oliveira e Nadanovsky

(14) e Wandera (17) cuja maioria avaliada é casada, porém com médias de idades maiores a do presente estudo.

A CSB da população estudada foi considerada ruim. O CPOD médio, independente da faixa etária, embora considerado alto, foi inferior ao relatado anteriormente em gestantes brasileiras adolescentes (13), gestantes chilenas e peruanas (21) e em adolescentes brasileiros de diferentes faixas etárias (31), e foi maior do que os encontrados por Acharya & Bhat (16) em gestantes indianas.

No que concerne à má oclusão, menos da metade das gestantes avaliadas em ambos os grupos apresentaram a oclusão classificada como normal. Não há estudos avaliando a prevalência de má-oclusão entre gestantes, dificultando uma comparação direta. Neste estudo, a minoria das gestantes apresentou má oclusão de moderada a severa, numa proporção menor do que a frequência de 45,6% de má oclusão severa relatada entre jovens brasileiros de 18 a 21 anos (32).

A maioria das gestantes, independente da faixa etária, apresentou algum indicador de DP com frequências similares a das gestantes adultas no estudo de Wandera et al (17) e abaixo da relatada por Rovida et al(13), em que 92,1% das adolescentes grávidas apresentavam algum tipo de envolvimento periodontal. Diversos estudos afirmam que há um aumento na profundidade de bolsa (PB) durante a gestação (10,12,33), o que pode justificar a alta proporção de gestantes com  $PB \geq 4\text{mm}$  no presente estudo. Esta proporção na faixa etária de 20 a 24 anos é similar aos 33,2% encontrados por Acharya et al (16) em gestantes adultas e ainda maior entre as gestantes de 15 a 19 anos. Tais achados podem ser justificados pela possível hiperplasia da papila interdental resultando na formação de pseudo bolsas, desta forma a maior PB encontrada durante o período gestacional não costuma ser sinal de destruição periodontal (10,33).

Em relação à qualidade de vida em gestantes, a maioria dos estudos avalia a qualidade de vida a partir de um problema de saúde específico, ao passo que o impacto da própria gravidez na qualidade de vida da mulher é pouco estudado (34). Neste sentido, ainda não há na literatura questionários de QVRSB específicos às gestantes e nem um consenso com relação à escolha de um questionário, o que dificulta uma comparação direta entre os estudos. Dentre os questionários utilizados estão o OHIP (15,16,18,21,24), o GOHAI (25) e, assim como no presente estudo, o OIDP (14,17). O OIDP avalia o impacto de problemas bucais em atividades diárias do indivíduo, é de fácil compreensão e de rápida aplicação (29).

O presente estudo não demonstrou correlação entre os índices CPOD, IPC e má oclusão com a QVRSB, estando de acordo com estudos anteriores que avaliaram o CPOD e o IPC (15,17,18). No entanto, diferentes estudos, através de diferentes questionários de QVRSB, demonstraram em grupos de gestantes associações positivas entre a QVRSB e problemas específicos, como a presença de restaurações (18), a perda dentária e problemas auto referidos (17), a cárie (15,16,21), a doença periodontal (15,16) e a dor oral (14).

Embora a má oclusão não tenha demonstrado isoladamente correlação com a QVRSB, destaca-se que no grupo de gestantes de 15 a 19 anos a má oclusão severa apresentou uma maior amplitude de escores do OIDP. Recente revisão sistemática demonstrou que a má oclusão apresenta impacto negativo na QVRSB de adolescentes, principalmente nas dimensões emocionais e sociais (35), podendo atingir até um em cada cinco adolescentes (36), e considerando que não foram encontrados estudos que avaliaram tal condição em gestantes adolescentes sugere-se a realização de novos estudos para melhor entender este impacto.

Independente dos índices de CSB não apresentarem uma correlação estatisticamente significativa com a QVRSB, a maioria das gestantes relatou ter ao menos um impacto nas suas atividades diárias, estando de acordo com estudos que avaliaram adolescentes e jovens

de 13 a 19 anos de Uganda (38) e de 19 a 25 anos da Tanzânia (37). Contudo, o mesmo não foi observado por Wandera *et al* (17) e Oliveira e Nadanovsky (14).

Dentre as gestantes que relataram ao menos um impacto, as atividades mais impactadas foram comer e apreciar a comida e higienizar os dentes, similar aos achados de Wandera *et al* (17). Porém, para Oliveira e Nadanovsky (14), que avaliou somente gestantes com dor oral, a atividade que mais sofreu impacto foi referente à dificuldade de manter equilíbrio emocional, uma das atividades que menos sofreram impacto no presente estudo. No entanto, os estudos apresentaram uma diferença metodológica, exigindo cautela em sua comparação. No presente estudo o questionário OIDP foi utilizado na íntegra, porém itens foram removidos tanto no estudo brasileiro (14) quanto no realizado em Uganda (17).

