

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
Centro de Ciências da Saúde
Faculdade de Odontologia



HIORRAN COELHO ALMEIDA MATOS

**IMPACTO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL NA
QUALIDADE DE VIDA E NA SATISFAÇÃO PESSOAL DE
ESCOLARES DE ÁREA URBANA E RURAL DO
MUNICÍPIO DE NOVA FRIBURGO**

Rio de Janeiro
2018



HIORRAN COELHO ALMEIDA MATOS

**IMPACTO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL NA
QUALIDADE DE VIDA E NA SATISFAÇÃO PESSOAL DE
ESCOLARES DE ÁREA URBANA E RURAL DO
MUNICÍPIO DE NOVA FRIBURGO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Odontologia (Área de Concentração:Odontopediatria).

Orientadoras:

Profa. Dra. Luciana Pomarico Ribeiro
Profa. Adjunta da Disciplina de
Odontopediatria da FO/UFRJ.

Profa. Dra. Michelle Mikhael Ammari
Profa. Adjunta da Disciplina de
Odontopediatria da UFF/NF(ISNF)

FICHA CATALOGRÁFICA

Matos, Hiorran Coelho Almeida

Impacto da condição de saúde bucal na qualidade de vida e na satisfação pessoal de escolares de área urbana e rural do município de Nova Friburgo. / Hiorran Coelho Almeida Matos. - Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Centro de Ciências da Saúde, Faculdade de Odontologia, Programa de Pós-Graduação em Odontologia (Odontopediatria), 2018.

89 f.: il.; 31cm.

Orientadoras: Luciana Pomarico Ribeiro e Michelle Mikhael Ammari.

Dissertação (mestrado) - UFRJ, CCS, FO, Programa de Pós-graduação em Odontologia (Odontopediatria), 2018.

Referências: f. 65-70.

1. Saúde bucal - estatística e dados numéricos. 2. Cárie Dentária - epidemiologia. 3. Indicadores (Estatística). 4. Qualidade de Vida. 5. Felicidade. 6. Adolescente. 7. Odontologia - Tese. I. Ribeiro, Luciana Pomarico. II. Ammari, Michelle Mikhael. III. UFRJ, CCS, FO, Programa de Pós-Graduação em Odontologia (Odontopediatria) IV. Título.

DEDICATÓRIA

Aos meus Pais,

Aos meus queridos e amados pais! Dedico todo meu trabalho a vocês, que tanto fizeram e fazem por mim! O amor de vocês me fez ter força para alcançar tantos sonhos que imaginei serem impossíveis. Obrigado por sempre acreditarem e por nunca terem me deixado desistir, por terem sido minha motivação para continuar sempre! Eu vivo por vocês e vocês vivem por mim. Eu amo muito você minha mãe **ANNA MARIA** e obrigado por tudo **ANTÔNIO FREDERICO**.

“E, acima de tudo, tenham amor, pois o amor une perfeitamente todas as coisas.”

Colossenses 3:14

AGRADECIMENTOS

É difícil transformar sentimentos em palavras, parece que nas horas mais importantes elas teimam em fugir. Por isso, desde já, deixo meu **MUITO OBRIGADO** a todos que de alguma forma contribuíram para a conclusão de mais essa importante etapa da minha vida.

Aos meus irmãos **HIGOR COELHO** e **HIURI COELHO**, obrigado pelo carinho, pelo amor e por cuidar desse 'bolinha' que tanto ama vocês, não poderia pedir irmãos melhores nessa vida! Ao meu sobrinho **CAUÃ LUCAS**, o amor maior do tio! Eu amo vocês.

À minha tia **FÁTIMA** e minha prima **FABIANA**, agradeço a vocês pelo convívio, pelos conselhos e por torcerem sempre por mim. O apoio de vocês foi fundamental para essa conquista! Amo demais cada um de vocês.

À minha orientadora, Profa. Dra. **LUCIANA POMARICO** por ter acreditado em mim (desde a graduação), por todo conhecimento transmitido e toda paciência que teve comigo ao longo desses dois anos de mestrado e mais um ano de especialização. Essa companhia foi fundamental para meu crescimento profissional e pessoal.

À minha Coorientadora, Professora Dra. **MICHELLE AMMARI**, meu muitíssimo obrigado por me acompanhar de mãos dadas nessa jornada desafiadora, por compreender minhas limitações de maneira tão carinhosa, por ser sempre presente e ser tão maravilhosa. Você é um dos grandes exemplos que tenho nessa vida acadêmica. Além de coorientadora, minha amiga da vida. **OBRIGADO** por **TUDO!** (de novo).

Aos professores da minha banca Dra. **ANNA TEREZA LEÃO**, apesar do pouco contato, sempre se mostrou uma profissional maravilhosa e acima de tudo uma pessoa iluminada. Dra. **IVETE POMARICO**, não há palavras na qual posso descrevê-la, uma professora maravilhosa, humana, um grande exemplo de mulher, mãe e avó. Se eu puder um dia ser metade do que ela é e representa para

Odontopediatria, serei muito feliz. Meu exemplo. Dra. **MÁRCIA REJANE**, minha professora da graduação, sempre muito carinhosa comigo e sempre disposta a dar um sorriso e uma palavra positiva, todos que conhecem, amam. Aos suplentes Dr. **LEONARDO ANTUNES**, meu professor da graduação, um grande exemplo para os alunos e um grande pai de uma família linda e maravilhosa e Dra. **GLÓRIA CASTRO**, fiquei muito feliz por poder falar um pouco dessa pessoa tão especial que pude conhecer no departamento de odontopediatria da UFRJ, uma professora maravilhosa, mãe de família, humana demais, divertida, animada, entre outros muitos adjetivos maravilhosos. Outro exemplo que levo, tens os melhores sentimentos existentes em mim. Exemplo Máximo. Tenho certeza que a contribuição de todos fará esse trabalho ficar ainda mais incrível. **MUITO OBRIGADO!**

Aos meus amigos da **FIOCRUZ**, que já não são amigos, são partes de mim e do que sou, **BEATRIZ ALVES, BIANCA BORGES, DIEGO LOPES, KIM BARROS, MARCELLE e PAULA IGLESIAS.**

Às minhas irmãs **PALOMA GUIMARÃES e LUANDA LUIZA**, gratidão que eu sinto por ter vocês duas ao meu lado esses anos todos. Uma eternidade de amor e parceria. Vocês me ensinam tanto, quando eu penso que não tenho mais nada para aprender. Todo dia é dia de evoluir ao lado de vocês duas. Eu vivo e morro de admiração por vocês. Tripé. Não existe um sentimento certo quando se trata de vocês. Vocês são parte de mim e de tudo o que sou hoje em dia.

Aos meus amigos do quartel (Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro) **AMANDA CAVALHEIRO, DIOGO TAVARES e MURILLO** e aos irmãos que o mesmo me deu **AMARA VELLOSO**, minha irmã, minha “pretinha”, minha parceira de todas as horas e digo e repito: “e no meio de tanta gente, eu encontrei você”, obrigado por todo amor compartilhado, **Te amo**. E meu maior irmão **IGOR NEVES**, me atrevo a dizer que grande parte dessa dissertação devo a ele, que enquanto eu ia assistir as aulas, ficava na praia no meu lugar. A vida nos ensina a encontrar amigos que possamos chama-los de irmãos. Não há palavras no mundo que consiga descrever tudo o que ele é e o que representa, só tenho que agradecer por tudo. Te amo,irmão!

Aos amigos da vida **MAURO DINIZ, DANIEL PIGNATARI, TATIANA MAIA, ALLAN BASTOS, MAYRA VARGAS, VIVIAN CÂNDIDO e ÉRICA LESSA**, obrigado por estarem ao meu lado nessa jornada. **OBRIGADO!**

Ao amigo **MÁRCIO NETTO**, palavras não seriam suficientes para agradecer tudo que você fez por mim durante esse último ano de mestrado. Muito obrigado por ser tão companheiro, por ter tornado essa jornada mais leve. Obrigado por ser e estar ao meu lado nessa conquista, você é muito importante pra mim! Tu é o cara, muito obrigado por tudo. Cada pessoa que passa em nossa vida, é única. Feliz em saber que faz parte disso tudo.

Ao meu **BONDE** da **UFF**, **RAYSA ALONSO, ELLEN TEIXEIRA, TAMIRES COELHO, RENATA GRANATO, ANA PAULA, PAULA BUGINE, SAMIRA ASSIS, THAÍZA MENEZES, LUCIANA GONÇALVES, PRISCILA PILAR, CAMILLA DI LEONE, JULIANA LEGENTIL e JÚLIA BERNARDO**. Se hoje sou cirurgião-dentista, com certeza foi por conta de vocês. Minhas parceiras de profissão e vida.

Amiga-Irmã **RAQUEL CARVALHO!** A graduação nos uniu em meio ao caos, mas nossa amizade cresceu e criou raízes bem profundas! Minha 'four' da faculdade, minha dupla da vida inteira, você **COM CERTEZA** faz parte dessa conquista! Não imagino minha vida sem você, você me deu e me dá forças para continuar. Obrigado por torcer por mim, por acreditar em mim e por fazer tudo por mim. Você é sensacional e essencial na minha vida! Te amo

Aos presentes que a **UFRJ** me deu e logo foram embora: **LEANDRO COSTA**, meu grande amigo e velhinho da especialização. **MARIA BERRY**, minha grande e eterna dupla da especialização, que se tornou uma pessoa extremamente indispensável em minha vida, grande amiga. **BÁRBARA GRISÓLIA**, meu 'lovão', minha parceira de todas as horas, minha irmãzona, é aquela que a gente agradece todos os dias por ter entrado em nossas vidas, meu amor. **NATÁLIA CALDEIRA**, a gaúcha mais legal que já conheci em toda a vida, uma grande amiga. **LARISSA SOARES**, uma amizade diretamente do Pará que chegou pra ficar.

Aos amigos da minha turma **ANA VOLLU, PATRÍCIA NADELMAN, THAYSE** e **JÉSSICA!** Vocês foram especiais nesses dois anos! Entre congressos, aulas, seminários, nasceu e cresceu um companheirismo grande entre nós! Obrigado por serem tudo isso na minha vida! Que possamos manter essa proximidade. Agradecimento em especial aos amigos de turma **RAFAELA TORRES** e **JÚLIO FERREIRA**, foi maravilhoso tê-los ao meu lado, vocês são para a vida toda, tornaram cada momento especial e divertido. Agradeço à Deus e à UFRJ por terem colocado vocês em meu caminho. Quero vocês para sempre comigo.

À amiga de turma **KARLA MIYAHIRA**, sempre me perguntei qual é a utilidade do amor se não for compartilhado. Devemos compartilhar todo amor presente no coração, e é isso que acontece entre nós. Gratidão por tudo o que você é pra mim, por tudo o que vivemos e o que ainda vamos viver. Orgulho de ter feito a escolha certa. Não tenho dúvidas que você será para sempre. O que eu sinto por você é indescritível e imensurável. Minha "Japinha". Te amo para todo o sempre, obrigado por ter ficado ao meu lado.

Dupla! **STEFÂNIA WERNECK**, minha **STEF!** Obrigado por todas as barras que seguramos juntos! Sem dúvidas os dias seriam nebulosos se não fosse sua companhia. Obrigado por ter sido parceira em todos, **TODOS** os momentos, temos uma ligação muito forte! Se não fosse você ao meu lado, teria desistido. Você foi só amor, carinho e compreensão. Guardo com carinho todos os bons momentos de tudo que vivemos, você sempre será minha dupla! Te amo, quero você pra sempre também.

Amigos do primeiro ano **FERNANDA CANTO, KRISS, AMANDA ARAGÃO** e **MARIANA LEONEL** vocês foram ótimos companheiros de turma e dividir todos os conhecimentos adquiridos ao longo desse ano com vocês, foi muito gratificante. Agradecimento em especial para uma grande amiga que virou uma grande irmã e que também atrevo a dizer que mais da metade dessa dissertação devo a ela, **GABRIELLE CARROZZINO**, uma amizade que surgiu do nada, virou minha companheira/amiga e faz parte do mesmo grupo de pesquisa. Você não tem noção

do quanto foi importante nessa jornada toda, vou leva-la pelo resto da vida. Conte sempre comigo. Te adoro!

Aos colegas doutorandos e pós-doutorandos, em especial aos amigos **ADRIELLE MANGABEIRA, KAIRON DIAS** e **PAULA PIRES**, obrigado pelas trocas de conhecimentos, pelo convívio e por tudo que compartilhamos nesses anos.

MERE, ANDREIA SERAPHIM e **KÁTIA SEIXAS** vocês são maravilhosas. Eu agradeço profundamente vocês três por toda paciência, toda ajuda infinita e por tudo que aprendi com vocês! Sentirei saudades.

ROBSON, JOÃO, LUIZA, IZABEL, ROSE e **KÁTIA** agradeço por serem sempre muito solícitos e por sempre se disponibilizarem a me ajudar. Muito obrigado por todo carinho.

A **TODOS** os **PROFESSORES** do departamento que contribuíram para meu crescimento pessoal e profissional, muito obrigado por todo ensinamento e a **TODOS** os **ALUNOS** e **PACIENTES** que ajudaram a construir essa história.

À **JÉSSICA**, por toda ajuda estatística dispensada nos momentos urgentes, sem jamais deixar de suprir e contribuir às solicitações.

Obrigado aos responsáveis pelas escolas participantes e principalmente aos adolescentes examinados e seus pais. Obrigado pela confiança em nosso trabalho e nos objetivos da nossa pesquisa. Sem vocês, nada disso seria possível. Espero que nossos resultados possam gerar ações que retornem a vocês. Em especial a diretora **CAMILA EMERICK** por toda ajuda e carinho.

Por fim, agradeço a cada pessoa que passou pela minha vida e ajudou a construir o que eu sou hoje. **OBRIGADO!**

EPÍGRAFE

“Pois todo o que se exalta será humilhado; e o que se humilha será exaltado”.

Lucas 14:11

RESUMO

MATOS, Hiorran Coelho Almeida. Impacto da condição de saúde bucal na qualidade de vida e na satisfação pessoal de escolares de área urbana e rural do município de Nova Friburgo. Rio de Janeiro, 2018. Dissertação (Mestrado em Odontologia – Área de concentração: Odontopediatria) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

A quantidade e a gravidade de lesões cáries não tratadas em crianças e adolescentes pode gerar grande impacto na qualidade de vida e na satisfação pessoal das mesmas, frente à possibilidade de dor e infecção. O índice pufo/PUFA surgiu como complemento ao ceo/CPO para registrar as consequências dessas lesões não tratadas. O presente estudo teve como objetivo avaliar o impacto da condição de saúde bucal na qualidade de vida e na satisfação pessoal, entre escolares de áreas urbana e rural, no município de Nova Friburgo, RJ - Brasil. A amostra foi composta por escolares entre 11 e 14 anos, matriculados nas escolas participantes do PSE (Programa Saúde na Escola) desse município, contemplando um total de 6 escolas, 4 em área urbana, e 2 em área rural. Inicialmente foram enviados aos responsáveis, via escola, o termo de consentimento e 2 questionários socioeconômicos. A partir disso, a primeira fase correspondeu a um levantamento epidemiológico da condição de saúde bucal dos escolares, através de índices de cárie dentária: CPOD e PUFA, e índice de necessidade de tratamento odontológico (INTO), após assinatura do termo de assentimento (adolescentes). A segunda fase contemplou avaliação da qualidade de vida pelo questionário CPQ₁₁₋₁₄, bem como a avaliação da satisfação pessoal, através da Escala Subjetiva de Felicidade (ESF), sob a forma de entrevista, diretamente ao escolar. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas ao comparar qualidade de vida com condição de saúde bucal em ambas as áreas (urbana= $p < 0,110$; rural= $p < 0,113$), mas com tendência de piora na qualidade de vida à medida que teve agravo na condição de saúde bucal, em ambas as áreas. Já satisfação pessoal entre as áreas urbana e rural, a diferença não foi significativa bem como não houve relação da satisfação pessoal com o agravo da condição bucal (urbana= $p < 0,151$; rural= $p < 0,070$). Comparando qualidade de vida e satisfação pessoal entre as áreas, observou-se uma melhor qualidade de vida para os escolares de área rural ($p < 0,010$). Em relação à satisfação pessoal, os escolares de área urbana tiveram um maior grau de felicidade, quando comparados aos escolares de área rural ($p < 0,001$). Com relação ao INTO os códigos foram agrupados, formando-se 2 grupos: SNT (sem necessidade de tratamento) e CNT (com necessidade de tratamento). Em relação à qualidade de vida, os escolares pertencentes ao grupo que não necessita de tratamento tiveram uma qualidade de vida melhor do que os pertencentes ao grupo com necessidade de tratamento ($p < 0,001$). Por outro lado, em relação à satisfação pessoal não houve diferença estatística significativa entre escolares que necessitam ou não de tratamento ($p < 0,404$). De acordo com os resultados da presente pesquisa, o agravo da condição de saúde bucal tendeu a gerar um impacto negativo na qualidade de vida, ao passo que não apresentou relação com a satisfação pessoal, independente da área demográfica (urbana ou rural) dos escolares do município de Nova Friburgo.