O impacto na atividade de comer, geralmente é causado por problemas orais como a cárie, a perda dentária e a má-oclusão que podem afetar a capacidade de mastigação e assim interferir na QVRSB (17). Embora, sem correlação estatisticamente significativa, tal impacto no presente estudo pode estar relacionado aos valores demonstrados pelos índices CPOD e de má oclusão. Tal aspecto assume especial relevância durante a gravidez, por poder levar a falhas na ingestão de nutrientes necessários ao desenvolvimento do bebê (39). Assim, essa percepção das gestantes de suas dificuldades para comer tem um caráter fundamental no planejamento clínico individual e de políticas públicas de saúde oral.

Assim como no presente estudo, a correlação entre a doença periodontal e a QVRSB em gestantes não foi demonstrada anteriormente, independente do indicador usado (17,18,21). No entanto, o item dificuldade de higienizar os dentes foi apontado como um dos principais impactos. Tal dificuldade pode estar relacionada, tanto aos altos valores do CPOD, mas principalmente pela maioria das gestantes do estudo apresentar algum indicador de DP. Contudo, apesar dos altos índices de sangramento gengival, muitas gestantes não o percebem como indicador de uma inflamação e tampouco como um problema que demande atenção.

(40) Sendo assim, apesar da limitação na higienização dentária, é possível que as gestantes não percebam as condições periodontais como algo que imprima impactos na sua QVRSB.

Existem algumas limitações no presente estudo, tais como a participação voluntária, o que pode ter aumentado a inclusão de gestantes que dão mais importância a condição oral ou que tenham maior nível de escolaridade. O estudo é transversal, e com número amostral limitado, o que impede inferências causais. Além disto, foi realizado em uma única maternidade com prestação de serviço público o que pode ter limitado o estudo a população de renda mais baixa, o que também é observado em estudos anteriores (16,18,21). Por outro lado, por ser uma unidade de referência, recebe gestantes de todo o estado.

A despeito destas limitações, este estudo demonstra a importância da avaliação da CSB e seu impacto na QVRSB de gestantes adolescentes e adultas jovens. Apesar da percepção de que a CSB pode impactar na saúde e na QV, um terço das gestantes adolescentes teme que a ida ao dentista possa ser prejudicial a ela e ao feto. (41). Os mitos e o uso de critérios inadequados, como ausência de dor ou desconforto, aparente morfologia dentária normal (42) associados à desinformação tanto das gestantes quanto dos profissionais de saúde (43) fazem com que as gestantes não procurem pela assistência odontológica profissional. (44) Desta forma, uma vez que a maioria dos agravos orais podem ser controlados por bons hábitos de higiene oral (10), é clara a necessidade de ações de educação em saúde que beneficiarão tanto as gestantes quanto seus filhos (5).

### **Conclusão**

A CSB das gestantes adolescentes e jovens pode ser considerada ruim, de acordo com a média do CPOD e a frequência de indicadores de doença periodontal considerados alto. A minoria das gestantes tinha má oclusão moderada/severa. Ao menos um impacto na QVRSB foi relatado pela maioria das gestantes. No entanto, os indicadores de CSB não tiveram correlação com os impactos gerados na QVRSB.



As gestantes adolescentes e jovens apresentam particularidades, devido às suas condições biológicas. Assim, sugere-se a realização de novos estudos para o melhor entendimento de sua CSB e seus impactos na QVRSB.

### **Lista de abreviações**

CSB: Condição de saúde bucal; QVRSB: Qualidade de vida relacionada à saúde bucal; OMS: Organização mundial de saúde; CPOD: Índice de dentes cariados, perdidos e obturados; IPC: Índice periodontal comunitário; OIDP: Oral impacts on daily performance; PB: Profundidade de bolsa

### **Conflitos de interesse**

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

### **Contribuição dos autores**

FMC, AJLAC, ATTL, PAR realizaram o delineamento do estudo. FMC realizou a coleta de dados. FMC, RRL, PAR realizaram as análises estatísticas. FMC e PAR redigiram o manuscrito. AJLAC, RRL, ATTL fizeram a revisão crítica do artigo. Todos os autores leram e aprovaram o manuscrito final.

### **Referências**

1. WHO. Adolescent Pregnancy. 2004. p. 86.
2. WHO. Adolescent pregnancy. Fact sheet N°364. 2014.
3. Chen X-K, Wen SW, Fleming N, Demissie K, Rhoads GG, Walker M. Teenage pregnancy and adverse birth outcomes: a large population based retrospective cohort study. *Int J Epidemiol.* 2007;36(2):368–73.
4. Shanthi V, Vanka A, Bhambal A, Saxena V, Saxena S, Kumar SS. Association of pregnant women periodontal status to preterm and low-birth weight babies: A systematic and evidence-based review. *Dent Res J.* 2012;9(4):368–80.
5. Steinberg BJ, Hilton I V, Iida H, Iida H, Samelson R. Oral health and dental care during pregnancy. *Dent Clin North Am.* 2013;57(2):195–210.