Palavras-Chave: Cárie Dentária; Qualidade de Vida; Felicidade, Saúde Pública; Índices

ABSTRACT

MATOS, Hiorran Coelho Almeida. Impacto da condição de saúde bucal na qualidade de vida e na satisfação pessoal de escolares de área urbana e rural do município de Nova Friburgo. Rio de Janeiro, 2018 Dissertação (Mestrado em Odontologia – Área de concentração: Odontopediatria) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

The quantity and severity of untreated carious lesions in children and adolescents can have a significant impact on their quality of life and personal satisfaction, in face of the possibility of pain and infection. The pufa/PUFA index appeared as a complement to dmf/DMF index to record the consequences of these untreated lesions. The present study aimed to evaluate the impact of oral health status on quality of life and personal satisfaction among schoolchildren from urban and rural areas, in Nova Friburgo city, RJ - Brazil. The sample consisted of schoolchildren between 11 and 14 years, enrolled in the schools participating in the PSE (Health in School Program) of this city, comprising a total of 6 schools, 4 in urban areas and 2 in rural areas. Initially, the consent form and 2 socioeconomic questionnaires were sent to the parents through the school. From this, the first phase corresponded to an epidemiological survey of the schoolchildren's oral health status, through dental caries indexes: DMFT and PUFA, and Dental Treatment Needs Index (DTNI), after signature of the consent term (schoolchildren). The second phase included the evaluation of quality of life through questionnaire CPQ₁₁₋₁₄, as well as the evaluation of personal satisfaction, through the Subjective Happiness Scale (SHS), in the an interview form, directly to the student. Statistically significant differences were not observed when comparing quality of life with oral health status in both areas (urban= $p < 0.110$; rural= $p < 0.113$), but with a tendency to worsen the quality of life as it had an aggravation in the condition oral health in both areas. As for personal satisfaction between urban and rural areas, the difference was not significant and there was no relation of personal satisfaction with the aggravation of the oral condition (urban= $p < 0.151$, rural= $p < 0.070$). Comparing quality of life and personal satisfaction between the areas, a better quality of life was observed for rural school children ($p < 0.010$). Regarding personal satisfaction, urban schoolchildren had a higher degree of happiness when compared to rural schoolchildren ($p < 0.001$). In relation to the DTNI, the codes were grouped, forming 2 groups: WNT (no need for treatment) and NT (need for treatment). Regarding quality of life, schoolchildren belonging to the group that did not require treatment presented better quality of life than those belonging to the group that needed treatment ($p < 0.001$). On the other hand, regarding personal satisfaction, there was no statistically significant difference between schoolchildren who needed treatment and did not require treatment ($p < 0.404$). According to the results of the present study, the oral health condition tended to have a negative impact on the quality of life, while it did not have a relation with the personal satisfaction, independent of the demographic area (urban or rural) of the school children from Nova Friburgo city.

Keywords: Dental Caries; Quality of life; Happiness; Public Health; Indexes

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Examinador no momento do exame clínico realizado na própria escola..... 28

Figura 2 – Examinador coletando os dados através de entrevista com um escolar da pesquisa..... 32

Artigo

Figura 1 – Fluxograma da distribuição da amostra por escolas43

LISTA DE TABELAS

Artigo

Tabela 1 - Distribuição e caracterização da amostra	44
Tabela 2 – Condição de saúde bucal e sua relação com a classificação econômica.....	45
Tabela 3 – Distribuição dos escolares em relação à condição de saúde bucal e área geográfica.....	46
Tabela 4 - Médias das avaliações para quantificar a qualidade de vida (CPQ 11-14) e a satisfação pessoal (ESF) entre área urbanaerural.....	46
Tabela 5 – Média do INTO em comparação aos instrumentos para avaliar qualidade de vida esatisfação pessoal.	47
Tabela 6- Média da qualidade de vida em relação à condição de saúde bucal entre área urbanaerural.....	48
Tabela 7 – Média da satisfação pessoal em relação à condição de saúde bucal entre área urbanaerural.....	49

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Classificação dos grupos de acordo com a condição de saúde bucal.....	29
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS

FO – Faculdade de Odontologia

UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro

UFF – Universidade Federal Fluminense

NF – Nova Friburgo

ISNF – Instituto de Saúde de Nova Friburgo

CPOD – Cariado, Perdido, Obturado, Dente

INTO – índice de Necessidade de Tratamento

PUFA – Envolvimento Pulpar, Ulceração Traumática, Fístula e Abscesso

ceo – Cariado, Extração indicada e Obturado

PSE – Programa Saúde na Escola

DMFT - Decayed, Missed, Filled, Teeth

ESF – Escala Subjetiva de Felicidade

CPQ¹¹⁻¹⁴ – Child Perceptions Questionnaire

OMS – Organização Mundial de Saúde

ICDAS - International Caries Detection Assessment System

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

COHQoL - Child Oral Health Quality of Life

QVRSB – Qualidade de Vida Relacionado à Saúde Bucal

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TA – Termo de Assentimento

HCAM – Hiorran Coelho Almeida Matos

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

DP – Desvio Padrão

SNT – Sem Necessidade de Tratamento

CNT – Com Necessidade de Tratamento

DTNI - Dental Treatment Needs Index

LISTA DE SÍMBOLOS

% Por cento

< Menor que

= Igual

® Registrado

≥ Maior igual que

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	17
2 OBJETIVOS.....	23
2.1 Objetivo Geral.....	23
2.2 Objetivos Específicos.....	23
3 DELINEAMENTO DA PESQUISA	24
3.1 Considerações Éticas	24
3.2 Desenho do Estudo	24
3.3 Amostra	25
3.4 Fases do Estudo	27
3.5 Análise Estatística.....	32
4 DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA.....	33
Artigo	34
5 CONCLUSÕES	64
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
ANEXOS.....	71
APÊNDICES.....	80

1. INTRODUÇÃO

A saúde bucal tem melhorado nos últimos anos em alguns países, principalmente nos desenvolvidos, através de medidas importantes de saúde pública, tais como o uso efetivo de fluoretos, mudança nas condições de vida e melhora na prática do autocuidado, porém a cárie dentária ainda é considerada um grande problema de saúde pública (PETERSEN *et al*, 2005; BAELUM *et al*, 2007; PETERSEN, 2008; KASSEBAUM *et al*, 2015). A cárie dentária é considerada uma disbiose (desequilíbrio) entre diferentes microrganismos presentes na boca, desencadeada pelo consumo de açúcar (SIMÓN-SORO & MIRA, 2015). É também apontada como uma doença de caráter social, econômico e diretamente relacionada a hábitos comportamentais, que afeta indivíduos de diversas faixas etárias, devendo ser tratada de forma precoce na infância, prevenindo a cárie severa na infância, a fim de não comprometer a qualidade de vida do indivíduo quando adulto (GRADELLA *et al*, 2007; AMMARI *et al*, 2013).

Estudos epidemiológicos que vêm sendo realizados desde a década de 1980 revelam uma diminuição da doença (índice CPO-D médio) em adolescentes de 12 anos em países de alta e média renda (PINTO, 1983; MARTHALER *et al*, 1996; NARVAI *et al*, 2006; BEAGLEHOLE *et al*, 2009). Tal panorama não é diferente no Brasil, na década de 80 adolescentes de 12 anos de idade e de 15 a 19 anos apresentavam em média, respectivamente, índices CPO-D de 6,65 e 12,68. Ao passo que o levantamento mais atual mostra, respectivamente, os valores de 2,07 e 4,25, ou seja, houve uma redução de 68,9% e 66,5% nessas faixas etárias. Entretanto, apesar da diminuição da prevalência de cárie observada nas últimas décadas, o índice na dentição permanente ainda é elevado no país (BRASIL, 2012; SAINTRAIN *et al*, 2015).

O tratamento da cárie dentária é relativamente insuficiente tanto nos países desenvolvidos quanto nos emergentes (FILSTRUP *et al*, 2003; BAELUM *et al*, 2007; ENWONWU & SALAKO, 2012). Tendo em vista este aspecto, as lesões cariosas, principalmente em estágios mais avançados,

podem gerar grande impacto na qualidade de vida, frente à possibilidade de dor, desconforto e infecção (MOURA-LEITE *et al*, 2008; POURAT & NICHOLSON, 2009). Dentes altamente destruídos também afetam negativamente a nutrição, o crescimento e o peso corporal das crianças. Além disso, complicações infecciosas derivadas dessas lesões não tratadas podem levar as crianças à hospitalização (MILLER *et al*, 1982; AYHAN *et al*, 1996; SHELLER *et al*, 1997).

A partir disso, verificou-se a necessidade de se estabelecer sistemas com escores que avaliassem e quantificassem os estágios avançados da doença. A falta de um índice apropriado resultou em poucos dados de base populacional que revelasse a prevalência de lesões com envolvimento pulpar ou infecção (MANJI *et al*, 1991; PINE *et al*, 2006). O índice CPO é o índice recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para registrar a experiência de cárie em uma determinada população (WHO, 1997). Uma revisão sistemática de estudos brasileiros revela ser este o índice mais usado para levantamentos epidemiológicos (BOING *et al*, 2014), registrando apenas lesões cavitadas, mostrando a prevalência da doença no indivíduo tanto por superfícies como por dentes, não detectando as consequências clínicas das lesões cariosas não tratadas, que representam os estágios mais graves da doença (WHO, 1997; FEJERSKOV & KIDD, 2005).

Considerando estes fatores, pesquisadores de alguns países propuseram um índice denominado pufa/PUFA para dentição decídua e permanente, respectivamente, com o objetivo de se determinar a prevalência e registrar a gravidade das consequências de lesões de cárie não tratadas (MONSE *et al*, 2010). O índice PUFA destaca informações relevantes, através da avaliação da gravidade da cárie dentária não tratada, para dentistas e profissionais de saúde realizarem programas de atenção à saúde bucal eficazes para crianças com alto risco de cárie (GRUND *et al*, 2015), surgindo assim como complemento aos índices existentes e não em substituição a eles (MONSE *et al*, 2010). Uma pesquisa realizada por AMORIM *et al*,(2012), com intuito de correlacionar o índice PUFA com o índice ICDAS (Sistema Internacional de Avaliação e Detecção de Cáries), para registro da doença cárie ainda nos estágios iniciais, mostrou que a inclusão do PUFA como complemento ao ICDAS foi efetiva para a determinação da gravidade da

doença. Além disso, ressaltaram a necessidade de uma alternativa mais simples para levantamentos com poder discriminatório melhor que o CPO.

Ainda sobre a cárie dentária, alguns estudos (TANG *et al*, 1997; GUGUSHE & DU PLESSIS, 1998; SWEENEY & GELBIER, 1999; TAPIAS *et al*, 2001; VARGAS *et al*, 2002; VARGAS *et al*, 2003; BAJOMO *et al*, 2004; VARENNE *et al*, 2004; ANTUNES *et al*, 2006; MASEREJIAN *et al*, 2008; MELLO *et al*, 2008; GORBATOVA *et al*, 2012; GIACAMAN *et al*, 2015) têm comparado a condição de saúde bucal entre populações de áreas urbanas e rurais. Em nível internacional, os estudos urbanos e rurais em relação à saúde dentária apresentam resultados diversos e, em sua maioria, foram realizados em países em desenvolvimento. No Brasil, nos estudos de ANTUNES *et al*, (2006) e MELLO *et al*, (2008), os habitantes de áreas rurais apresentam pior condição de saúde bucal que os habitantes de área urbana. Na África, no entanto, os residentes de áreas rurais, resultam em menor cárie, em comparação com os residentes de área urbana (GUGUSHE & DU PLESSIS, 1998; BAJOMO *et al*, 2004; VARENNE *et al*, 2004). Resultados contraditórios também foram mostrados em países classificados pelo Fundo Monetário Internacional como "economias avançadas". Nos Estados Unidos, por exemplo, MASEREJIAN *et al*, (2008) mostraram que as crianças nas áreas urbanas da Nova Inglaterra tinham maior número de dentes apresentando lesões cariosas em comparação com as suas contrapartes rurais; já VARGAS *et al*, (2002) constataram que em Maryland, as crianças nas áreas rurais eram mais propensas a ter lesões de cárie do que aquelas em áreas urbanas, e TANG *et al*, (1997) não encontraram associação entre cárie na infância e ruralidade em uma amostra do Arizona.

Em uma amostra em todo o país, não houve diferença entre as crianças que vivem em áreas urbanas e rurais no número de dentes com lesões cariosas (VARGAS *et al*, 2003). Um estudo feito em Madri por TAPIAS *et al*, (2001), em consonância com outro feito na Escócia por SWEENEY & GELBIER (1999), propuseram que crianças oriundas de áreas desprovidas de recursos financeiros apresentam risco aproximadamente três vezes maior de serem acometidas pela cárie dentária quando comparadas com crianças que habitam áreas economicamente mais favorecidas. Outro estudo feito com crianças em uma região no Noroeste da Rússia revelou que a experiência global de cárie foi semelhante nas zonas rurais e nas zonas

urbanas, porém o número de dentes cariados em áreas rurais foi maior (GORBATOVA *et al*, 2012). Resultados semelhantes foram encontrados no estudo do mesmo autor em 2011, com adolescentes de 15 anos, de zonas urbana e rural, com uma variação entre as áreas, revelando também uma pior condição bucal para a área rural (GORBATOVA *et al*, 2011). O mesmo foi observado no Chile ao avaliar a prevalência de cárie dentária em crianças de 6 anos, e constatar que as crianças de áreas rurais apresentaram maior prevalência de cárie do que crianças de áreas urbanas (GIACAMAN *et al*, 2015). Embora não seja regra geral, há indícios de que, no Brasil e no mundo, as crianças mais afetadas pela cárie dentária sejam procedentes de grupos populacionais desvalidos nos campos político, econômico e social (BALDANI *et al*, 1996; FREIRE *et al*, 1996; SWEENEY *et al*, 1999; MALTZ & BARBACHAN, 2001; BASTOS *et al*, 2006). Dentre esses indícios, uma revisão sistemática realizada com estudos brasileiros ressaltou como uma de suas conclusões a alta ocorrência da cárie dentária nos grupos mais pobres (BOING *et al*, 2014).

O IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), de acordo com o último Censo Demográfico, coloca como estando em área rural os domicílios situados na área externa ao perímetro urbano de um distrito, e os domicílios urbanos, como aqueles que estão situados na área interna ao perímetro urbano (IBGE, 2010). No Brasil, o ingresso de quase 23 milhões de pessoas nas áreas urbanas resultou no aumento do grau de urbanização do país, que passou de 81,2% em 2000, para 84,4% em 2010. O Estado do Rio de Janeiro tem uma população estimada em mais de 15 milhões de habitantes, que se distribui em 92 municípios, sendo uma das unidades da Federação com maior grau de urbanização, com cerca de 96% da população vivendo em área urbana e 4% da população em área rural (IBGE, 2016; PNUD, 2016). Dentre esses 92 municípios do Rio de Janeiro está o município de Nova Friburgo, localizado no centro-norte do estado, a 136 quilômetros da capital, cuja população, de acordo com o último censo, é de 182.000 habitantes, com aproximadamente 88% vivendo em área urbana e 12% em área rural (IBGE, 2016).

A Odontologia vem buscando medidas para avaliar o efeito de tratamentos e abordagens aos pacientes, tanto sob a forma individual como coletiva. A avaliação mais usada atualmente diz respeito a

qualidade de vida, definida pela OMS como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHO, 1995). A forma de avaliar a qualidade de vida exige que os profissionais de saúde não analisem apenas questões biológicas relacionadas à doença, devendo-se considerar uma abordagem psicossocial. Medidas de qualidade de vida relacionadas com a saúde bucal (QVRSB) fornecem informações essenciais ao avaliar as necessidades de tratamento dos indivíduos e das populações, a tomada de decisões clínicas e avaliação de intervenções, dos serviços e programas. Dentre as modalidades atualmente disponíveis para avaliar qualidade de vida em crianças pode-se destacar *Child Oral Health Quality of Life* (COHQoL) (JOKOVIC *et al*, 2002; LOCKER *et al*, 2002; JOKOVIC *et al*, 2003; JOKOVIC *et al*, 2004), que é um conjunto de escalas multidimensionais que medem os efeitos negativos que as doenças e distúrbios orais e oro-faciais podem ter sobre o bem-estar de crianças de 6-14 anos de idade e suas famílias. Um de seus componentes é o Child Perceptions Questionnaire para crianças dos 11 aos 14 anos (CPQ₁₁₋₁₄) (JOKOVIC *et al*, 2002), tendo como sua versão resumida o Short CPQ₁₁₋₁₄ (JOKOVIC *et al*, 2006).

Uma medida que vem sendo investigada como um complemento à qualidade de vida é a avaliação da felicidade subjetiva do indivíduo (ou satisfação pessoal), sendo a escala de bem-estar subjetivo um instrumento para tal avaliação (LYUBOMIRSKY & LEPPER, 1999). Esta relata o que as pessoas pensam e como se sentem sobre suas vidas, construindo conclusões em bases afetivas e cognitivas sobre sua existência. A escala de bem-estar subjetivo caracteriza o indivíduo tanto sob a forma absoluta quanto relativa, de acordo com domínios específicos que solicitam ao entrevistado que quantifique o grau em que suas afirmações possam identificar a sua forma de ser, como mais ou menos feliz/infeliz (LYUBOMIRSKY & LEPPER, 1999; RODRIGUES & SILVA, 2010). Tal abordagem identifica características relativamente estáveis da felicidade e permite ao indivíduo fazer um julgamento geral de quanto se sente feliz, sem depender de suas experiências recentes de vida (PIQUERAS *et al*, 2011). O estudo transversal de TUCHTENHAGEN *et al*, 2015, com uma amostra de 1134 adolescentes de 12 anos, fazendo o cruzamento de questões

de saúde bucal, como a cárie dentária, com os instrumentos CPQ₁₁₋₁₄ (versão curta) e Escala Subjetiva de Felicidade, concluiu que tanto a qualidade de vida como a felicidade subjetiva (satisfação pessoal) foram influenciadas pela condição de saúde bucal dos adolescentes

Estudos vêm buscando associação entre qualidade de vida e condição de saúde bucal (LOW *et al*, 1999; PIOVESAN *et al*, 2010; SCAPINI *et al*, 2013; PRAVEEN *et al*, 2015; TUCHTENHAGEN *et al*, 2015), encontrando diferença significativa, em que uma condição precária de saúde bucal leva a um impacto negativo na qualidade de vida dos indivíduos. Porém, a correlação da saúde bucal com o impacto na satisfação pessoal ainda é pouco relatada na literatura (TUCHTENHAGEN *et al*, 2015).

A partir do exposto, o presente estudo tem como objetivo comparar o impacto da condição de saúde bucal na qualidade de vida e satisfação pessoal entre escolares de área urbana e rural de Nova Friburgo – RJ.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar o impacto da condição de saúde bucal na qualidade de vida e na satisfação pessoal entre escolares de áreas urbana e rural no município de Nova Friburgo, RJ.

2.2 Objetivos Específicos

- Comparar o nível socioeconômico dos responsáveis com a condição de saúde bucal dos escolares.
- Comparar a condição de saúde bucal entre os escolares de área urbana e área rural de Nova Friburgo, RJ.
- Comparar a qualidade de vida e a satisfação pessoal entre os escolares de área urbana e rural de Nova Friburgo, RJ.
- Relacionar a necessidade de tratamento odontológico com a satisfação pessoal e a qualidade de vida dos escolares.

3. DELINEAMENTO DA PESQUISA

3.1 Considerações Éticas

O trabalho foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (CEP-HUCFF-UFRJ) (2.015.179) (Anexo 1), incluindo o Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE, Apêndice 1) e o Termo de assentimento (TA, Apêndice 2), os quais contêm todas as informações referentes à pesquisa, como a importância e os objetivos da pesquisa, explicados de forma clara, sucinta e em linguagem fácil e acessível. Primeiramente foi feito contato com o responsável pelas parcerias interinstitucionais da prefeitura de Nova Friburgo para explicação do projeto de pesquisa. Em seguida, a coordenação do PSE (Programa Saúde na Escola), programa responsável pela liberação das pesquisas dentro das escolas do referido município, recebeu o projeto detalhado a fim de conferência e aprovação. Com isso, a coordenação forneceu a Carta de anuência (Anexo 2) com autorização para visita às escolas, bem como para coleta de informações. Todos os escolares avaliados receberam orientações individuais de higiene bucal, bem como kits de higiene bucal. Além disso, todo escolar identificado com necessidade de tratamento odontológico foi referenciado (via escola ao responsável) para as clínicas de Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal Fluminense – Nova Friburgo (UFF-NF), salientando que o tratamento é gratuito.

3.2 Desenho do estudo

A presente pesquisa corresponde a um estudo observacional transversal, realizado em duas etapas, em escolares de todas as escolas, de área urbana e área rural, integrantes do Programa Saúde da Escola (PSE) do município de Nova Friburgo-RJ.

Como primeira ação para iniciar a pesquisa foi enviado, via escola, o TCLE aos responsáveis por todos os escolares pertencentes à faixa etária estabelecida, bem como dois instrumentos (questionários) de coleta de dados que mensuram a classificação econômica e social da família (Anexos 3 e 4) para preenchimento e devolução. O aluno responsável pela pesquisa esteve disponível para qualquer possível dúvida sobre esses preenchimentos, via escola ou telefone. Após um período de 30 dias para retorno dos documentos, preenchidos e assinados, passou-se para a primeira fase da pesquisa, o levantamento epidemiológico da condição de saúde bucal dos escolares (Apêndice 3). Vale salientar que mesmo com o termo de consentimento assinado pelo responsável, o termo de assentimento (Apêndice 2) era fornecido ao escolar, onde a partir da compreensão e assinatura do mesmo, a pesquisa foi iniciada. Logo após esse levantamento, a segunda fase da pesquisa correspondeu à avaliação do bem-estar subjetivo (satisfação pessoal) bem como da qualidade de vida, ambos através de questionários específicos para as mensurações (Anexos 5 e 6), sob a forma de entrevista. Ambas as fases realizadas em sequência, pelo aluno responsável pela pesquisa (HCAM).

3.3 Amostra

3.3.1 Sujeitos da pesquisa

Participaram da pesquisa escolares saudáveis, matriculados nas referidas escolas, com idade entre 11 e 14 anos, cujos responsáveis assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, permitindo a participação dos mesmos, e os escolares assinaram o termo de assentimento. Vale salientar que a participação foi voluntária.

3.3.2 Tamanho amostral

O presente estudo realizou um censo de escolares, em que todos os matriculados nas escolas participantes do PSE (Programa Saúde na Escola), com a idade requerida, foram convidados a participar do estudo. O município de Nova Friburgo possui um total de 132 unidades escolares municipais, sendo 80 escolas, 44 creches e 8 escolas conveniadas. Desse total, 74 são consideradas urbanas e 50 rurais, de acordo com a análise do Programa. A partir disso, as escolas consideradas rurais para o presente estudo foram as escolas mais afastadas do centro da cidade de Nova Friburgo, e em contrapartida, as escolas urbanas, as mais próximas do centro, selecionada em conjunto com a coordenação do Programa PSE do referido município. De acordo com a coordenação do PSE, um total de 6 escolas contemplam a idade referida, sendo 4 em área urbana, e 2 em área rural.

3.3.3 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos apenas escolares que preencheram os seguintes critérios: adolescentes com faixa etária entre 11 e 14 anos, que estivessem na dentição permanente, saudáveis, com TCLE e TA assinados, que permitiram a realização adequada do exame clínico. Foram excluídos do estudo escolares que ainda se encontravam na dentição mista, portadores de necessidade especial. Foram também excluídos os escolares cujos responsáveis e/ou os próprios não preencheram os questionários/termos.

3.4 Fases do estudo

3.4.1 *Treinamento e calibração*

A confiabilidade e a reprodutibilidade da atribuição dos índices foram estabelecidas pela concordância intra-examinador, através do Coeficiente kappa ponderado. Primeiramente, foi realizado um treinamento dos pesquisadores envolvidos na pesquisa com um profissional experiente e calibrado nos índices CPO-D e PUFA. Na sequência, discussão dos mesmos durante exame clínico de 3 adolescentes aleatoriamente selecionados. A partir disso, a calibração foi feita em 2 momentos distintos, com intervalo de 1 semana, com 5 adolescentes não participantes da amostra final, selecionados aleatoriamente para os exames. A concordância alcançada intra-examinador foi Kappa = 1,000 para o índice CPO-D, e Kappa = 1,00, para o índice PUFA valores considerados de bom a ótimo (BYRT, 1996).

3.4.2. *Primeira fase: Levantamento epidemiológico da condição de saúde bucal*

O levantamento epidemiológico da condição de saúde bucal dos escolares foi realizado através de índices específicos de mensuração, por um examinador treinado e calibrado para este tipo de estudo (aluno responsável pela pesquisa) (HCAM).

Inicialmente, em conjunto com o envio dos termos de consentimento e assentimento, foi enviado um instrumento para coleta de dados, o questionário de Critério de Classificação Econômica Brasil (ABEP, 2008) (Anexo 3) para caracterizar as famílias em termos de classe econômica em 7 camadas de pontuação, incluindo A1, A2, B1, B2, C1, C2, D e E. Além disso, foi enviado também o questionário para avaliar a condição socioeconômica, baseado no IBGE (2010) (Anexo 4). No caso dos questionários que não retornaram e os que retornaram incompletos, foi feito o contato por telefone com o responsável para o preenchimento do mesmo.

O primeiro contato com o escolar correspondeu à entrega e explicação do termo de assentimento, e a partir de seu entendimento e assinatura, o atendimento foi iniciado. Após o preenchimento dos dados pessoais, o exame

clínico visual foi realizado em mesas escolares, simulando um equipo odontológico e o material de consumo necessário correspondeu a luvas, roletes de algodão e palitos de madeira (Figura 1). Os índices utilizados no exame clínico para avaliação da condição de saúde bucal (cárie dentária) foram o CPO-D (WHO, 1997) (Apêndice 3) e o PUFA (MONSE *et al.*, 2010) (Apêndice 3). O índice CPO-D refere-se à avaliação dos dentes permanentes, representando os dentes acometidos por cárie, elementos dentários perdidos e restaurados. Já o índice PUFA foi usado para avaliar a presença de condições bucais decorrentes da cárie não tratada, ou seja, condições mais avançadas da cárie. Esse último corresponde a um índice de quatro códigos, como representado no Apêndice 3, onde em caso de dúvida, foi utilizado o código de menor escore. A avaliação dos índices foi feita visualmente, sem o uso de instrumento, apenas abaixadores de língua (palitos de madeira), e de acordo com a recomendação dos próprios índices.



Figura 1 – Examinador no momento do exame clínico realizado na própria escola.

A partir da avaliação dos índices CPO-D e PUFA, foi feita uma categorização em relação à condição de saúde bucal de cada escolar, sendo 3 categorias: G1 - sem CPO-D e sem PUFA (CPO-D = 0; PUFA = 0); G2 – com CPO-D, sem PUFA (CPO-D \neq 0 ;PUFA=0); G3 – com CPO-D e PUFA (CPO-D \neq 0; PUFA \neq 0) (Quadro1). Essa categorização pretendeu avaliar o nível da condição de saúde bucal (cárie dentária) do escolar, com isso, objetivando uma melhor comparação com a satisfação pessoal e com a qualidade de vida.

Quadro 1 – Classificação dos grupos de acordo com a condição de saúde bucal.

GRUPO	CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL
G1	CPO-D = 0; PUFA = 0
G2	CPO-D \neq 0 ; PUFA=0
G3	CPO-D \neq 0; PUFA \neq 0

Além disso, foi aplicado o Índice de Necessidade de Tratamento Odontológico (INTO) (DUMONT *et al.*, 2008; WERNECK *et al.*, 2011) que consiste em uma codificação na qual se classifica o indivíduo pelo número de necessidades odontológicas presentes, para quantificar a necessidade de tratamento dos escolares. Seus objetivos básicos são detectar, com custo reduzido e metodologia simplificada, utilizando apenas abaixadores de língua, grupos prioritários para tratamento odontológico; classificar tais grupos de acordo com o grau de atenção a ser recebida (primária ou secundária); planejar, a partir dos resultados, recursos físicos e humanos apropriados para a resolução dos problemas; dimensionar os custos requeridos para a execução de programas preventivos, curativos e reabilitadores (CASTILHO *et al.*, 2000). É necessário ressaltar que esse índice permite apenas uma avaliação superficial da condição bucal. O INTO não proporciona informações precisas sobre o tipo, grau e localização de lesões cariosas, não detecta lesões cariosas proximais, nem lesões periodontais que não sejam perceptíveis à inspeção visual. Entretanto, proporciona à equipe odontológica uma ideia geral sobre a saúde bucal da população a ser pesquisada, sem diagnósticos mais onerosos, como equipamentos odontológicos e radiografias. Sua metodologia é simples e rápida, dispensando calibração. Desta forma, considera-se que podem ser estimadas as necessidades de tratamento a partir de exames feitos por pessoal auxiliar. O índice INTO é composto por seis escores. Todos os dados avaliados foram anotados por um assistente, em uma ficha clínica especificamente desenvolvida para essa pesquisa (Apêndice 3), contendo todas as informações necessárias, bem como os índices. Todos os procedimentos obedeceram às normas de biossegurança.

3.4.3. Segunda fase: Avaliação da qualidade de vida e da satisfação pessoal

Para a mensuração da qualidade de vida, o instrumento aplicado foi a versão curta do questionário CPQ₁₁₋₁₄ (JOKOVIC *et al.*, 2006) (Anexo 5), com 16 perguntas classificadas em quatro domínios: sintomas orais (4 questões), limitação funcional (4 questões), bem-estar emocional (4 questões) e bem-estar social (4 questões). Cada questão possui cinco alternativas de resposta, numa escala de 0 a 4, e a pontuação geral variando de 0 a 64. Escores mais altos indicam maior impacto (negativo) das condições bucais na qualidade de vida das crianças. O questionário também contém classificações globais da saúde bucal da criança e até que ponto a condição oral/orofacial afeta seu bem-estar geral, também numa escala de 0 a 4.

Para a avaliação da satisfação pessoal, o instrumento adotado foi a Escala subjetiva de felicidade (LYUBOMIRSKY & LEPPER, 1999), traduzida e retraduzida por RODRIGUES & SILVA (2010), a qual possibilita a mensuração total da felicidade subjetiva, através de seus dois componentes: afetivo (grau em que experiências afetivas agradáveis pesam mais que as desagradáveis de uma forma geral) e cognitivo (grau em que o indivíduo percebe o entendimento às suas necessidades). A contagem pode variar de 1 a 7, com valores mais elevados correspondentes à melhor satisfação pessoal (Anexo 6).

Os dois questionários que mensuraram satisfação pessoal, bem como qualidade de vida foram aplicados sob a forma de entrevista, pelo próprio aluno responsável pela pesquisa (HCAM), diretamente ao escolar, em local reservado no seu ambiente escolar (Figura 2).

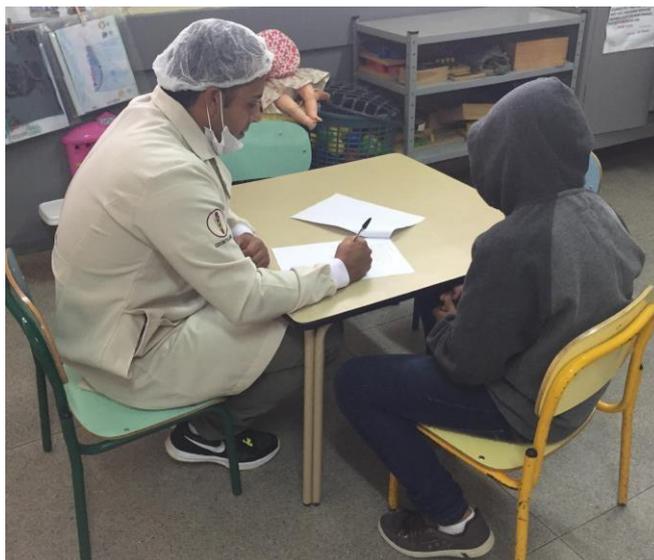


Figura 2 – Examinador coletando os dados através de entrevista com um escolar da pesquisa.

3.5 Análise estatística

Os dados foram categorizados e avaliados utilizando o software estatístico SPSS® (Statistical Package for the Social Sciences®, Versão 21.0, Chicago, EUA). Foram realizados testes estatísticos para comparar variáveis nominais (Qui-Quadrado e teste exato de Fisher), aplicado na relação entre condição de saúde bucal dos três grupos (G1, G2 e G3) e a classe econômica e na relação entre condição de saúde bucal e as áreas, para comparar amostras independentes e suas variáveis numéricas (Mann-Whitney), utilizado na relação entre os instrumentos para quantificar a qualidade de vida e a satisfação pessoal entre as áreas e os mesmos instrumentos e o Índice de Necessidade de Tratamento (INTO) e para comparar duas ou mais amostras independentes de tamanhos iguais ou diferentes (Kruskal Wallis), como foi feita na relação entre o instrumento para quantificar qualidade de vida e o de satisfação pessoal, a condição de saúde bucal entre as áreas. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$).

4. DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

4.1 Artigo:

O artigo será submetido à revista Community Dentistry and Oral Epidemiology

Artigo

Impacto da condição de saúde bucal na qualidade de vida e na satisfação pessoal de escolares de área urbana e rural do município de Nova Friburgo

Hiorran Coelho Almeida Matos¹

Gabrielle Carrozzino¹

Michelle Mikhael Ammari²

Luciana Pomarico¹

¹Departamento de Odontopediatria e Ortodontia, Faculdade de Odontologia,
Universidade Federal do Rio de Janeiro, RJ, Brasil

²Departamento de Formação Específica, Faculdade de Odontologia,
Universidade Federal Fluminense, RJ, Brasil

Autor correspondente:

Luciana Pomarico

Endereço: Rua Rodolpho Paulo Rocco, 325 – Cidade Universitária

Rio de Janeiro - CEP:21941-913

Telefone/Fax: (55) 213938-2098

e-mail: lupomarico@superiq.com.br

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo avaliar o impacto da condição de saúde bucal na qualidade de vida e na satisfação pessoal, entre escolares de áreas urbana e rural, no município de Nova Friburgo, RJ - Brasil. A amostra foi composta por escolares entre 11 e 14 anos, matriculados nas escolas participantes do PSE (Programa Saúde na Escola) do município de Nova Friburgo-RJ, contemplando um total de 6 escolas, 4 em área urbana, e 2 em área rural. Inicialmente foram enviados aos responsáveis, via escola, o termo de consentimento e 2 questionários socioeconômicos. A partir disso, a primeira fase correspondeu a um levantamento epidemiológico da condição de saúde bucal dos escolares, através de índices de cárie dentária: CPOD e PUFA, e índice de necessidade de tratamento odontológico (INTO), após assinatura do termo de assentimento. A segunda fase contemplou avaliação da qualidade de vida pelo questionário CPQ¹¹⁻¹⁴, bem como a avaliação da satisfação pessoal, através da Escala Subjetiva de Felicidade (ESF), sob a forma de entrevista, diretamente ao escolar. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas ao comparar qualidade de vida com condição de saúde bucal em ambas as áreas (urbana= $p<0,110$; rural= $p<0,113$), mas com tendência de piora na qualidade de vida à medida que teve agravo na condição de saúde bucal, em ambas as áreas. Já satisfação pessoal entre as áreas urbana e rural, a diferença não foi significativa, bem como não houve relação da satisfação pessoal com o agravo da condição bucal (urbana= $p<0,151$; rural= $p<0,070$). Com relação ao INTO, em relação à qualidade de vida, os escolares pertencentes ao grupo que não necessita de tratamento tiveram uma qualidade de vida melhor do que os pertencentes ao grupo com necessidade de tratamento ($p<0,001$), já em relação à satisfação pessoal não houve diferença estatística significativa entre escolares que necessitam ou não de tratamento ($p<0,404$). Conclui-se que, o agravo da condição de saúde bucal tendeu a gerar um impacto negativo na qualidade de vida, ao passo que não apresentou relação com a satisfação pessoal, independente da área demográfica (urbana ou rural) dos escolares do município de Nova Friburgo.