6. Offenbacher S, Katz V, Fertik G, Collins J, Boyd D, Maynor G, et al Periodontal infection as a possible risk factor for preterm low birth weight. *J Periodontol.* 1996;67:1103–13.
7. Offenbacher S, Jared HL, O'Reilly PG, Wells SR, Salvi GE, Lawrence HP, et al Potential pathogenic mechanisms of periodontitis associated pregnancy complications. *Ann Periodontol.* 1998;3(1):233–50.
8. Vergnes J-N, Sixou M. Preterm low birth weight and maternal periodontal status: a meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2007;196:135.e1–7.
9. Guimarães AN, Silva-Mato A, Miranda Cota LO, Siqueira FM, Costa FO. Maternal periodontal disease and preterm or extreme preterm birth: an ordinal logistic regression analysis. *J Periodontol.* 2010;81(3):350–8.
10. Laine MA. Effect of pregnancy on periodontal and dental health. *Acta Odontol Scand.* 2002;60(5):257–64.
11. Saluja P, Shetty V, Dave A, Arora M, Hans V, Madan A. Comparative Evaluation of the Effect of Menstruation, Pregnancy and Menopause on Salivary Flow Rate, pH and Gustatory Function. *J Clin Diagn Res.* 2014;8(10):ZC81–5.
12. Lieff S, Boggess KA, Murtha AP, Jared H, Madianos PN, Moss K, et al The Oral Conditions and Pregnancy Study : Periodontal Status of a Cohort of Pregnant Women. 2001;75(1).
13. Rovida TAS, Moimaz SAS, Garbin CAS, Lima DP. Self-perception and Oral Health in Pregnant Adolescents. *OHDM.* 2014;13(3):842–6.
14. De Oliveira BH, Nadanovsky P. The impact of oral pain on quality of life during pregnancy in low-income Brazilian women. *J Orofac Pain.* 2006;20(4):297–305.
15. Acharya S, Bhat P V. Oral-health-related quality of life during pregnancy. *J Public Health Dent.* 2009;69(2):74–7.
16. Acharya S, Bhat P V., Acharya S. Factors affecting oral health-related quality of life among pregnant women. *Int J Dent Hyg.* 2009;7(2):102–7.
17. Wandera MN, Engebretsen IM, Rwenyonyi CM, Tumwine J, Astrøm AN. Periodontal status, tooth loss and self-reported periodontal problems effects on oral impacts on daily performances, OIDP, in pregnant women in Uganda: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes.* 2009;7:89.
18. Cornejo C, Rossi G, Rama A, Gomez-Gutierrez N, Alvaredo G, Squassi A, et al Oral health status and oral health-related quality of life in pregnant women from socially deprived populations. *Acta Odontol Latinoam.* 2013;26(2):68–74.
19. Sisco L, Broder HL. Oral health-related quality of life: what, why, how, and future implications. *J Dent Res.* 2011;90(11):1264–70.

20. Bennadi D, Reddy CVK. Oral health related quality of life. *J Int Soc Prev Community Dent*. 2013;3(1):1–6.
21. Misrachi C, Ríos M, Morales I, Urzúa JP, Barahona P. Oral health status and quality of life in pregnant chilean and peruvian immigrantes woman. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2009;26(4):455–61.
22. Lamarca GA, Leal MDC, Leao ATT, Sheiham A, Vettore M V. Oral health related quality of life in pregnant and post partum women in two social network domains; predominantly home-based and work-based networks. *Health Qual Life Outcomes*. BioMed Central Ltd; 2012;10(1):5.
23. Lamarca G a, Leal MDC, Leao ATT, Sheiham A, Vettore M V. The different roles of neighbourhood and individual social capital on oral health-related quality of life during pregnancy and postpartum: a multilevel analysis. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2014;42(2):139–50.
24. Neto ET dos S, Oliveira AE, Zandonade E, Leal M do C, 1. Acesso à assistência odontológica no acompanhamento pré-natal. *Cien Saude Colet*. 2012;17(11):3057–68.
25. Silva SRC da, Rosell FL, Júnior AV. Percepção das condições de saúde bucal por gestantes atendidas em uma unidade de saúde no município de Araraquara , São Paulo , Brasil Oral health perception of pregnant women seen at a healthcare center in the municipality of Araraquara , São Paulo , . *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2006;6(4):405–10.
26. Jeremias F, Rocha S, Junior AV, Pereira E, Lopez F. Autopercepção e Condições de Saúde Bucal em Gestantes Self-perception and oral health status in pregnant women. 2010;9(4):359–63.
27. Rosell FL, Luísa A, Martins B, Pereira E. Impact of Oral Health Problems on the Quality of Life of Pregnant Women. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2013;13(3):287–93.
28. WHO. Oral Health Survays. Basic Methods. Geneva; 1987.
29. Cortes MI de S, Marcenes W, Sheiham A. Impact of traumatic injuries to the permanent teeth on the oral health-related quality of life in. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2002;30:193–8.
30. Unicef. The State of the World ' S Children. Children. 2009.
31. Krüger MSM, Lang C a, Almeida LHS, Bello-Corrêa FO, Romano AR, Pappen FG. Dental Pain and Associated Factors Among Pregnant Women: An Observational Study. *Matern Child Health J*. 2014; 19(3):504-10
32. Claudino D, Traebert J. Malocclusion, dental aesthetic self-perception and quality of life in a 18 to 21 year-old population: a cross section study. *BMC Oral Health*. BMC Oral Health; 2013;13(1):3.