Palavras-chave: Cárie Dentária; Qualidade de Vida; Felicidade, Saúde Pública; Índices

Introdução

A saúde bucal tem melhorado nos últimos anos em alguns países, principalmente nos desenvolvidos, através de medidas importantes de saúde pública, porém a cárie dentária ainda é considerada um grande problema de saúde pública (PETERSEN *et al.*, 2005; BAELUM *et al.*, 2007; PETERSEN, 2008; KASSEBAUM *et al.*, 2015). Essa doença é considerada uma disbiose (desequilíbrio) entre diferentes microrganismos presentes na boca, desencadeada pelo consumo de açúcar além de ser apontada como uma doença de caráter social, econômico e diretamente relacionada a hábitos comportamentais, devendo ser tratada de forma precoce na infância, a fim de não comprometer a qualidade de vida na fase adulta (GRADELLA *et al.*, 2007; AMMARI *et al.* 2013; SIMÓN-SORO & MIRA, 2015).

Estudos epidemiológicos que vêm sendo realizados desde a década de 1980 revelam uma diminuição da doença em adolescentes de 12 anos em países de alta e média renda (PINTO, 1983; MARTHALER *et al.*, 1996; NARVAI *et al.*, 2006; BEAGLEHOLE *et al.*, 2009). Tal panorama não é diferente no Brasil, na década de 80 adolescentes de 12 anos de idade e de 15 a 19 anos apresentavam em média, respectivamente, índices CPO-D de 6,65 e 12,68. Em 2012 os valores foram de 2,07 e 4,25, ou seja, houve uma redução nessas faixas etárias. Entretanto, apesar da diminuição da prevalência de cárie observada nas últimas décadas, o índice na dentição permanente ainda é elevado no país (BRASIL, 2012; SAINTRAIN *et al.*, 2015).

O tratamento da cárie dentária é relativamente insuficiente tanto nos países desenvolvidos quanto nos emergentes (FILSTRUP *et al.*, 2003; BAELUM *et al.*, 2007; ENWONWU & SALAKO, 2012). Lesões cariosas, em estágios mais avançados, podem gerar grande impacto negativo na qualidade de vida, frente à possibilidade de dor, desconforto e infecção, e suas complicações (MILLER *et al.*, 1982; AYHAN *et al.*, 1996; SHELLER *et al.*, 1997; MOURA-LEITE *et al.*, 2008; POURAT & NICHOLSON, 2009). A partir disso, verificou-se a necessidade de se estabelecer sistemas com escores que avaliassem e quantificassem os estágios avançados da doença, que revelasse a prevalência de lesões com envolvimento pulpar ou infecção (MANJI *et al.*, 1991; PINE *et al.*, 2006). O índice CPO é o índice recomendado pela

Organização Mundial de Saúde (OMS) para registrar a experiência de cárie em uma determinada população. Uma revisão sistemática de estudos brasileiros revela ser este o índice mais usado para levantamentos epidemiológicos (BOING *et al.*, 2014), registrando apenas lesões cavitadas, não detectando as consequências clínicas das lesões cariosas não tratadas, estágios mais graves da doença (WHO, 1997; FEJERSKOV & KIDD, 2005). Considerando estes fatores, pesquisadores propuseram um índice denominado PUFA, com o objetivo de se determinar a prevalência e registrar a gravidade das consequências de lesões de cárie não tratadas, como complemento aos índices existentes (MONSE *et al.* 2010).

Estudos (TANG *et al.*, 1997; GUGUSHE & DU PLESSIS, 1998; SWEENEY & GELBIER 1999; TAPIAS *et al.*, 2001; VARGAS *et al.*, 2002; VARGAS *et al.*, 2003; BAJOMO *et al.*, 2004; VARENNE *et al.*, 2004; ANTUNES *et al.*, 2006; MASEREJIAN *et al.*, 2008; MELLO *et al.*, 2008; GORBATOVA *et al.*, 2011; GORBATOVA *et al.*, 2012; GIACAMAN *et al.*, 2015) têm comparado a condição de saúde bucal entre populações de áreas urbanas e rurais, de diferentes locais pelo mundo. Em nível internacional, os estudos urbanos e rurais da saúde dentária infantil apresentam resultados variados e, em sua maioria, foram realizados em países emergentes. No Brasil, nos estudos de ANTUNES *et al.*, (2006) e MELLO *et al.*, (2008), os habitantes de áreas rurais apresentam pior condição de saúde bucal que os habitantes de área urbana. Na África, no entanto, os residentes de áreas rurais, resultam em menor cárie, em comparação com os de área urbana (GUGUSHE & DU PLESSIS, 1998; BAJOMO *et al.*, 2004; VARENNE *et al.*, 2004). Resultados contraditórios também foram observados em países classificados pelo Fundo Monetário Internacional como "economias avançadas". Nos Estados Unidos, enquanto MASEREJIAN *et al.*, (2008) mostraram que as crianças nas áreas urbanas da Nova Inglaterra tinham maior número de dentes apresentando lesões cariosas, VARGAS *et al.*, (2002) constataram que em Maryland, as crianças nas áreas rurais eram mais propensas a ter lesões de cárie do que aquelas em áreas urbanas, e TANG *et al.*, (1997) não encontraram associação entre cárie na infância e ruralidade em uma amostra do Arizona. Em uma amostra em todo o país, não houve diferença entre as crianças que vivem em áreas urbanas e rurais no número de dentes com lesões cariosas (VARGAS *et al.*, 2003). Um

estudo feito em Madri por TAPIAS *et al*, (2001), em consonância com outro feito na Escócia por SWEENEY & GELBIER (1999), propuseram que crianças oriundas de áreas desprovidas de recursos financeiros apresentam risco aproximadamente três vezes maior de serem acometidas pela cárie dentária quando comparadas com crianças que habitam áreas economicamente mais favorecidas. Outro estudo feito com crianças em uma região no Noroeste da Rússia revelou que a experiência global de cárie foi semelhante nas zonas rurais e nas zonas urbanas, porém o número de dentes cariados em áreas rurais foi maior (GORBATOVA *et al*, 2012). Resultados semelhantes foram encontrados no estudo do mesmo autor em 2011, com adolescentes de 15 anos, de zonas urbana e rural, com uma variação entre as áreas, revelando também uma pior condição bucal para a área rural (GORBATOVA *et al*, 2011). O mesmo foi observado no Chile constatando que as crianças de áreas rurais apresentaram maior prevalência de cárie do que crianças de áreas urbanas (GIACAMAN *et al*, 2015). Embora não seja regra geral, há indícios de que, no Brasil e no mundo, as crianças mais afetadas pela cárie dentária sejam procedentes de grupos populacionais desvalidos nos campos político, econômico e social (BALDANI *et al*, 1996; FREIRE *et al*, 1996; SWEENEY *et al*, 1999; MALTZ & BARBACHAN, 2001; BASTOS *et al*, 2006; BOING *et al*, 2014).

A Odontologia vem buscando medidas para avaliar o efeito de tratamentos e abordagens aos pacientes, tanto sob a forma individual como coletiva, em populações. A avaliação mais usada atualmente diz respeito à qualidade de vida (WHO, 1995). A forma de avaliar a qualidade de vida exige que os profissionais de saúde não analisem apenas questões biológicas relacionadas à doença, devendo-se considerar uma abordagem psicossocial. Dentre as modalidades atualmente disponíveis para avaliar qualidade de vida em crianças pode-se destacar *Child Oral Health Quality of Life* (COHQoL) (JOKOVIC *et al*, 2002; LOCKER *et al*, 2002; JOKOVIC *et al*, 2003; JOKOVIC *et al*, 2004).

Uma medida que vem sendo investigada como um complemento à qualidade de vida é a avaliação da satisfação pessoal, sendo a escala de bem-estar subjetivo um instrumento para tal avaliação (LYUBOMIRSKY, & LEPPER, 1999). Essa escala caracteriza o indivíduo tanto sob a forma absoluta quanto

relativa, de acordo com domínios específicos que solicitam ao entrevistado que quantifique o grau em que suas afirmações possam identificar a sua forma de ser, como mais ou menos feliz/infeliz (LYUBOMIRSKY & LEPPER, 1999; RODRIGUES & SILVA, 2010). O estudo transversal de TUCHTENHAGEN *et al.* (2015), com uma amostra de 1134 adolescentes de 12 anos, concluíram que tanto a qualidade de vida como a satisfação pessoal foram influenciadas pela condição de saúde bucal dos adolescents.

Estudos vêm buscando associação entre qualidade de vida e condição de saúde bucal (LOW *et al.*, 1999; PIOVESAN *et al.*, 2010; SCAPINI *et al.*, 2013; PRAVEEN *et al.*, 2015; TUCHTENHAGEN *et al.*, 2015), porém, a correlação da saúde bucal com o impacto na satisfação pessoal ainda é pouco relatada na literatura (TUCHTENHAGEN *et al.*, 2015).

A partir do exposto, o presente estudo teve como objetivo comparar o impacto da condição de saúde bucal na qualidade de vida e satisfação pessoal, entre escolares de área urbana e rural de Nova Friburgo – RJ.

Material e Métodos

Desenho do estudo

A presente pesquisa, aprovada pelo comitê de ética de uma instituição pública de ensino (CEP-HUCFF-UFRJ) (2.015.179), corresponde a um estudo observacional transversal, realizado em duas etapas, em escolares de todas as escolas, de área urbana e área rural, integrantes do Programa Saúde da Escola (PSE) do município de Nova Friburgo-RJ.

Primeiramente foi enviado, via escola, o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) aos responsáveis, bem como dois questionários de coleta de dados de classificação econômica e social da família (ABEP, 2008; IBGE, 2010). Após um período de 30 dias para retorno, passou-se para a primeira fase da pesquisa, o levantamento epidemiológico da condição de saúde bucal dos escolares. Assim, o termo de assentimento (TA) era fornecido ao escolar, onde a partir da compreensão e assinatura do mesmo, a pesquisa foi iniciada. A segunda fase da pesquisa correspondeu à avaliação da qualidade de vida e da satisfação pessoal, através de questionários específicos para as mensurações, sob a forma de entrevista.

Amostra

O presente estudo realizou um censo, onde todos os escolares matriculados nas escolas participantes do PSE, entre 11 e 14 anos, foram convidados a participar. O município de Nova Friburgo possui um total de 132 unidades escolares municipais, sendo 80 escolas, 44 creches e 8 escolas conveniadas. Desse total, 74 são consideradas urbanas e 50 rurais, de acordo com a análise do Programa. A partir disso, as escolas consideradas rurais para o presente estudo foram as escolas mais afastadas do centro da cidade de Nova Friburgo, e em contrapartida, as escolas urbanas, as mais próximas do centro. De acordo com a coordenação do PSE, um total de 6 escolas contemplam a idade referida, sendo 4 em área urbana, e 2 em área rural.

Foram incluídos escolares que preencheram os seguintes critérios: adolescentes entre 11 e 14 anos, na dentição permanente, saudáveis, com TCLE e TA assinados, com adequado exame clínico e questionários preenchidos. Foram excluídos do estudo, escolares na dentição mista, portadores de necessidade especial, aqueles cujo exame clínico não foi possível de ser realizado e sem preenchimento de questionários/termos.

Primeira fase: Levantamento epidemiológico da condição de saúde bucal

O levantamento epidemiológico da condição de saúde bucal dos escolares foi realizado por um examinador treinado e calibrado (Kappa intra = 1,000 para o índice CPO-D, e Kappa intra = 1,00, para o índice PUFA) para este tipo de estudo.

Após o preenchimento dos dados pessoais, o exame clínico visual foi realizado em mesas escolares e o material de consumo necessário correspondeu a luvas, roletes de algodão e palitos de madeira. Os índices utilizados para avaliação da condição de saúde bucal (cárie dentária) foram os índices CPO-D (WHO, 1997) e PUFA (MONSE *et al*, 2010). A avaliação dos índices foi feita visualmente, com uso de abaixadores de língua (palitos de madeira), e de acordo com a recomendação dos próprios índices.

A partir da avaliação dos índices CPO-D e PUFA, foi feita a seguinte categorização em relação à condição de saúde bucal para quantificar o nível da doença, objetivando uma melhor comparação com a qualidade de vida e satisfação pessoal. G1 - sem CPO-D e sem PUFA (CPO-D = 0; PUFA = 0); G2 – com CPO-D, sem PUFA (CPO-D \neq 0 ; PUFA=0); G3 – com CPO-D e PUFA (CPO-D \neq 0; PUFA \neq 0).

Além disso, foi aplicado o Índice de Necessidade de Tratamento Odontológico (INTO), composto por 6 escores, que são aplicados de acordo com a necessidade de tratamento do indivíduo examinado (DUMONT *et al.*, 2008; WERNECK *et al.*, 2011), utilizando apenas abaixadores de língua, permitindo apenas uma avaliação superficial da condição bucal. (CASTILHO *et al.*,2000).

Segunda fase: Avaliação da qualidade de vida e da satisfação pessoal

Para a mensuração da qualidade de vida, o instrumento aplicado foi a versão curta do questionário CPQ₁₁₋₁₄ (JOKOVIC *et al.*, 2006), com 16 perguntas classificadas em quatro domínios: sintomas orais (4 questões), limitação funcional (4 questões), bem-estar emocional (4 questões) e bem-estar social (4 questões). Cada questão possui cinco alternativas de resposta, numa escala de 0 a 4, com maiores valores correspondentes ao estado mais pobre, e a pontuação geral variando de 0 a 64. Escores mais altos indicam maior impacto (negativo) das condições bucais na qualidade de vida das crianças. O questionário também contém classificações globais da saúde bucal da criança e até que ponto a condição oral/orofacial afeta seu bem-estar geral, também numa escala de 0 a 4.

Para a avaliação da satisfação pessoal, o instrumento adotado foi a Escala subjetiva de felicidade (LYUBOMIRSKY & LEPPER, 1999), traduzida e retraduzida por RODRIGUES & SILVA, (2010), a qual possibilita a mensuração total da felicidade subjetiva, através de seus dois componentes: afetivo (grau em que experiências afetivas agradáveis pesam mais que as desagradáveis de uma forma geral) e cognitivo (grau em que o indivíduo percebe o entendimento às suas necessidades). A contagem pode variar de 1 a 7, com valores mais elevados correspondentes à melhor satisfação pessoal.

Os dois questionários foram aplicados sob a forma de entrevista, diretamente ao escolar, em local reservado no seu ambiente escolar.

Análise estatística

Os dados foram categorizados e avaliados utilizando o software estatístico SPSS® (Versão 21.0, Chicago, EUA). Foram realizados testes estatísticos para comparar variáveis nominais (Qui-Quadrado e teste exato de Fisher), para comparar amostras independentes e suas variáveis numéricas (Mann-Whitney) e para comparar duas ou mais amostras independentes de tamanhos iguais ou diferentes (Kruskal Wallis). O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$).

Resultados

Do total de 6 escolas integrantes do PSE, todas (100%) foram avaliadas. Sendo assim, foram enviados aos responsáveis pelos escolares, um total de 509 termos de consentimento e questionários socioeconômicos, distribuídos pelas escolas, de acordo com o universo de escolares que se encaixavam na faixa etária estabelecida. Durante o período estipulado para a devolução dos mesmos (30 dias) assinados e/ou preenchidos pelos responsáveis, 194 retornaram, representando uma taxa de retorno de 38%. Após a avaliação inicial e o exame clínico, a amostra foi composta por 161 escolares, 104 de área urbana e 57 de área rural, que se enquadravam nos critérios de inclusão e exclusão do estudo, e a razão pelo qual a exclusão dos 33 escolares da amostra, foram por estar na dentição mista (Figura 1). Foi observado que 64 (39,8%) eram do sexo masculino e 97 (60,2%) feminino, sendo a média de idade dos escolares de 12,73 anos (DP 0,954), com o mínimo de 11 anos e o máximo de 14 anos. Com relação a cor, mais da metade da amostra (59,6%) correspondeu a brancos, seguido pelos mulatos (17,4%), negros (15,5%) e “outros”, incluindo pardos, índios e orientais (7,5%), de acordo com a autodeclaração. Dentre as famílias envolvidas nesse estudo, a maior parte da amostra (79,5%) era da classe média (classe B e C) e 20,5% faziam parte da classe baixa (classe D e E), sendo que nenhuma pertencia a classe econômica alta (classe A) (Tabela 1).