33. Tilakaratne A, Soory M, Ranasinghe a. W, Corea SMX, Ekanayake SL, de Silva M. Periodontal disease status during pregnancy and 3 months post-partum, in a rural population of Sri-Lankan women. *J Clin Periodontol*. 2000 Oct;27(10):787–92.
34. Vachkova E, Jezek S, Mares J, Moravcova M. The evaluation of the psychometric properties of a specific quality of life questionnaire for physiological pregnancy. *Health Qual Life Outcomes*. 2013;11:214.
35. Dimberg L, Arnrup K, Bondemark L. The impact of malocclusion on the quality of life among children and adolescents : a systematic review of quantitative studies. *Eur J Orthod*. 2014;1–10.
36. Bernabé E, Sheiham a., De Oliveira CM. Impacts on daily performances attributed to malocclusions by British adolescents. *J Oral Rehabil*. 2009;36:26–31.
37. Masalu JR, Åström AN. Applicability of an abbreviated version of the oral impacts on daily performances ( OI DP ) scale for use among Tanzanian students. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2003;31:7–14.
38. Åström AN, Okullo I. Validity and reliability of the Oral Impacts on Daily Performance ( OI DP ) frequency scale : a cross-sectional study of adolescents in Uganda. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2003;9:1–9.
39. George A, Shamim S, Johnson M, Dahlen H, Ajwani S, Bhole S, et al How do dental and prenatal care practitioners perceive dental care during pregnancy? Current evidence and implications. *Birth*. 2012;39(3):238–47.
40. Keirse MJNC, Plutzer K. Women’s attitudes to and perceptions of oral health and dental care during pregnancy. *J Perinat Med*. 2010;38(1):3–8.
41. Fadavi S, Sevandal MC, Koerber A, Punwani I. Survey of oral health knowledge and behavior of pregnant minority adolescents. *Pediatr Dent*. 2009;31(5):405–8.
42. Murphey C. Oral health experiences of pregnant and parenting adolescent women: a qualitative descriptive study. *Int J Nurs Stud*. Elsevier Ltd; 2013;50(6):768–75.
43. Al Habashneh R, Guthmiller J, Levy S, Johnson G, Squier C, Dawson D, et al Factors related to utilization of dental services during pregnancy. *J Clin Periodontol*. 2005;32:815–21.
44. Murphey C, Rew L. Three intervention models for exploring oral health in pregnant minority adolescents. *J Spec Pediatr Nurs*. 2009;14(2):132–41.

#### **4. Conclusão**

A CSB das gestantes adolescentes e adultas jovens pode ser considerada ruim, de acordo com a média do CPOD e a frequência de indicadores de doença periodontal considerados alto. A maioria das gestantes tinha oclusão normal ou leve má oclusão. Ao menos um impacto na QVRSB foi relatado pela maioria das gestantes. No entanto, os indicadores de CSB não tiveram correlação com os impactos gerados na QVRSB.

As gestantes adolescentes e adultas jovens apresentam particularidades, devido às suas condições biológicas. Assim, sugere-se a realização de novos estudos para o melhor entendimento de sua CSB e seus impactos na QVRSB.

## 5. Referências Bibliográficas

Acharya, S., Bhat, P. V. (2009). **Oral-health-related quality of life during pregnancy.** *Journal of Public Health Dentistry*, 69(2), 74–7.

Acharya, S., Bhat, P. V., & Acharya, S. (2009). **Factors affecting oral health-related quality of life among pregnant women.** *International Journal of Dental Hygiene*, 7(2), 102–7.

Adulyanon, A., & Sheiham, A. (1997). **Oral Impacts on Daily performances.** In *Measuring Oral Health and Quality of life. Dental Ecology*, 152–160.

Al Habashneh, R., Guthmiller, J., Levy, S., Johnson, G., Squier, C., Dawson, D., & Fang, Q. (2005). **Factors related to utilization of dental services during pregnancy.** *J Clin Periodontol*, 32, 815–21.

Åstrøm, A. N., & Okullo, I. (2003). **Validity and reliability of the Oral Impacts on Daily Performance ( OI DP ) frequency scale : a cross-sectional study of adolescents in Uganda.** *Community Dent Oral Epidemiol*, 9, 1–9.

Atchison, K., & Dolan, T. (1990). **Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index.** *J Dent Educ*, 54, 680–687.

Bennadi, D., & Reddy, C. V. K. (2013). **Oral health related quality of life.** *Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry*, 3(1), 1–6.

Bernabé, E., Sheiham, a., & De Oliveira, C. M. (2009). **Impacts on daily performances attributed to malocclusions by British adolescents.** *Journal of Oral Rehabilitation*, 36, 26–31.

BRASIL, M. da S. **Cadernos de Atenção Básica - Saúde Bucal.** , Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 92 p. il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 17) (2006). Brasília.

BRASIL, M. da S. (2010). **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde** (p. 132). Brasília - DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde,

Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem.

Castro, R. a L., Cortes, M. I. S., Leão, A. T., Portela, M. C., Souza, I. P. R., Tsakos, G., Sheiham, A. (2008). **Child-OIDP index in Brazil: cross-cultural adaptation and validation**. *Health and Quality of Life Outcomes*, 6(68), 1-8.