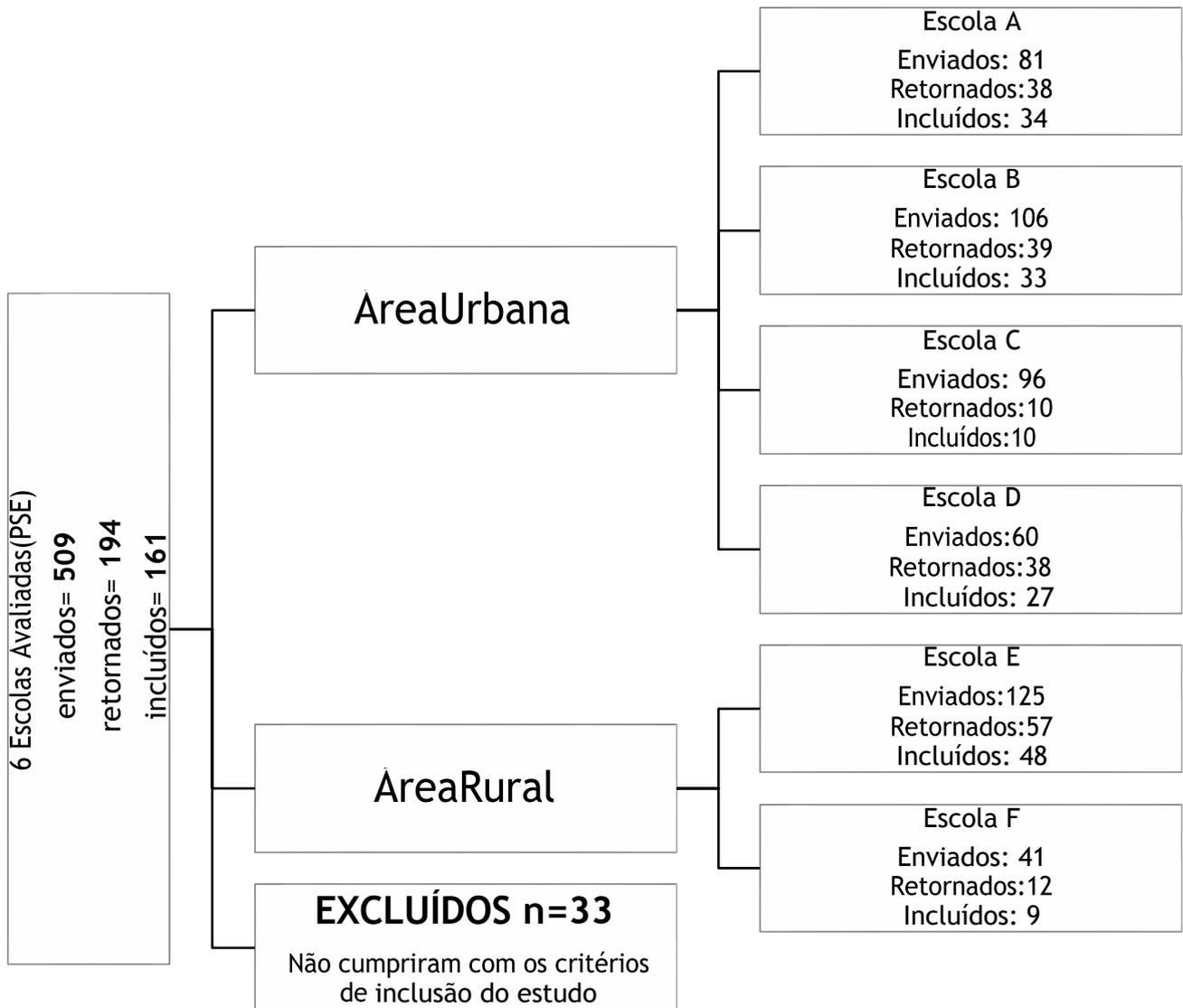


Figura 1 – Fluxograma da distribuição da amostra por escolas.

Tabela 1 - Distribuição e caracterização da amostra.

VARIÁVEIS		ÁREA URBANA n=104 (%)	ÁREA RURAL n=57 (%)	TOTAL N= 161 (%)
SEXO	Masculino	38 (36,5%)	26 (45,6%)	64 (39,8%)
	Feminino	66 (63,5%)	31 (54,4%)	97 (60,2%)
IDADE	11 anos	9 (8,7%)	8 (14%)	17 (10,6%)
	12 anos	32 (30,8%)	17 (29,8%)	49 (30,4%)
	13 anos	38 (36,5%)	17 (29,8%)	55 (34,2%)
	14 anos	25 (24%)	15 (26,3%)	40 (24,8%)
COR	Branca	54 (51,9%)	42 (73,7%)	96 (59,6%)
	Negra	20 (19,2%)	5 (19,2%)	25 (15,5%)
	Mulato	21 (20,2%)	7 (12,3%)	28 (17,4%)
	Outros	9 (8,7%)	3 (5,3%)	12 (7,5%)
CLASSE ECONÔMICA	A	–	–	–
	B	9 (8,7%)	2 (3,5%)	11 (6,8%)
	C	81 (77,9%)	36 (63,2%)	117 (72,7%)
	D	12 (11,5%)	18 (31,6%)	30 (18,6%)
	E	2 (1,9%)	1 (1,8%)	3 (1,9%)

Ao comparar a condição de saúde bucal com a classe econômica, verificou-se que a maior parte das famílias se encontrava na classe C e com maior parte no grupo G1 - sem CPO-D e sem PUFA (índices=0), porém sem diferença estatística significativa ($p < 0,151$) (Tabela 2).

Tabela 2 – Condição de saúde bucal e sua relação com a classificação econômica.

		CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL			Total	P valor
		G1	G2	G3		
CLASSE ECONÔMICA	A	--	--	--	--	<0,151*
	B	10 (90,9%) (10,4%)	1 (9,1%) (2,2%)	0 (0,0%) (0,0%)	11 (100,0%) (6,8%)	
	C	70 (59,8%) (72,9%)	34 (29,1%) (75,6%)	13 (11,1%) (65,0%)	117 (100,0%) (72,7%)	
	D	14 (46,7%) (14,6%)	10 (33,3%) (22,2%)	6 (20,0%) (30,0%)	30 (100,0%) (18,6%)	
	E	2 (66,7%) (2,1%)	0 (0,0%) (0,0%)	1 (33,3%) (5,0%)	3 (100,0%) (1,9%)	
Total	96 (59,6%) (100,0%)	45 (28,0%) (100,0%)	20 (12,4%) (100,0%)	161 (100,0%) (100,0%)		

*teste Exato de Fisher

Ao dividir os escolares em grupos em relação à condição de sua saúde bucal, e comparando-os entre as áreas urbana e rural, observou-se que a maioria se encontrava em G1, em ambas as áreas: 57 (54,8%) em área urbana e 39 (68,4%) em área rural (Tabela 3), não havendo significância estatística entre a distribuição por áreas e a condição de saúde bucal ($p < 0,233$).

Tabela 3 – Distribuição dos escolares em relação à condição de saúde bucal e área geográfica.

CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL						
		G1	G2	G3	Total	P valor
ÁREA	Urbana	57 (54,8%)	33 (31,7%)	14 (13,5%)	104 (100,0%)	<0,233*
	Rural	39 (68,4%)	12 (21,1%)	6 (10,5%)	57 (100,0%)	
Total		96 (59,6%)	45 (28,0%)	20 (12,4%)	161 (100,0%)	

*teste Qui-quadrado de Pearson

Ao se comparar qualidade de vida e satisfação pessoais entre as áreas, ambas as avaliações obtiveram resultado significativo. A média das respostas de qualidade de vida dos escolares da área urbana (11,88) foi maior do que dos escolares de área rural (8,91), indicando uma melhor qualidade de vida para os últimos (<0,010). Já em relação à satisfação pessoal, os escolares de área urbana tiveram um maior grau de felicidade (média: 4,58), quando comparados aos escolares de área rural (média: 4,14) (<0,001) (Tabela4).

Tabela 4 – Médias do escores das avaliações para quantificar a qualidade de vida (CPQ 11-14) e a satisfação pessoal (ESF) entre área urbana e rural.

ÁREA	CPQ 11-14	ESF
Urbana	11,88	4,58
Rural	8,91	4,14
P Valor	<0,010*	<0,001*

* teste de Mann-Whitney

Para uma melhor correlação entre o INTO (Índice de Necessidade de Tratamento) e as variáveis qualidade de vida e satisfação pessoal, os códigos do INTO foram agrupados, formando-se 2 grupos: SNT (sem necessidade de tratamento) e CNT (com necessidade de tratamento). Em relação a qualidade de vida, os escolares pertencentes ao grupo que não necessita de tratamento tiveram uma qualidade de vida melhor do que os pertencentes ao grupo com necessidade de tratamento, sendo essa diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$). Por outro lado, em relação a satisfação pessoal não houve diferença estatística significativa entre escolares que necessitam ou não de tratamento ($p < 0,404$) (Tabela 5).

Analisando separadamente a qualidade de vida nas áreas urbana e rural entre os 2 grupos, os escolares pertencentes ao grupo que não necessita de tratamento (SNT) têm uma qualidade de vida melhor do que os pertencentes ao grupo que necessita de tratamento (CNT), tanto na área urbana (SNT=10,14; CNT=16,61) ($p < 0,001$), quanto na rural (SNT=7,59; CNT=13,38), ($p < 0,073$), com uma diferença estatística significativa para a área urbana. Já em relação a satisfação pessoal, entre escolares que necessitam ou não de tratamento, não houve diferença estatística significativa tanto na área urbana (SNT=4,58; CNT=4,59) ($p < 0,621$) quanto na área rural (SNT=4,10; CNT=4,26) ($p < 0,626$).

Tabela 5 – Média do escores do INTO em comparação aos instrumentos para avaliar qualidade de vida e satisfação pessoal.

INSTRUMENTOS	INTO		P valor
	SNT	CNT	
CPQ ₁₁₋₁₄	9,21	15,59	<0,001*
ESF	4,71	4,82	<0,404*

* teste de Mann-Whitney

Ao cruzar qualidade de vida com a condição de saúde bucal (G1, G2, G3) dos escolares entre as áreas demográficas, não houve diferença estatisticamente significativa, independente da área. Salientando que a tendência foi de piora na qualidade de vida a medida que teve agravo na condição de saúde bucal, em ambas as áreas, especialmente na rural (Tabela 6).

Tabela 6- Media dos escores da qualidade de vida em relação à condição de saúde bucal entre área urbana e rural.

Instrumento		URBANA	RURAL
Gravidade			
CPQ11-14	G1	10,19	7,82
	G2	13,64	7,25
	G3	14,64	19,33
P valor		<0,110*	<0,113*

* Teste Kruskal Wallis

Quando se analisou o impacto da condição de saúde bucal (G1, G2, G3) na satisfação pessoal entre as áreas urbana e rural, a diferença não foi significativa bem como não houve relação da satisfação pessoal com o agravo da condição bucal (Tabela 7).

Tabela 7 – Media dos escores da satisfação pessoal em relação à condição de saúde bucal entre área urbana e rural.

Instrumento		URBANA	RURAL
	Gravidade		
ESF	G1	4,55	4,13
	G2	4,53	3,85
	G3	4,85	4,79
P valor		<0,151*	<0,070*

* Teste Kruskal Wallis

Discussão

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a adolescência compreende o período entre 10 e 19 anos de idade, subdividido em adolescentes menores (de 10 a 14 anos) e adolescentes maiores (de 15 a 19 anos) (WHO, 2006). No presente estudo, abrangeram-se escolares na faixa etária de 11 a 14 anos, faixa etária necessária para aplicação do questionário para mensurar qualidade de vida (CPQ₁₁₋₁₄) dessa pesquisa, bem como satisfação pessoal, através do cruzamento dessas variáveis com a saúde bucal. Além disso, comparando os escolares entre área urbana e rural do município de Nova Friburgo. Mais da metade da amostra compreendeu adolescentes brancos (59,6%), resultado diferente do encontrado pela revisão sistemática de Boing et al, (2014), avaliando determinantes sociais da cárie dentária no Brasil, onde as cores parda/preta foram as mais encontradas nos estudos analisados associando com saúde bucal. Vale salientar que essa característica da amostra pode ser devido ao fato da colonização do município

de Nova Friburgo ter sido predominantemente por europeus.

São muitas as pesquisas envolvendo crianças e adolescentes, e para atingir esse público-alvo é comum que os estudos sejam realizados em escolas, uma vez que se atinge um maior número de participantes ao mesmo tempo, tendo como pré-requisito ético a autorização por escrito dos responsáveis (PEREIRA *et al*,2012). Esses autores enfatizam a importância de estudos com escolares divulgarem com mais precisão o processo de coleta de consentimento dos pais e os resultados obtidos, bem como ressaltam a dificuldade de se conseguir tal autorização (PEREIRA *et al*,2012; BORGES & DELL'AGLIO, 2017). Concordamos com essa questão, uma vez que o presente estudo teve uma taxa de retorno de 38% dos TCLE/questionários, fato esse considerado como uma limitação da pesquisa. Tal limitação poderia ter sido superada por diferentes estratégias de difundir maneiras de se conseguir o consentimento dos responsáveis como sugerido por PEREIRA *et al*, (2012). Entretanto, vale salientar que apesar do número não tão expressivo de adesão dos responsáveis, 100% dos escolares assinaram o TA. A parceria institucional com a prefeitura de Nova Friburgo foi excelente, com acesso direto às escolas, todas solícitas e interessadas na pesquisa. A partir dessa pesquisa, dados clínicos e epidemiológicos coletados foram repassados aos responsáveis, bem como referência ao tratamento odontológico, quando necessário, além do reforço da parceria, uma vez que o canal de comunicação com a clínica de odontopediatria (UFF-NF) passou a ser mais direto. A partir disso, esperávamos uma taxa de adesão mais expressiva. Uma das questões relatadas pelos diretores das escolas para justificar a baixa adesão de responsáveis foi o receio de perderem certas gratificações do governo, pelo fato de passarem informações através de questionários socioeconômicos. Por outro lado, um dado observado pelos pesquisadores foi a pouca importância dada à saúde bucal de seus filhos, representada pela escassez de comparecimento ao tratamento odontológico na clínica da faculdade referenciada, mesmo sendo gratuito.

Com relação à classe econômica, pôde-se verificar que a maioria das famílias pertencia à classe média (79,5%), seguido pela classe baixa (20,5%), resultados esses também foram observados quando separada a amostra por área demográfica (rural ou urbana). Além disso, em relação à condição de saúde bucal, a maior parte dos escolares pertencia ao grupo G1, ou seja, sem cárie dentária. Comparando essas variáveis, não foi encontrada relação direta, uma vez que não houve diferença estatística significativa entre classe econômica e condição de saúde bucal. Em contrapartida, alguns estudos mostram essa relação. A revisão sistemática de BOING *et al*, (2014) aponta que a maior parte dos estudos analisados identificou maior ocorrência de cárie dentária entre os grupos mais pobres, em consonância com o estudo de TAPIAS *et al*,(2001) e SWEENEY & GELBIER (1999), onde crianças oriundas de áreas desprovidas de recursos financeiros apresentavam maiores chances de ocorrência de cárie dentária.

A condição de saúde bucal foi avaliada através de dois índices de cárie dentária (CPOD e PUFA), e essa associação se deu ao fato do índice PUFA surgir na literatura como um índice complementar aos demais índices já consagrados na literatura (WHO, 1997; MONSE *et al*, 2010; BOING *et al*, 2014) de forma satisfatória (AMORIM *et al*, 2012) para alcançar a doença em estágios mais avançados (lesões não tratadas), as quais têm maior possibilidade de influenciar na qualidade de vida dos indivíduos. Um dos objetivos do presente trabalho foi buscar uma possível associação entre a região demográfica (urbana x rural) com a condição de saúde bucal. Pôde-se observar que a maior parte da amostra se encontrava no grupo G1 em ambas regiões, urbana (54,8%) e rural (68,4%), o que demonstrou boas condições de saúde bucal de mais da metade da amostra geral (59,6%). Por conseguinte, a cárie dentária e suas consequências foram observadas em 40,4% da amostra, sendo mais presente na região urbana, porém sem significância estatística entre as regiões. Resultados menos satisfatórios foram encontrados por AMORIM *et al*, (2012), ao analisarem 835 escolares de 6 escolar públicas de Brasília.

Estes autores constataram uma prevalência de cárie dentária de 63,7% em dentes permanentes. Comparando resultados em região urbana e rural em outros países, o estudo de GORBATOVA et al, (2012) com crianças de 6 anos, revelou que a experiência global de cárie foi semelhante nas zonas rurais e nas zonas urbanas, porém o número de dentes cariados em áreas rurais foi maior. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo do mesmo autor em 2011, com adolescentes de 15 anos, de zonas urbana e rural, com uma variação entre as áreas, revelando também uma pior condição bucal para a área rural (GORBATOVA *et al*, 2011). O mesmo foi observado no estudo de GIACAMAN et al, (2015) onde foi constatado que as crianças de áreas rurais apresentaram maior prevalência de cárie do que crianças de áreas urbanas. De acordo com a literatura citada, o maior acometimento pela doença encontra-se nas áreas rurais, dados que diferem dos resultados no presente estudo, onde a área urbana teve pior condição de saúde bucal.

No presente estudo, uma das hipóteses esperadas seria um maior acometimento da cárie dentária na área rural, em comparação com a urbana, por todas as questões listadas anteriormente, e pela possível diferença de estilo de vida entre as áreas. Entretanto, não houve diferença entre as áreas, uma vez que em ambas, a maior parte dos escolares não apresentava qualquer tipo de lesão cariosa. Como o PSE realiza ações de saúde nessas escolas, urbanas e rurais, podemos supor que este fato pode ter influenciado nos resultados obtidos, uma vez que alguns projetos de saúde bucal são realizados pelo programa e até em parceria com a universidade.