Chen, X.-K., Wen, S. W., Fleming, N., Demissie, K., Rhoads, G. G., & Walker, M. (2007). **Teenage pregnancy and adverse birth outcomes: a large population based retrospective cohort study**. *International Journal of Epidemiology*, 36(2), 368–73.

Claudino, D., & Traebert, J. (2013). **Malocclusion, dental aesthetic self-perception and quality of life in a 18 to 21 year-old population: a cross section study**. *BMC Oral Health*, 13(3), 1-6.

Codato, L. A. B., Nakama, L., Cordonni, L., & Higasi, M. S. (2011). **Dental treatment of pregnant women: the role of healthcare professionals**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(4), 2297–2301.

Cohen-carneiro, F., Souza-santos, R., & Rebelo, M. A. B. (2011). **Quality of life related to oral health : contribution from social factors**. *Ciencia & Saúde Coletiva*, 16(1), 1007–1015.

Cornejo, C., Rossi, G., Rama, A., Gomez-Gutierrez, N., Alvaredo, G., Squassi, A., & Klemonsksis, G. (2013). **Oral health status and oral health-related quality of life in pregnant women from socially deprived populations**. *Acta Odontológica Latinoamericana : AOL*, 26(2), 68–74.

Cortes, M. I. de S., Marcenes, W., & Sheiham, A. (2002). **Impact of traumatic injuries to the permanent teeth on the oral health-related quality of life in**. *Community Dent Oral Epidemiol*, 30, 193–198.

De Oliveira, B. H., & Nadanovsky, P. (2006). **The impact of oral pain on quality of life during pregnancy in low-income Brazilian women**. *Journal of Orofacial Pain*, 20(4), 297–305.

Dias, A. C. G., & Teixeira, M. A. P. (2010). **Adolescent pregnancy : a look at a complex phenomenon.** *Paidéia*, 20(45), 123–131.

Dimberg, L., Arnrup, K., & Bondemark, L. (2014). **The impact of malocclusion on the quality of life among children and adolescents : a systematic review of quantitative studies.** *European Journal of Orthodontics*, 1–10.

Dos Santos, S. R., & da Cunha, A. J. L. A. (2012). **Adolescentes e Adolescências.** In *Odontologia Integrada na Adolescência* (p. 9). São Paulo: Santos.

Fadavi, S., Sevandal, M. C., Koerber, A., & Punwani, I. (2009). **Survey of oral health knowledge and behavior of pregnant minority adolescents.** *Pediatric Dentistry*, 31(5), 405–8.

Fonseca, A. L. B. da, & Araújo, N. G. de. (2004). **Maternidade Precoce: uma das consequencias do abandono escolar e do desemprego.** *Rev. Bras. Cres. E Desenv. Hum.* 14(2), 16–22.

George, A., Shamim, S., Johnson, M., Dahlen, H., Ajwani, S., Bhole, S., & Yeo, A. E. (2012). **How do dental and prenatal care practitioners perceive dental care during pregnancy? Current evidence and implications.** *Birth* (Berkeley, Calif.), 39(3), 238–47.

Guimarães, A. N., Silva-Mato, A., Miranda Cota, L. O., Siqueira, F. M., & Costa, F. O. (2010). **Maternal periodontal disease and preterm or extreme preterm birth: an ordinal logistic regression analysis.** *The Journal of Periodontology*, 81(3), 350–358.

Jeremias, F., Rocha, S., Junior, A. V., Pereira, E., & Lopez, F. (2010). **Self-perception and oral health status in pregnant women.** 9(4), 359–363.

Keirse, M. J. N. C., & Plutzer, K. (2010). **Women's attitudes to and perceptions of oral health and dental care during pregnancy.** *Journal of Perinatal Medicine*, 38(1), 3–8.



Krüger, M. S. M., Lang, C. a, Almeida, L. H. S., Bello-Corrêa, F. O., Romano, A. R., & Pappen, F. G. (2014). **Dental Pain and Associated Factors Among Pregnant Women: An Observational Study.** *Maternal and Child Health Journal*.

Laine, M. A. (2002). **Effect of pregnancy on periodontal and dental health.** *Acta Odontologica Scandinavica*, 60(5), 257–264.

Lamarca, G. a, Leal, M. D. C., Leao, A. T. T., Sheiham, A., & Vettore, M. V. (2014). **The different roles of neighbourhood and individual social capital on oral health-related quality of life during pregnancy and postpartum: a multilevel analysis.** *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 42(2), 139–50.

Lamarca, G. A., Leal, M. D. C., Leao, A. T. T., Sheiham, A., & Vettore, M. V. (2012). **Oral health related quality of life in pregnant and post partum women in two social network domains; predominantly home-based and work-based networks.** *Health and Quality of Life Outcomes*, 10(5), 1-11.

Lieff, S., Boggess, K. A., Murtha, A. P., Jared, H., Madianos, P. N., Moss, K., Offenbacher, S. (2001). **The Oral Conditions and Pregnancy Study : Periodontal Status of a Cohort of Pregnant Women.** 75(1), 116-126.

Lima, F., Dias, A., Lima, K., Francenely, N., Vieira, C., Neyva, P., V, C. C. M. (2010). **Risks and vulnerabilities related to sexuality in adolescence.** *Rev Enferm UERJ*, 18(3), 456–461.

Masalu, J. R., & Åstrøm, A. N. (2003). **Applicability of an abbreviated version of the oral impacts on daily performances ( OI DP ) scale for use among Tanzanian students.** *Community Dent Oral Epidemiol*, 31, 7–14.

McGrath, C., & Bedi, R. (2001). **An evaluation of a new measure of oral health related quality of life–OHQoL-UK(W).** *Community Dental Health*, 18, 138–143.

Misrachi, C., Ríos, M., Morales, I., Urzúa, J. P., & Barahona, P. (2009). **Oral health status and quality of life in pregnant chilean and peruvian immigrantes woman.** *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 26(4), 455–461.

Murphey, C. (2013). **Oral health experiences of pregnant and parenting adolescent women: a qualitative descriptive study.** *International Journal of Nursing Studies*, 50(6), 768–775.

Murphey, C., & Rew, L. (2009). **Three intervention models for exploring oral health in pregnant minority adolescents.** *Journal for Specialists in Pediatric Nursing : JSPN*, 14(2), 132–41.

Naito, M., Yuasa, H., Nomura, Y., Nakayama, T., Hamajima, N., & Hanada, N. (2006). **Oral health status and health-related quality of life: a systematic review.** *Journal of Oral Science*, 48(1), 1–7.

Neto, E. T. dos S., Oliveira, A. E., Zandonade, E., Leal, M. do C., & 1. (2012). **Acesso à assistência odontológica no acompanhamento pré-natal.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(11), 3057–3068.

Offenbacher, S., Jared, H. L., O'Reilly, P. G., Wells, S. R., Salvi, G. E., Lawrence, H. P., Beck, J. D. (1998). **Potential pathogenic mechanisms of periodontitis associated pregnancy complications.** *Annals of Periodontology / the American Academy of Periodontology*, 3(1), 233–250.

Offenbacher, S., Katz, V., Fertik, G., Collins, J., Boyd, D., Maynor, G., Beck, J. (1996). **Periodontal infection as a possible risk factor for preterm low birth weight.** *The Journal of Periodontology*, 67, 1103–1113.

Pantoja, A. L. N. (2003). **“ Be someone in life ”: a socio-anthropological analysis of adolescent pregnancy and motherhood in Belém , Pará State , Brazil.** *Cad. Saúde Pública*, 19(2), S335–S343.

Reis, D. M., Pitta, D. R., Ferreira, H. M. B., de Jesus, M. C. P., & de Moraes, Mari Eli Leonelli Soares, M. G. (2010). **Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(1), 269–276.

Rosell, F. L., Luísa, A., Martins, B., & Pereira, E. (2013). **Impact of Oral Health Problems on the Quality of Life of Pregnant Women.** *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, 13(3), 287–293.

Rovida, T. A. S., Moimaz, S. A. S., Garbin, C. A. S., & Lima, D. P. (2014). **Self-perception and Oral Health in Pregnant Adolescents.** OHDM, 13(3), 842–846.

Ryalat, S., Sawair, F., Baqain, Z., Barghout, N., Amin, W., Badran, D., & Badran, E. (2011). **Effect of oral diseases on mothers giving birth to preterm infants.** Medical Principles and Practice : International Journal of the Kuwait University, Health Science Centre, 20(6), 556–61.

Saluja, P., Shetty, V., Dave, A., Arora, M., Hans, V., & Madan, A. (2014). **Comparative Evaluation of the Effect of Menstruation, Pregnancy and Menopause on Salivary Flow Rate, pH and Gustatory Function.** Journal of Clinical and Diagnostic Research : JCDR, 8(10), ZC81–ZC85.

Santos, K. A. (2012). **Teenage pregnancy contextualized : understanding reproductive intentions in a Brazilian shantytown.** Cad. Saúde Pública, 28(4), 655–664.

Shanthi, V., Vanka, A., Bhambal, A., Saxena, V., Saxena, S., & Kumar, S. S. (2012). **Association of pregnant women periodontal status to preterm and low-birth weight babies : A systematic and evidence-based review.** Dental Research Journal, 9(4), 368–380.

Silva, S. R. C. da, Rosell, F. L., & Júnior, A. V. (2006). **Oral health perception of pregnant women seen at a healthcare center in the municipality of Araraquara , São Paulo, Brazil.** Rev. Bras. Saúde Matern. Infant, 6(4), 405–410.

Sischo, L., & Broder, H. L. (2011). **Oral health-related quality of life: what, why, how, and future implications.** Journal of Dental Research, 90(11), 1264–70.

Slade, G. D., & Spencer, A. J. (1994). **Development and evaluation of the oral health impact profile.** Community Dental Health, 11, 3–11.

Steinberg, B. J., Hilton, I. V., Iida, H., Iida, H., & Samelson, R. (2013). **Oral health and dental care during pregnancy.** Dental Clinics of North America, 57(2), 195–210.