Ao se comparar qualidade de vida e satisfação pessoal entre as áreas urbana e rural, os resultados do presente trabalho mostraram que houve diferença significativa. A qualidade de vida foi melhor para os escolares de área rural, em contrapartida, em relação à satisfação pessoal, os escolares de área urbana tiveram um maior grau de felicidade. Não encontramos estudos na literatura com a mesma metodologia empregada no presente trabalho,

dificultando o cruzamento desses dados. Podemos inferir que de acordo com a presente amostra, os escolares tiveram interpretações diferentes de qualidade de vida e de felicidade, sendo assim, estavam menos felizes, porém com melhor qualidade de vida os escolares de área rural, e mais felizes e com pior qualidade de vida os escolares de área urbana. Esse dado nos faz pensar sobre a necessidade de se aplicar dois instrumentos em uma mesma população, mesmo que buscando avaliações diferentes, porém que se complementam. De qualquer forma, mais estudos são necessários e com amostras maiores para divulgação na literatura, principalmente em relação à satisfação pessoal ou bem estar subjetivo, uma vez que é uma medida nova de avaliação.

Estudo avaliando 1.034 adolescentes entre 11 e 12 anos na Tailândia observou que 99,5% dos escolares apresentavam pelo menos um tipo de necessidade de tratamento (GHERUNPONG *et al*, 2006). FRANÇA NETO (2009) encontrou 25,7% dos escolares entre 6 a 12 anos sem necessidade de tratamento. Em contrapartida, no presente estudo a maior parte dos escolares (59,6%), tanto em área urbana quanto em área rural, não apresentavam nenhum tipo de necessidade de tratamento o que está semelhante com o trabalho de ROCHA (2009), que encontrou uma taxa de 73% dos escolares de 12 a 15 anos de idade e 49% de 6 a 12 anos, também sem necessidade de tratamento. O presente estudo utilizou o INTO relacionando-o com os instrumentos de qualidade de vida e de satisfação pessoal nas áreas urbana e rural em 161 escolares, revelando que a qualidade de vida dos escolares com necessidade de tratamento foi pior do que os que não necessitavam de tratamento, enquanto a satisfação pessoal não foi alterada. Isso pode ser explicado pelo desconforto, dor, entre outros sentimentos negativos relatados pelos adolescentes.

A avaliação da qualidade de vida tem sido amplamente relatada na literatura, em diferentes faixas etárias, e com diferentes instrumentos e associações. Estudos demonstram a influência de condições bucais na qualidade de vida de crianças, mostrando que quanto pior a condição de saúde bucal, pior a qualidade de vida (LOW *et al*, 1999; PIOVESAN *et al*, 2010; SCAPINI *et al*, 2013; PRAVEEN *et al*, 2015). Resultados semelhantes foram observados no presente estudo, ao comparar qualidade de vida com a condição de saúde bucal dos escolares entre as áreas demográficas, houve piora na qualidade de vida à medida que teve agravo na condição de saúde bucal, em ambas as áreas, mesmo que sem significância estatística.

Por outro lado, a medida de satisfação pessoal ainda tem sido pouco relatada (YOON *et al*, 2013; TUCHTENHAGEN *et al*, 2015), sendo a escala de felicidade o instrumento usado. Esse fato despertou o interesse de associar essa avaliação à qualidade de vida de adolescentes, e buscar possíveis diferenças entre as áreas demográficas. No estudo de TUCHTENHAGEN *et al*, (2015), com adolescentes de 12 anos, os resultados demonstraram que condições bucais, status socioeconômico e qualidade de vida relacionada à saúde bucal foram importantes preditores para o grau de felicidade. Foi encontrada uma correlação entre os escores da escala subjetiva de felicidade e os escores gerais do CPQ₁₁₋₁₄, indicando que um decréscimo na medida de qualidade de vida leva também a um decréscimo no grau de felicidade. Associação parecida já foi encontrada por YOON *et al*, (2013) com adultos. No nosso estudo, em relação ao impacto da condição de saúde bucal na satisfação pessoal, entre as áreas urbana e rural, não houve diferença significativa, bem como não houve relação da satisfação pessoal com o agravo da condição bucal.

Conclusão

De acordo com os resultados da presente pesquisa, o agravamento da condição de saúde bucal tendeu a gerar um impacto negativo na qualidade de vida, ao passo que não apresentou relação com a satisfação pessoal, independente da área demográfica (urbana ou rural) dos escolares do município de Nova Friburgo.

Agradecimentos

Estamos extremamente gratos a todos os adolescentes e suas respectivas famílias que participaram deste estudo. Agradecimentos especiais à Secretaria de Educação e Secretaria de Saúde do Município de Nova Friburgo, em especial à coordenação do Programa PSE (Programa Saúde na Escola) representado pela Dra. Alexandra Rodrigues Barbosa Gaeta, e pelo subsecretário de atenção Integral à Saúde, Dr. Luiz Carlos Hubner Moreira, aos diretores das escolas visitadas, e pela parceria UFF-NF/Prefeitura NF, representado pelo prof. Gilson Saippa(UFF-NF).

Referências

- ANTUNES, J.L.F.; PERES, M.A.; MELLO, T.R.D.; WALDMAN, E.A. Multilevel assessment of determinants of dental caries experience in Brazil. **Community Dent and Oral Epidemiol.** v.34, n.2, p.146-152, 2006.
- AMMARI, M.M. et al. Odontologia para bebês. In Duque et al; Odontopediatria: uma visão contemporânea, p.33-45, 1ª ed, Ed Santos, São Paulo,2013.
- AMORIM, R.G.; FIGUEIREDO, M.J.; LEAL, S.C.; MULDER, J.; FRENCKEN, J.E. Caries experience in a child population in a deprived area of Brazil, using ICDAS II. **Clin Oral Investig.** v.16, n.2, p.513-20, 2012.
- AYHAN, H., SUSKAN, E.; YILDIRIM, S. The effect of nursing or rampant caries on height, body weight and head circumference. **J Clin Pediatr Dent.** v.20, n.3 p.209- 212, 1996.

BAELUM, V.; VAN PALESNSTEIN HELDERMAN, W.H.; HUGOSON, A.; YEE, R.; FEJERSKOV, O. A global perspective on changes in the burden of caries and periodontitis: implications for dentistry. **J. Oral Rehabil.** v.34, n.12, p.872-906, 2007.

BAJOMO, A. S.; RUDOLPH, M. J.; & OGUNBODEDE, E. O. Dental caries in six, 12 and 15 years old Venda children in South Africa. **East African Medical Journal.** v.81, p.236-243, 2004.

BALDANI MH, NARVAI PC, ANTUNES JLF. Cárie dentária e condições sócio-econômicas no Estado do Paraná, Brasil, 1996. **Cad Saude Publica.** v.18, n.3, p.755-763, 2000.

BASTOS, J.R.M.; MAGALHÃES, S.A.; SILVA, R.H.A. Levantamento epidemiológico de cárie dentária no município de Poço Fundo, Minas Gerais, nos anos de 1999 e 2003. **Arqu Odontol.** v.42, n.2, p.124-132, 2006.

BEAGLEHOLE, R.; BENZIAN, H.; CRAIL, J.; MACKAY, J. The oral health Atlas. Mapping a neglect global health issue Brighton, UK: Myriad Editions for **FDI World Dental Federation**, 2009.

BOING, A.F.; BASTOS, J.J.; PERES, K.G.; ANTUNES, J.L.F.; PERES, M.A. Social determinants of health and dental caries in Brazil: a systematic review of the literature between 1999 and 2010. **Rev Bras Epidemiol Suppl D.S.S.** p.102-115, 2014.

BORGES, J & DELL'AGLIO, D. Desafios éticos na pesquisa com adolescentes: implicações da exigência do consentimento parental. **Rev. SPAGESP.** v.18, n.2, p.43-57, 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais.** Brasília: Ministério da Saúde 2012; 116p.:il.

CASTILHO LS, CARVALHO CF, TOSO FP, JACOB M F, ABREUMHNG, RESENDE VLS. Utilização do INTO para triagem de grandes grupos populacionais; Experiência com pacientes especiais. **Revista do CROMG.** v. 6, n. 3, p. 195-199, 2000.

DUMONT, A.F.S.; SALLA, J.T.; VILELA, M.B.L.; MORAIS, P.C.; LUCAS, S.D. Índice de necessidade de tratamento odontológico: o caso dos índios Xakriabá. **Ciência & Saúde Coletiva.** v.13, n.3, p.1017-1022, 2008.

ENWONWU, C.O.; SALAKO, N. The periodontal disease-systemic healthinfectious disease axis in developing countries. **Periodontology 2000.** v.60, n.1, p.64-77, 2012.

FEJERSKOV, O.; KIDD, E. Cárie Dentária – A Doença e seu Tratamento Clínico. São Paulo: Santos; 2005.

FILSTRUP, S.L.; BRISKIE, D.; DA FONSECA, M.; LAWRENCE, L.; WANDERA, A.; INGLEHART, M.R. Early childhood caries and quality of life: child and parent perspectives. **Pediatr Dent**. v.25, n.5, p.431-40, 2003.

FRANÇA NETO, L.L. Planejamento: utilizando o levantamento de necessidades em saúde bucal para a organização do processo de trabalho. 2009. 44f. **Monografia (Especialização em Odontologia em Saúde Coletiva)** - Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

FREIRE, M.C.M.; MELO, R.B.; SILVA, S.A. Dental caries prevalence in relation to socioeconomic status of nursery school children in Goiânia-GO, Brazil. **Community Dent Oral Epidemiol**. v.24, n. 5, p. 357-361, 1996.

GHERUNPONG, S.; TSAKOS, G.; SHEIHAM, A. A sociodental approach to assessing dental needs of children: concept and models. **Int. J. Paediatr. Dent**. v. 16, n.2, p. 81-88, 2006

GIACAMAN, R.A.; BUSTOS, I.P.; BRAVO-LEÓN, V.; MARIÑO, R.J. Impact of rurality on the oral health status of 6-year-old children from central Chile: the EpiMaule study. **Rural Remote Health**. v.15, n.2, p.3135, 2015.

GORBATOVA, M.A.; GORBATOVA, L.N.; GRJIBOVSKI, A.M. Dental caries experience among 15-year-old adolescents in north-west Russia. **Int J Circumpolar Health**. v.70, n.3, p.232-5, 2011.

GORBATOVA, M.A.; GORBATOVA, L.N.; PASTBIN, M.U.; GRJIBOVSKI, A.M. Urban-rural differences in dental caries experience among 6-year-old children in the Russian north. **Rural Remote Health**. v.12, p.1999, 2012.

GRADELLA, C.M.F.; OLIVEIRA, L.B.; ARDENGHI, T.M.; BÖNECKER, M. Epidemiologia da cárie dentária em crianças de 5 a 59 meses de idade no município de Macapá, AP. **RGO (Porto Alegre)**. v.55, n.4, p.329-334, 2007.

GUGUSHE, T. S.; DU PLESSIS, J. B. Regional urban-rural distribution of dental caries experience in Swaziland. **Journal of the South African Dental Association**. v.53, n.8, p.409-412, 1998.

JOKOVIC. A.; LOCKER. D.; STEPHENS, M.; KENNY, D.; TOMPSON, B.; GUYATT, G. Validity and reliability of a questionnaire for measuring child oral-health-related quality of life. **J Dent Res**. v.81, n.7, p.459–463, 2002

JOKOVIC, A.; LOCKER, D.; STEPHENS, M.; KENNY, D.; TOMPSON, B.; GUYATT, G. Measuring parental perceptions of child oral-health-related quality of life. **J Public Health Dent.** v.63, n.2, p.67–72, 2003.

JOKOVIC, A.; LOCKER, D.; TOMPSON, B.; GUYATT, G. Development and evaluation of a questionnaire for measuring oral-health-related quality of life in 8–10-year-old children. **Pediatr Dent.** v.26, n.6, p.512-518, 2004.

JOKOVIC, A.; LOCKER, D.; GUYATT, G. Short forms of the Child Perceptions Questionnaire for 11-14-year-old children (CPQ11-14): development and initial evaluation. **Health Qual Life Outcomes.** 4:4, 2006.

KASSEBAUM, N.J.; BERNABÉ, E.; DAHIYA, M.; BHANDARI, B.; MURRAY, C.J.; MARCENES, W. Global burden of untreated caries: a systematic review and metaregression. **J Dent Res.** v.94, n.5, p.650-8, 2015.

LOCKER, D.; JOKOVIC, A.; STEPHENS, M.; KENNY, D.; TOMPSON, B.; GUYATT, G. Family impact of child oral and orofacial conditions. **Community Dent Oral Epidemiol.** v.30, n.6, p.438–448, 2002.

LOW, W.; TAN, S.; SCHWARTZ, S. The effect of severe caries on the quality of life in young children. **Pediatr Dent.** v.1, n.6, p.325-326, 1999.

LYUBOMIRSKY, S.; LEPPER, H.S. A measure of subjective happiness: Preliminary reliability and construct validation. **Social Indicators Research.** v.46, n.2, p.137-55, 1999.

MALTZ, M.; BARBACHAN, B.S. Relação entre cárie, gengivite e fluorose e nível socioeconômico em escolares. **Rev. Saúde Pública.** v.35, n.2, p.170-176, 2001.

MANJI, F.; FEJERSKOV, O.; BAELUM, V.; LUAN, W-M.; CHEN, X. The epidemiological features of dental caries in African and Chinese populations: implication for risk assessment. In: Johnson NW editor. Risk markers for oral diseases, Dental caries markers for high and low risk groups and individuals. Cambridge: **Cambridge University Press.** p. 62-100, 1991.

MARTHALER, T.M.; O'MULLANE, D.M.; VRBIC, V. The Prevalence of Dental Caries in Europe 1990-95. Symposium Report. **Caries Res.** v.30, n.4, p.237-255, 1996.

MASEREJIAN, N.N.; TAVARES, M.A.; HAYES, C.; SONCINI, J.A.; TRACHTENBERG, F.L. Rural and urban disparities in caries prevalence in children with unmet dental needs: The New England Children's Amalgam Trial. **Journal of Public Health Dentistry.** v.68, p.7-13, 2008.

MELLO, T.R.D.; ANTUNES, J.L.F.; & WALDMAN, E.A. Prevalence of untreated caries in deciduous teeth in urban and rural areas in the state of Sao Paulo, Brazil. **Pan American Journal of Public Health**. v.23, p.78-84, 2008.

MILLER, J.; VAUGHAN-WILLIAMS, E.; FURLONG, R.; HARRISON, L. Dental caries and children's weights. **J Epidemiol Community Health**. v.36, n.1, p.49-52, 1982.

MONSE, B.; HEINRICH-WELTZIEN, R.; BENZIAN, H.; HOLMGREN, C.; VAN PALENSTEIN HELDERMAN, W. PUFA – An index of clinical consequences of untreated dental caries. **Community Dent Oral Epidemiol**. v.38, n.1, p.77-82., 2010.

MOURA-LEITE, F.R.; RAMOS-JORGE, M.L.; BONANATO, K.; PAIVA, S.M.; VALE, M.P.; PORDEUS, I.A. Prevalence, intensity and impact of dental pain in 5-year-old preschool children. **Oral Health Prev Dent**. v.6, n.4, p.295-301, 2008.

NARVAI, P.C.; FRAZÃO, P.; RONCALLI, A.G.; ANTUNES, J.L.F. Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social. **Pan Am J Public Health**. v.19, n.6, p.385–93, 2006.

PEREIRA, A; WILLIAMS, L; BEM, F. Consentimento dos Pais em Pesquisas com Escolares e a Legislação Brasileira. **Interação Psicol**. v.16, n.1, p.51-61, 2012.

PETERSEN, P.E.; BOURGEOIS, D.; OGAWA, H.; ESTUPINAN-DAY, S.; NDIAYE, C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. **Bulletin of the World Health Organization**. v.83, n.9, p.661-669, 2005.

PETERSEN PE: World Health Organization global policy for improvement of oral health – World Health Assembly 2007. **Int Dent J**. v.58, n.3, p.115-121, 2008

PIOVESAN, C.; ANTUNES, J.L.; GUEDES, R.S.; ARDENGHI, T.M. Impact of socioeconomic and clinical factors on child oral health-related quality of life (cohrqol). **Qual Life Res**. v.19, n. 9, p.1359-66, 2010.

PINE, C.; HARRIS, V.R.; BURNSIDE, G.; MERRETT, M.C.E. An investigation of the relationship between untreated decayed teeth and sepsis in 5-year-old children. **British Dent J** v.200, p.45-7, 2006

PINTO, V.G. Saúde bucal no Brasil. **Rev Saúde Publ**. v.17, p.316–27, 1983.

POURAT, N.; NICHOLSON, G. Unaffordable dental care is linked to frequent school absences. Los Angeles, CA: **UCLA Center for Health Policy Research**, 2009.

PRAVEEN, B.H.; PRATHIBHA, B.; REDDY, P.P.; MONICA, M.; SAMBA, A.; RAJESH, R. Co Relation between PUFA Index and Oral Health Related Quality of Life of a Rural Population in India: A Cross-Sectional Study. **J Clin Diagn Res.** v.9, n.1, p.ZC39-ZC42, 2015.

ROCHA, J. Levantamento de Necessidades em saúde bucal de crianças e adolescentes do Programa Bolsa Família residentes em área de abrangência do CS Miramar. Belo Horizonte, 2009. 20f. **Projeto de Intervenção (Especialização)** – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

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

SAINTRAIN, M.V. DE L.; CORREA, C.R.S.; SAINTRAIN, S.V.; NUTO, S. DE A.S.; VIEIRA-MEYER, A.P.G.F. Brazilian adolescents' oral health trends since 1986: an epidemiological observational study. **BMC Research Notes.** 8:554, 2015

SCAPINI A, FELDENS CA, ARDENGHI TM, KRAMER PF. Malocclusion impacts adolescents' oral health-related quality of life. **Angle Orthod.** v.83, n.3, p.512-8, 2013.

SHELLER, B.; WILLIAMS, B.J.; LOMBARDI, S.M. Diagnosis and treatment of dental caries-related emergencies in a children's hospital. **Pediatr Dent.** v.19, n.8, p.470-475, 1997.