Tilakaratne, A., Soory, M., Ranasinghe, a. W., Corea, S. M. X., Ekanayake, S. L., & de Silva, M. (2000). **Periodontal disease status during pregnancy and 3 months post-partum, in a rural population of Sri-Lankan women.** *Journal of Clinical Periodontology*, 27(10), 787–792.

Unicef. (2009). **The State of the World's Children.** *Children* (p. 168).

Vachkova, E., Jezek, S., Mares, J., & Moravcova, M. (2013). **The evaluation of the psychometric properties of a specific quality of life questionnaire for physiological pregnancy.** *Health and Quality of Life Outcomes*, 11(214), 1-7.

Vergnes, J.-N., & Sixou, M. (2007). **Preterm low birth weight and maternal periodontal status: a meta-analysis.** *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 196(135) e1–e7

Wandera, M. N., Engebretsen, I. M., Rwenyonyi, C. M., Tumwine, J., & Astrøm, A. N. (2009). **Periodontal status, tooth loss and self-reported periodontal problems effects on oral impacts on daily performances, ODP, in pregnant women in Uganda: a cross-sectional study.** *Health and Quality of Life Outcomes*, 7(89), 1-10.

WHO. (1987). **Oral Health Surveys.** Basic Methods. Geneva.

WHO. (2004). **Adolescent Pregnancy.**

WHO. (2014). **Adolescent pregnancy.** Fact sheet N°364.

Yazlle, M. E. H. D. (1996). **Gravidez na Adolescência.** *Revista Brasileira de Ginecologia E Obstetrícia*, 28(8), 443–445.

## 6. Anexos

## ANEXO I – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

MATERNIDADE ESCOLA DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
RIO DE JANEIRO/ ME-UFRJ



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Avaliação da condição de saúde oral das gestantes adolescentes e jovens atendidas na Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

**Pesquisador:** Patrícia de Andrade Rizzo

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 22930913.9.0000.5275

**Instituição Proponente:** Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 537.015

**Data da Relatoria:** 21/02/2014

**Apresentação do Projeto:**

Respostas as pendências recebidas em 16.1.2014

Constam os novos documentos:

1. Projeto de pesquisa acatando as solicitações deste CEP, postagem em 16.1.2014;
2. Carta contendo o relato em separado das resposta as pendências solicitadas, postagem em 16.1.2014.

**Objetivo da Pesquisa:**

Cf. Número do Parecer: 492.520.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Cf. Número do Parecer: 492.520.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Cf. Número do Parecer: 492.520.

Todas as pendências foram acatadas e atendidas.

- 1 - Descreveu os riscos;
- 2 - Os objetivos descritos na plataforma e no projeto foram alterados de modo que ficassem iguais;
- 3 - Descreveu como chegou ao tamanho da amostra estipulada em 200 participantes da pesquisa,

**Endereço:** Rua das Laranjeiras, 180  
**Bairro:** Laranjeiras **CEP:** 22.240-003  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)1556-9747 **Fax:** (21)1205-9064 **E-mail:** cep@me.ufrj.br; ivobasilio@me.ufrj.br

MATERNIDADE ESCOLA DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
RIO DE JANEIRO/ ME-UFRJ



Continuação do Parecer: 537.015

mesmo sendo por conveniência o pesquisador citou a logística para tal;

4 - Descreveu mais detalhadamente como se dará o processamento e análise dos dados quantitativos e qualitativos.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Cf. Número do Parecer: 492.520.

**Recomendações:**

Nenhuma.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Todas as pendências foram acatadas e atendidas.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

- 1) De acordo com o item VII.13.d, da Resolução CNS n.º 466/12, o pesquisador deverá apresentar relatórios anuais (parciais ou finais, em função da duração da pesquisa).
- 2) Eventuais emendas (modificações) ao protocolo devem ser apresentadas, com justificativa, ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada.

RIO DE JANEIRO, 21 de Fevereiro de 2014

Assinador por:

Ivo Basílio da Costa Júnior  
(Coordenador)

**Endereço:** Rua das Laranjeiras, 180

**Bairro:** Laranjeiras

**CEP:** 22.240-003

**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)1556-9747

**Fax:** (21)1205-9064

**E-mail:** cep@me.ufrj.br; ivobasilio@me.ufrj.br

## ANEXO II – Ficha de coleta



“Avaliação da condição de saúde oral das gestantes adolescentes e jovens atendidas na Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro.”

Faculdade de Odontologia  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

**Identificação**

Nome: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Raça/Cor \_\_\_\_\_

Data de Nascimento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

**Questionário Sócio econômico**

1	Número de pessoas	<input type="checkbox"/>			
2	Escolaridade (anos de estudo)	<input type="checkbox"/>			
3	Estudante	<input type="checkbox"/>	0 - Sim 1 - Não		
4	Tipo de Escola	<input type="checkbox"/>	0 - Não é estudante 1 - Pública	2 - Privada 3 - Outras	
5	Moradia	<input type="checkbox"/>	1 - Própria 2 - Própria em aquisição	3 - Alugada 4 - Cedida	5 - Outros
6	Número de cômodos da casa	<input type="checkbox"/>			
7	Renda Familiar	<input type="checkbox"/>	R\$		
8	Renda Pessoal	<input type="checkbox"/>	R\$		
9	Posse de automóvel	<input type="checkbox"/>	0- não possui 1- possui um automóvel	2- possui dois ou mais automóveis	