SIMÓN-SORO A, MIRA A. Solving the etiology of dental caries. **Trends Microbiol.** v.23, n.2, p.76-82, 2015.

SWEENEY, P.C.; GELBIER, S. The dental health of pre-school children in a deprived urban community in Glasgow. **Community Dent Health.** v.16, n.1, p.22-25, 1999.

SWEENEY, P.C.; NUGENT, Z.; PITTS, N.B. Deprivation and dental caries status of 5-year-old children in Scotland. **Community Dent Oral Epidemiol.** v.27, n.2, p.152-159, 1999.

TANG, J. M., ALTMAN, D. S., ROBERTSON, D. C., O'SULLIVAN, D. M., DOUGLASS, J. M., & TINANOFF, N. Dental caries prevalence and treatment levels in Arizona preschool children. **Public Health Reports.** v.112, n.4, p.319-329, 1997.

TAPIAS, M.A.; DE-MIGUEL, G.; JIMÉNEZ-GARCIA, R.; GONZALEZ, A.; DOMÍNGUEZ, V. Incidence of caries in an infant population in Mostoles, Madrid. Evaluation of a preventive program after 7.5 years of follow-up. **Int J Paediatr Dent.** v.11, n.6, p.440-446,2011.

TUCHTENHAGEN, S.; BRESOLIN, C.R.; TOMAZONI, F.; DA ROSA, G.N.; DEL FABRO, J.P.; MENDES, F.M.; ANTUNES, J.L.; ARDENGHI, T.M. The influence of normative and subjective oral health status on schoolchildren's happiness. **BMC Oral Health.** 15:15, 2015.

VARENNE, B.; PETERSEN, P.E.; OUATTARA, S. Oral health status of children and adults in urban and rural areas of Burkina Faso, Africa. **International Dental Journal.** v.54, n.2, p.83-89, 2004.

VARGAS, C.M.; MONAJEMY, N.; KHURANA, P.; TINANOFF, N. Oral health status of children attending Head Start Maryland. **Pediatric Dentistry.** v. 24, n.3, p.257-263,2002.

VARGAS, C.M.; RONZIO, C.R.; HAYES, K. L. Oral health status of children and adolescents by rural residence, United States. **Journal of Rural Health.** v.19, p.260-268, 2003.

WERNECK, M.A.F.; BARROSO, A.P.; GAZZOLA, L.C.S.; SILVA, M.L.V. Emprego do Índice de Necessidade de Tratamento Odontológico (INTO) na organização do acesso aos serviços de saúde bucal na UBS Santa Rita de Euxenita, em Sabinópolis-MG. Apresentação de Trabalho: **COBRAPO – Congresso Brasileiro de Atenção Primária em Odontologia**, 2011. Disponível em: http://www.cosemsg.org.br/experiencias_exitosas/ver_exp.php?id_experiencia=273. Acesso em: fev/2017

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Child and adolescent health and development, 2006. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43664/1/9789241595384_eng.pdf. Acesso em jan/2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Oral health survey: basic methods*, Geneva, **4th ed.**, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc Sci Med.** v.41, n.10, p.1403-9, 1995.

YOON,H.S.;KIM,H.Y.;PATTON,L.L.;CHUN,J.H.;BAE,K.H.;LEE,M.O.
Happiness, subjective and objective oral health status, and oral health behaviors among Korean elders. *Community Dent Oral Epidemiol.* v.41, n. 5, p.459-65,2013.5.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa realizou um Censo com adolescentes de todas as escolas pertencentes ao programa PSE do município de Nova Friburgo com intuito de comparar a condição de saúde bucal com as variáveis de qualidade de vida e satisfação pessoal entre os escolares das áreas rural e urbana desse município. Partimos da hipótese que a área rural poderia apresentar piores condições de saúde bucal, e com isso, piores valores de qualidade de vida e felicidade subjetiva. Os resultados não mostraram essa relação, uma vez que não houve diferença em relação à saúde bucal nas duas áreas, apesar da área rural ter apresentado uma melhor condição de saúde bucal. Em relação à qualidade de vida, o agravamento da condição de saúde bucal tendeu a gerar um impacto negativo, ao passo que não houve essa relação com a satisfação pessoal, independente da área demográfica (urbana ou rural) dos escolares. Os dados encontrados na presente pesquisa superaram as expectativas em relação à saúde bucal.

Estes resultados, uma vez encaminhados à Secretaria de Educação e Secretaria de Saúde do Município de Nova Friburgo, à Coordenação do Programa Saúde na Escola, e à Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde, poderão fornecer subsídios para elaboração de estratégias de saúde bucal mais específicas para esta população, visando atingir em futuro próximo os índices preconizados pela OMS.

Destaca-se o ineditismo da presente pesquisa, uma vez que comparou adolescentes de diferentes áreas demográficas de um mesmo município do estado do Rio de Janeiro, testando um instrumento pouco utilizado (Escala Subjetiva de Felicidade) e adicionando o índice de cárie PUFA, índice complementar aos demais e que busca alcançar a gravidade da doença. Tal fato gerou dificuldade da comparação dos nossos resultados com outros trabalhos na literatura. A partir disso, sugere-se que novos estudos sejam realizados com metodologia semelhante, bem como aumento da amostra.

5 CONCLUSÕES

De acordo com os resultados da presente pesquisa, o agravamento da condição de saúde bucal tendeu a gerar um impacto negativo na qualidade de vida, ao passo que não apresentou relação com a satisfação pessoal, independente da área demográfica (urbana ou rural) dos escolares do município de Nova Friburgo.

A classe econômica média (C) foi a predominante na amostra, bem como o grupo sem a doença cárie (G1), em ambas as áreas demográficas.

Em ambas as áreas demográficas, os escolares apresentavam boa condição de saúde bucal, com resultados superiores para a área rural, porém sem diferença estatística entre as áreas.

Tanto a qualidade de vida como a satisfação pessoal, entre as áreas, obtiveram resultado significativo. Os escolares da área rural tiveram uma melhor qualidade de vida do que dos escolares de área urbana. Já em relação à satisfação pessoal, os escolares de área urbana tiveram um maior grau de felicidade, quando comparados aos escolares de área rural.

Em relação à qualidade de vida, os escolares pertencentes ao grupo que não necessita de tratamento tiveram uma qualidade de vida melhor do que os pertencentes ao grupo com necessidade de tratamento, com diferença estatisticamente significativa. Em relação à satisfação pessoal não houve diferença estatística significativa entre escolares que necessitam ou não de tratamento.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABEP (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa). **Brazilian Economical Criteria of Classification**. 2008; Available from: http://www.abep.org/codigosguias/Criterio_Brasil_2008.pdf.

AMMARI, M.M. et al. Odontologia para bebês. In Duque et al; Odontopediatria: uma visão contemporânea, p.33-45, 1ª ed, Ed Santos, São Paulo, 2013.

AMORIM, R.G.; FIGUEIREDO, M.J.; LEAL, S.C.; MULDER, J.; FRENCKEN, J.E. Caries experience in a child population in a deprived area of Brazil, using ICDAS II. **Clin Oral Investig**. v.16, n.2, p.513-20, 2012.

ANTUNES, J.L.F.; PERES, M.A.; MELLO, T.R.D.; WALDMAN, E.A. Multilevel assessment of determinants of dental caries experience in Brazil. **Community Dent and Oral Epidemiol**. v.34, n.2, p.146-152, 2006.

AYHAN, H., SUSKAN, E.; YILDIRIM, S. The effect of nursing or rampant caries on height, body weight and head circumference. **J Clin Pediatr Dent**. v.20, n.3 p.209- 212, 1996.

BAELUM, V.; VAN PALESNSTEIN HELDERMAN, W.H.; HUGOSON, A.; YEE, R.; FEJERSKOV, O. A global perspective on changes in the burden of caries and periodontitis: implications for dentistry. **J. Oral Rehabil**. v.34, v.12, p.872-906, 2007.

BAJOMO, A. S.; RUDOLPH, M. J.; & OGUNBODEDE, E. O. Dental caries in six, 12 and 15 years old Venda children in South Africa. **East African Medical Journal**. v.81, p.236-243, 2004.

BALDANI, M.H.; NARVAI, P.C.; ANTUNES, J.L.F. Cárie dentária e condições sócio-econômicas no Estado do Paraná, Brasil, 1996. **Cad Saude Publica**. v.18, n.3, p.755-763, 2002.

BASTOS, J.R.M.; MAGALHÃES, S.A.; SILVA, R.H.A. Levantamento epidemiológico de cárie dentária no município de Poço Fundo, Minas Gerais, nos anos de 1999 e 2003. **Arqu Odontol**. v.42, n.2, p.124-132, 2006.

BEAGLEHOLE, R.; BENZIAN, H.; CRAIL, J.; MACKAY, J. The oral health Atlas. Mapping a neglect global health issue Brighton, UK: Myriad Editions for **FDI World Dental Federation**, 2009.

BOING, A.F.; BASTOS, J.J.; PERES, K.G.; ANTUNES, J.L.F.; PERES, M.A. Social determinants of health and dental caries in Brazil: a systematic review of the literature between 1999 and 2010. **Rev Bras Epidemiol Suppl D.S.S.** p.102-115, 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **SB Brasil 2010**: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde 2012; 116p.:il.

BYRT, T. How good is that agreement? **Epidemiology**. v.7, n.5, p.561, 1996.

CASTILHO LS, CARVALHO CF, TOSO FP, JACOB M F, ABREUMHNG, RESENDE VLS. Utilização do INTO para triagem de grandes grupos populacionais; Experiência com pacientes especiais. **Revista do CROMG**. v. 6, n. 3, p. 195-199, 2000.

DUMONT, A.F.S.; SALLA, J.T.; VILELA, M.B.L.; MORAIS, P.C.; LUCAS, S.D. Índice de necessidade de tratamento odontológico: o caso dos índios Xakriabá. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.13, n.3, p.1017-1022, 2008.

ENWONWU, C.O.; SALAKO, N. The periodontal disease-systemic healthinfectious disease axis in developing countries. **Periodontology 2000**. v.60, n.1, p.64–77, 2012.

FEJERSKOV, O.; KIDD, E. Cárie Dentária – A Doença e seu Tratamento Clínico. São Paulo: Santos; 2005.

FILSTRUP, S.L.; BRISKIE, D.; DA FONSECA, M.; LAWRENCE, L.; WANDERA, A.; INGLEHART, M.R. Early childhood caries and quality of life: child and parent perspectives. **Pediatr Dent**. v.25, n.5, p.431-40, 2003.

FREIRE, M.C.M.; MELO, R.B.; SILVA, S.A. Dental caries prevalence in relation to socioeconomic status of nursery school children in Goiânia-GO, Brazil. **Community Dent Oral Epidemiol**. v.24, n. 5, p. 357-361, 1996.

GIACAMAN, R.A.; BUSTOS, I.P.; BRAVO-LEÓN, V.; MARIÑO, R.J. Impact of rurality on the oral health status of 6-year-old children from central Chile: the EpiMaule study. **Rural Remote Health**. v.15, n.2, p.3135, 2015.

GORBATOVA, M.A.; GORBATOVA, L.N.; PASTBIN, M.U.; GRJIBOVSKI, A.M. Urban-rural differences in dental caries experience among 6-year-old children in the Russian north. **Rural Remote Health**. v.12, p.1999, 2012.

GRADELLA, C.M.F.; OLIVEIRA, L.B.; ARDENGHI, T.M.; BÖNECKER, M. Epidemiologia da cárie dentária em crianças de 5 a 59 meses de idade no município de Macapá, AP. **RGO** (Porto Alegre). v.55, n.4, p.329-334, 2007.

GRUND, K.; GODDON, I.; SCHÜLER, I.M.; LEHMANN, T.; HEINRICH-WELTZIEN, R. Clinical consequences of untreated dental caries in German 5- and 8-year-olds. **BMC Oral Health**. v.15, n.1, p.140, 2015

GUGUSHE, T. S.; DU PLESSIS, J. B. Regional urban-rural distribution of dental caries experience in Swaziland. **Journal of the South African Dental Association**. v.53, n.8, p.409-412, 1998.

IBGE. Censo 2010. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: www.ibge.gov.br, 2016. Acesso em: fev/2017

JOKOVIC, A.; LOCKER, D.; STEPHENS, M.; KENNY, D.; TOMPSON, B.; GUYATT, G. Validity and reliability of a questionnaire for measuring child oral-health-related quality of life. **J Dent Res**. v.81, n.7, p.459–463, 2002

JOKOVIC, A.; LOCKER, D.; STEPHENS, M.; KENNY, D.; TOMPSON, B.; GUYATT, G. Measuring parental perceptions of child oral-health-related quality of life. **J Public Health Dent**. v.63, n.2, p.67–72, 2003.

JOKOVIC, A.; LOCKER, D.; TOMPSON, B.; GUYATT, G. Development and evaluation of a questionnaire for measuring oral-health-related quality of life in 8–10-year-old children. **Pediatr Dent**. v.26, n.6, p.512-518, 2004.

JOKOVIC, A.; LOCKER, D.; GUYATT, G. Short forms of the Child Perceptions Questionnaire for 11-14-year-old children (CPQ11-14): development and initial evaluation. **Health Qual Life Outcomes**. 4:4, 2006.

KASSEBAUM, N.J.; BERNABÉ, E.; DAHIYA, M.; BHANDARI, B.; MURRAY, C.J.; MARCENES, W. Global burden of untreated caries: a systematic review and metaregression. **J Dent Res**. v.94, n.5, p.650-8, 2015.

LOCKER, D.; JOKOVIC, A.; STEPHENS, M.; KENNY, D.; TOMPSON, B.; GUYATT, G. Family impact of child oral and orofacial conditions. **Community Dent Oral Epidemiol**. v.30, n.6, p.438–448, 2002.

LOW, W.; TAN, S.; SCHWARTZ, S. The effect of severe caries on the quality of life in young children. **Pediatr Dent**. v.1, n.6, p.325-326, 1999.

LYUBOMIRSKY, S.; LEPPER, H.S. A measure of subjective happiness: Preliminary reliability and construct validation. **Social Indicators Research**. v.46, n.2, p.137-55, 1999.

MALTZ, M.; BARBACHAN, B.S. Relação entre cárie, gengivite e fluorose e nível socioeconômico em escolares. **Rev. Saúde Pública**. v.35, n.2, p.170-176, 2001.

MANJI, F.; FEJERSKOV, O.; BAELUM, V.; LUAN, W-M.; CHEN, X. The epidemiological features of dental caries in African and Chinese populations: implication for risk assessment. In: Johnson NW editor. Risk markers for oral diseases, Dental caries markers for high and low risk groups and individuals. Cambridge: **Cambridge University Press**. p. 62-100, 1991.

MARTHALER, T.M.; O'MULLANE, D.M.; VRBIC, V. The Prevalence of Dental Caries in Europe 1990-95. Symposium Report. **Caries Res**. v.30, n.4, p.237-255, 1996.

MASEREJIAN, N.N.; TAVARES, M.A.; HAYES, C.; SONCINI, J.A.; TRACHTENBERG, F.L. Rural and urban disparities in caries prevalence in children with unmet dental needs: The New England Children's Amalgam Trial. **Journal of Public Health Dentistry**. v.68, p.7-13, 2008.

MELLO, T.R.D.; ANTUNES, J.L.F.; & WALDMAN, E.A. Prevalence of untreated caries in deciduous teeth in urban and rural areas in the state of Sao Paulo, Brazil. **Pan American Journal of Public Health**. v.23, p.78-84, 2008.

MILLER, J.; VAUGHAN-WILLIAMS, E.; FURLONG, R.; HARRISON, L. Dental caries and children's weights. **J Epidemiol Community Health**. v.36, n.1, p.49-52, 1982.

MONSE, B.; HEINRICH-WELTZIEN, R.; BENZIAN, H.; HOLMGREN, C.; VAN PALENSTEIN HELDERMAN, W. PUFA – An index of clinical consequences of untreated dental caries. **Community Dent Oral Epidemiol**. v.38, n.1, p.77-82., 2010.

MOURA-LEITE, F.R.; RAMOS-JORGE, M.L.; BONANATO, K.; PAIVA, S.M.; VALE, M.P.; PORDEUS, I.A. Prevalence, intensity and impact of dental pain in 5-year-old preschool children. **Oral Health Prev Dent**. v.6, n.4, p.295-301, 2008.

NARVAI, P.C.; FRAZÃO, P.; RONCALLI, A.G.; ANTUNES, J.L.F. Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social. **Pan Am J Public Health**. v.19, n.6, p.385-93, 2006.

PETERSEN, P.E.; BOURGEOIS, D.; OGAWA, H.; ESTUPINAN-DAY, S.; NDIAYE, C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. **Bulletin of the World Health Organization**. v.83, n.9, p.661-669, 2005.

PETERSEN PE: World Health Organization global policy for improvement of oral health – World Health Assembly 2007. **Int Dent J**. v.58, n.3, p.115-121, 2008.

PINE, C.; HARRIS, V.R.; BURNSIDE, G.; MERRETT, M.C.E. An investigation of the relationship between untreated decayed teeth and sepsis in 5-year-old children. **British Dent J** v.200, p.45-7, 2006

PINTO, V.G. Saúde bucal no Brasil. **Rev Saúde Publ.** v.17, p.316–27, 1983.

PIOVESAN, C.; ANTUNES, J.L.; GUEDES, R.S.; ARDENGHI, T.M. Impact of socioeconomic and clinical factors on child oral health-related quality of life (cohrqol). **Qual Life Res.** v.19, n. 9, p.1359-66, 2010.

PIQUERAS, J.A.; KUHNE, W.; VERA-VILLARROEL, P.; VAN STRATEN, A.; CUIJPERS, P. Happiness and health behaviours in Chilean college students: a cross-sectional survey. **BMC Public Health.** 11:443, 2011.