**Perfil Gineco-obstétrico**

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Estado Conjugal: \_\_\_\_\_

Atividade/ Ocupação: \_\_\_\_\_

Idade da Menarca: \_\_\_\_\_ Idade da Sexarca: \_\_\_\_\_ Número de gestações: \_\_\_\_\_

Número de partos: \_\_\_\_\_ Abortos sofridos: \_\_\_\_\_

A gestação foi planejada? \_\_\_\_\_

Algum parente próximo engravidou na adolescência? \_\_\_\_\_ Se sim, com que idade? \_\_\_\_\_

O que te levou a engravidar? \_\_\_\_\_

Como você se sentiu com relação a sua gestação? \_\_\_\_\_

Fazia uso de anticoncepcional? \_\_\_\_\_ Qual? \_\_\_\_\_

Possui alguma DST? \_\_\_\_\_ Antecedentes familiares: \_\_\_\_\_

### Ficha Odontológica

#### Geral

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

Presença de má oclusão		Outros	
------------------------	--	--------	--

Legendas:

Código	Condição dental
0	Ausência de cárie
1	Presença de cárie
2	Dente impactado
3	Comprometimento Pulpar
4	Indicado a extração
5	Dente perdido
6	Restaurado

Código	Má oclusão
0	Normal
1	Leve
2	Moderada/Severa
9	Sem informação

#### CPI

17 – 16	11	26 - 27		
47 – 46	31	36 - 37		

Código	Condição dental
0	Sextante hígido
1	Sextante com sangramento
2	Cálculo
3	Bolsa de 4 mm a 5 mm
4	Bolsa de 6 mm ou mais
X	Sextante excluído
9	Sextante não examinado



## ANEXO III – ODP

<b>Atividade</b>	<b>Pergunta 1 (frequência)</b>	<b>Pergunta 2 (gravidade)</b>	<b>Pergunta 3 (princ. sintoma)</b>	<b>Pergunta 4 (problema bucal)</b>
Comer e apreciar a comida				
Falar e pronunciar com clareza				
Higienizar os dentes				
Dormir e relaxar				
Sorrir, dar risadas e mostrar os dentes sem ficar envergonhado				
Manter um estado emocional equilibrado sem ficar irritado				
Desempenhar o trabalho principal ou o papel social				
Ter contato com as pessoas (ex.: sair com os amigos)				

**Questionário ODP continuação** Utilizar as perguntas para cada uma das atividade que constam da TABELA

**Pergunta 1**

a) nos últimos seis meses, problemas com sua boca, seus dentes ou dentadura (próteses)

têm causado dificuldades para (ler a atividade)?

0. Não (passe para a próxima pergunta)

1. Sim (passe para a pergunta b)

b) se a resposta for Sim, com que frequência?

1. menos de uma vez ao mês (passe para pergunta c)

2. uma ou duas vezes por mês

3. uma ou duas vezes por semana

4. três a quatro vezes por semana

5. quase todos os dias

c) se for menos de uma vez ao mês, aproximadamente quantos dias no total?

1. até 5 dias no total

2. até 15 dias no total

3. até 30 dias no total

4. até 3 meses no total

5. mais de 3 meses no total

**Pergunta 2**

Agora, gostaria de saber da gravidade do problema em relação à pergunta 1.

Em uma

escala de 0 a 5, onde 0 significa nenhuma gravidade e 5 significa extremamente grave, como você a classifica?

0	1	2	3	4	5
0. nenhuma gravidade	1. muito pouco grave				
2. pouco grave					
3. gravidade moderada					
4. muito grave					
5. extremamente grave					

**Pergunta 3**

Qual foi o principal sintoma dessa dificuldade?

1. dor
2. desconforto
3. limitação na função (p.ex., mastigar, morder ou abrir bem a boca)
4. insatisfação com a aparência
5. outros (especificar)

107

**Questionário OIDP continuação Pergunta 4**

Aproximando-nos da causa com mais detalhes, você poderia especificar qual problema

com a sua boca, dentes ou dentadura é a principal causa dessa dificuldade?

0. não consegue identificar

*Dentes*

1. dor de dente
2. falta de dente
3. dente mole
4. cor dos dentes
5. posição dos dentes (p.ex., dente torto ou muito para frente)
6. forma ou tamanho dos dentes

*Boca*

7. deformidade na boca ou rosto
8. úlcera bucal ou escoriações doloridas (não relacionadas à prótese)
9. sensação de ardência/queimação na boca
10. mau hálito
11. alterações no paladar
12. gosto desagradável

*Gengivas*

13. sangramento gengival
14. recessões gengivais
15. abscessos gengivais

*Mandíbula*

16. barulho desagradável ou estalo na articulação mandibular
17. mandíbula travada

*Tratamentos prévios*

18. obturação quebrada ou de cor diferente do dente
19. dentadura solta ou mal colocada
20. aparelhos ortodônticos
88. outros (especificar)
99. sem resposta