POURAT, N.; NICHOLSON, G. Unaffordable dental care is linked to frequent school absences. Los Angeles, CA: **UCLA Center for Health Policy Research**, 2009.

PRAVEEN, B.H.; PRATHIBHA, B.; REDDY, P.P.; MONICA, M.; SAMBA, A.; RAJESH, R. Co Relation between PUFA Index and Oral Health Related Quality of Life of a Rural Population in India: A Cross-Sectional Study. **J Clin Diagn Res.** v.9, n.1, p.ZC39-ZC42, 2015.

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Disponível em: www.pnud.org.br, 2016. Acesso em: dez/2017

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

SAINTRAIN, M.V. DE L.; CORREA, C.R.S.; SAINTRAIN, S.V.; NUTO, S. DE A.S.; VIEIRA-MEYER, A.P.G.F. Brazilian adolescents' oral health trends since 1986: an epidemiological observational study. **BMC Research Notes.** 8:554, 2015.

SCAPINI A, FELDENS CA, ARDENGHI TM, KRAMER PF. Malocclusion impacts adolescents' oral health-related quality of life. **Angle Orthod.** v.83, n.3, p.512-8, 2013.

SIMÓN-SORO A, MIRA A. Solving the etiology of dental caries. **Trends Microbiol.** v.23, n.2, p.76-82, 2015.

SHELLER, B.; WILLIAMS, B.J.; LOMBARDI, S.M. Diagnosis and treatment of dental caries-related emergencies in a children's hospital. **Pediatr Dent.** v.19, n.8, p.470-475, 1997.

SWEENEY, P.C.; GELBIER, S. The dental health of pre-school children in a deprived urban community in Glasgow. **Community Dent Health.** v.16, n.1, p.22-25, 1999.

SWEENEY, P.C.; NUGENT, Z.; PITTS, N.B. Deprivation and dental caries status of 5-year-old children in Scotland. **Community Dent Oral Epidemiol.** v.27, n.2, p.152-159, 1999.

TANG, J. M., ALTMAN, D. S., ROBERTSON, D. C., O'SULLIVAN, D. M., DOUGLASS, J. M., & TINANOFF, N. Dental caries prevalence and treatment levels in Arizona preschool children. **Public Health Reports.** v.112, n.4, p.319-329, 1997.

TAPIAS, M.A.; DE-MIGUEL, G.; JIMÉNEZ-GARCIA, R.; GONZALEZ, A.; DOMÍNGUEZ, V. Incidence of caries in an infant population in Mostoles, Madrid. Evaluation of a preventive program after 7.5 years of follow-up. **Int J Paediatr Dent.** v.11, n.6, p.440-446, 2011.

TUCHTENHAGEN, S.; BRESOLIN, C.R.; TOMAZONI, F.; DA ROSA, G.N.; DEL FABRO, J.P.; MENDES, F.M.; ANTUNES, J.L.; ARDENGHI, T.M. The influence of normative and subjective oral health status on schoolchildren's happiness. **BMC Oral Health.** 15:15, 2015.

VARENNE, B.; PETERSEN, P.E.; OUATTARA, S. Oral health status of children and adults in urban and rural areas of Burkina Faso, Africa. **International Dental Journal.** v.54, n.2, p.83-89, 2004.

VARGAS, C.M.; MONAJEMY, N.; KHURANA, P.; TINANOFF, N. Oral health status of children attending Head Start Maryland. **Pediatric Dentistry.** v. 24, n.3, p.257-263, 2002.

VARGAS, C.M.; RONZIO, C.R.; HAYES, K. L. Oral health status of children and adolescents by rural residence, United States. **Journal of Rural Health.** v.19, p.260-268, 2003.

WERNECK, M.A.F.; BARROSO, A.P.; GAZZOLA, L.C.S.; SILVA, M.L.V. Emprego do Índice de Necessidade de Tratamento Odontológico (INTO) na organização do acesso aos serviços de saúde bucal na UBS Santa Rita de Euxenita, em Sabinópolis-MG. Apresentação de Trabalho: **COBRAPO – Congresso Brasileiro de Atenção Primária em Odontologia**, 2011. Disponível em: http://www.cosemsmg.org.br/experiencias_exitosas/ver_exp.php?id_experiencia=273. Acesso em: fev/2017

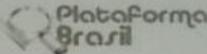
WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc Sci Med.** v.41, n.10, p.1403-9, 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Oral health survey: basic methods*, Geneva, **4th ed.**, 1997.

ANEXOS

Anexo 1: Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-HUCFF)

UFRJ - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO
FRAGA FILHO DA

 Plataforma
Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Impacto da condição de saúde bucal na satisfação pessoal e na qualidade de vida de escolares.

Pesquisador: Ivete Pomarico Ribeiro de Souza

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 65015917.8.0000.5257

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

Patrocinador Principal: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.015.179

Apresentação do Projeto:
Protocolo 047-17 do grupo III. Respostas recebidas em 17.3.2017.

As informações colocadas nos campos denominados "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do documento intitulado "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_856553.pdf" (submetido na Plataforma Brasil em 17/03/2017).

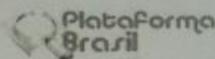
INTRODUÇÃO

A saúde bucal tem melhorado nos últimos anos em alguns países, principalmente nos desenvolvidos, através de medidas importantes de saúde pública, tais como o uso efetivo de fluoretos, mudança nas condições de vida e melhora na prática do autocuidado, porém a cárie dentária ainda é considerada um grande problema de saúde pública (BAELUM et al., 2007; KASSEBAUM et al., 2015; PETERSEN, 2003; PETERSEN, 2008; PETERSEN et al., 2005). Tal quadro não é diferente no Brasil, pois apesar da diminuição da prevalência de cárie observada nas últimas décadas, o índice de cárie na dentição permanente ainda é elevado no país, onde adolescentes de 12 anos de idade e de 15 a 19 anos apresentam, respectivamente, em média, os índices CPO-D de

Endereço: Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco Nº255 Sala 01D-46
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 21.941-913
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3938-2480 **Fax:** (21)3938-2481 **E-mail:** cep@hucff.ufrj.br

Página 01 de 12

UFRJ - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO
FRAGA FILHO DA



Continuação do Parecer: 2.015.179

Outros	cartadeapresentacodaequipe.doc	05/02/2017 17:29:43	Ivete Pomarico Ribeiro de Souza	Aceito
Outros	Folha_de_Rosto_Branco.pdf	05/02/2017 17:28:03	Ivete Pomarico Ribeiro de Souza	Aceito
Outros	felicidade.docx	05/02/2017 17:24:59	Ivete Pomarico Ribeiro de Souza	Aceito
Outros	Curriculum.pdf	05/02/2017 17:23:57	Ivete Pomarico Ribeiro de Souza	Aceito
Outros	Resposta.docx	05/02/2017 17:23:10	Ivete Pomarico Ribeiro de Souza	Aceito
Outros	Apendice.docx	05/02/2017 17:22:19	Ivete Pomarico Ribeiro de Souza	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa_CEP.docx	05/02/2017 17:15:39	Ivete Pomarico Ribeiro de Souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_TA.docx	05/02/2017 15:53:01	Ivete Pomarico Ribeiro de Souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	05/02/2017 15:52:34	Ivete Pomarico Ribeiro de Souza	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

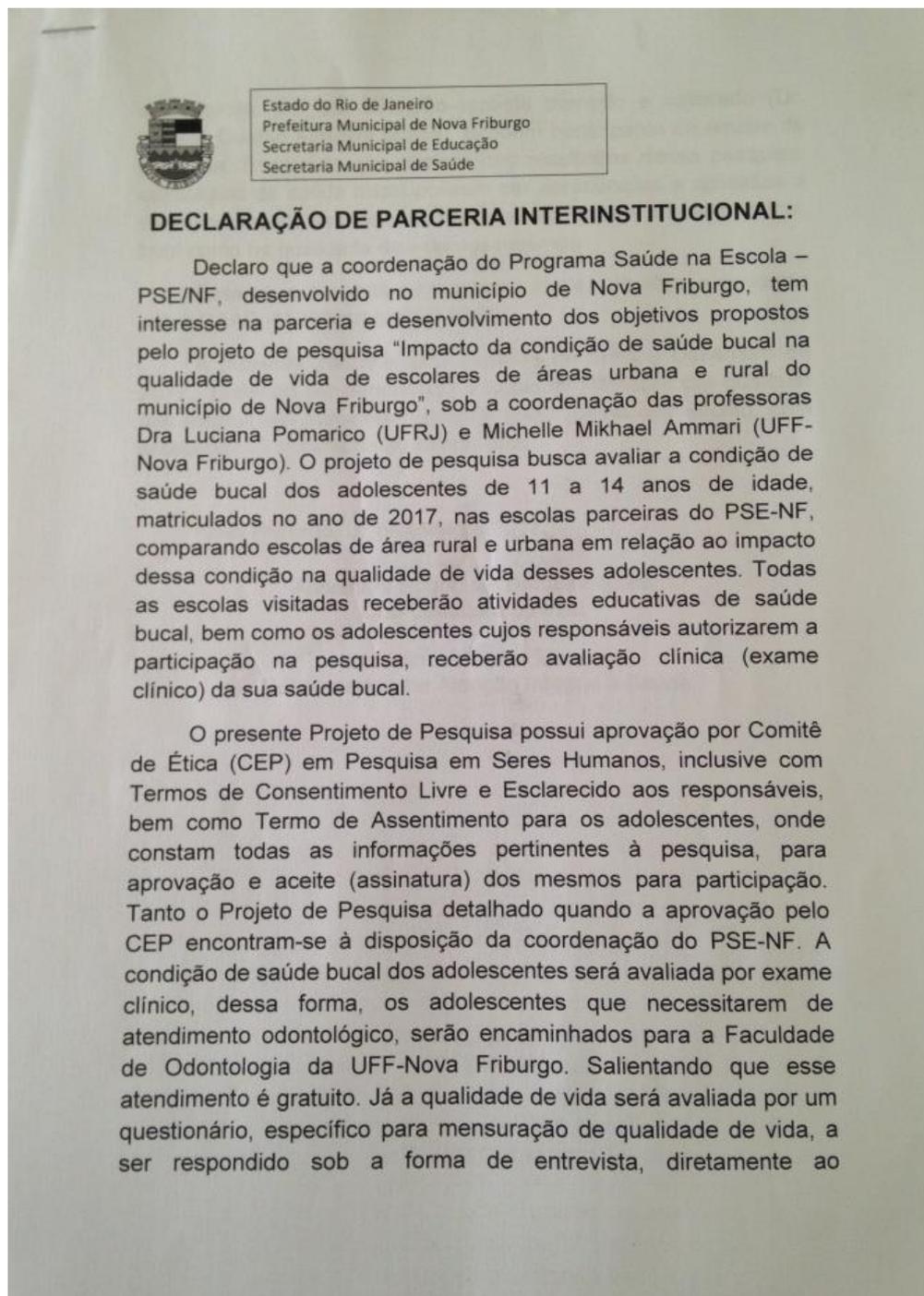
Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 13 de Abril de 2017

Assinado por:
Carlos Alberto Guimarães
(Coordenador)

Endereço: Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco Nº255 Sala 01D-46
Bairro: Cidade Universitária CEP: 21.941-913
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3938-2480 Fax: (21)3938-2481 E-mail: cep@hucff.ufrj.br

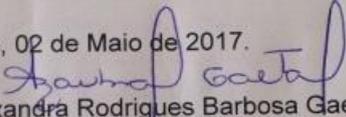
Anexo 2: Carta de anuência do PSE – Nova Friburgo-RJ

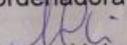
adolescente, por um cirurgião-dentista treinado e calibrado (Dr. Hiorran Coelho Almeida Matos), também participante da equipe de pesquisa. Espera-se que através dos resultados dessa pesquisa, estratégias de saúde bucal possam ser aprimoradas e aplicadas a essa população, visando uma melhora significativa na saúde bucal, bem como na qualidade de vida dos mesmos.

Essa pesquisa está aprovada no comitê de ética e pesquisa sob o CAAE: 61207416.6.0000.5257

A presente parceria será validada de Maio a Dezembro de 2017, podendo ser denunciado a qualquer momento por qualquer das Instituições parceiras mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

Nova Friburgo, 02 de Maio de 2017.


Alexandra Rodrigues Barbosa Gaeta
Coordenadora do PSE


Luiz Carlos Hubner Moreira
Subsecretário de Atenção Integral à Saúde

Anexo 3: Questionário Socioeconômico 1

IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA E RESPONSÁVEL

NÚMERO DA FICHA: _____

NOME DA CRIANÇA: _____

NASC.: ____ / ____ / ____ SEXO DA CRIANÇA: () MASCULINO () FEMININO

NOME DO RESPONSÁVEL: _____

IDADE: _____ SEXO DO RESP.: () MASCULINO () FEMININO

Ocupação: _____

A CRIANÇA ESTÁ FAZENDO OU JÁ FEZ ALGUM TRATAMENTO DENTÁRIO? () NÃO () SIM

QUEM CUIDA DA CRIANÇA? () MÃE () PAI () AVÓ/ AVÔ () IRMÃO/IRMÃ () MÃE/PAI ADOTIVO
() TIO/TIA () MADRASTA/PADRASTO () OUTRO _____

GRAU DE PARENTESCO DO RESPONSÁVEL QUE ESTÁ ACOMPANHANDO A CRIANÇA:
() MÃE () PAI () AVÓ/AVÔ () IRMÃO/IRMÃ () MÃE/PAI ADOTIVO () TIO/TIA
() MADRASTA/PADRASTO () OUTRO _____

CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA

POSSE DE ITENS

Item	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4
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
Vídeocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (independente da geladeira)	0	2	2	2	2

GRAU DE INSTRUÇÃO DO CHEFE DE FAMÍLIA:

Analfabeto/ até 3º série fundamental	0
4ª série fundamental	1
Fundamental completo	2
Médio completo	4
Superior completo	8

CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA: _____

CLASSE	PONTOS
A1	42-46
A2	35-41
B1	29-34
B2	23-28

CLASSE	PONTOS
C1	18-22
C2	14-17
D	8-13
E	0-7

Anexo 4: Questionário Socioeconômico 2

- 1) Nome do adolescente: _____
- 2) Telefone: _____
- 3) Sexo: F () M ()
- 4) Você considera seu filho da raça:
() branca () negra () mulato () outro (oriental, índio)
- 5) No mês passado, quanto receberam em Reais, juntas, todas as pessoas que moram nesta casa (salário, bolsa família, pensão, aposentadoria e outros rendimentos)? _____
- 7) Quantos cômodos tem a casa? _____
- 8) Quantas pessoas, incluindo o Sr(a), moram na casa? _____
- 9) A mãe estudou até: () não estudou; () 1º grau incompleto; () 1º grau completo;
() 2º grau incompleto; () 2º grau completo; () 3º grau incompleto; () 3º grau completo
- 10) O pai estudou até: () não estudou; () 1º grau incompleto; () 1º grau completo;
() 2º grau incompleto; () 2º grau completo; () 3º grau incompleto; () 3º grau completo
- 11) Seu filho procurou dentista nos últimos 6 meses? S () N ()
- 12) Quando foi a última visita ao dentista?: () até 3 meses () 3 a 6 meses
() 6 meses a 1 ano () mais que 1 ano;
- 13) Motivo da última consulta:
() dor de dente;
() dor na boca
() batidas e quedas
() exame e rotina
() outros: _____
- 14) Tipo de serviço que você levou seu filho na última consulta:
() dentista particular
() dentista público (posto de saúde, faculdade, escola)
15. Você diria que a saúde dos dentes, lábios, maxilares e boca do seu filho é:
() Excelente () Muito boa () Boa () Regular () Ruim

Anexo 5: Questionário de Percepção da criança (CPQ 11-14)

CPQ 11-14 – QUESTIONÁRIO DE PERCEPÇÃO DA CRIANÇA

Nome: _____ No: _____

Você diria que a saúde de seus dentes, lábios, maxilares e boca é:

() excelente () muitoboa () boa () regular () ruim

Até que ponto a condição dos seus dentes, lábios, maxilares e boca afetam sua vida em geral?

() dejeitonenhum () bempouco () moderadamente

() muito () muitíssimo

PERGUNTAS SOBRE PROBLEMAS BUCAIS

Nos últimos 3 meses, com que freqüência você teve?

	Nunca	1 ou 2 vezes	Algumas vezes	Freqüentemente	Todos os dias ou quase todos os dias	Por que?
1. Dor nos seus dentes, lábios, maxilares ou boca?						
2. Feridas na boca?						
3. Mau hálito?						
4. Restos de alimentos presos dentre ou entre os seus dentes?						

Para as perguntas seguintes... Isso aconteceu por causa de seus dentes, lábios, maxilares e boca?

Nos últimos 3 meses, com que freqüência você:

	Nunca	1 ou 2 vezes	Algumas vezes	Freqüentemente	Todos os dias ou quase todos os dias	Por que?
5. Demorou mais que os outros para terminar sua refeição?						
6. Teve dificuldade para morder ou mastigar alimentos como macãs, espiga de milho ou carne?						
7. Teve dificuldades para dizer algumas palavras?						
8. Teve dificuldades para beber ou comer alimentos quentes ou frios?						

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".

	Nunca	1 ou 2 vezes	Algumas vezes	Freqüentemente	Todos os dias ou quase todos os dias	Por que?
9. Ficou irritado (a) ou frustrado (a)?						
10. Ficou tímido (a), constrangido (a) ou com vergonha?						
11. Ficou chateado (a)?						
12. Ficou preocupado (a) com o que as outras pessoas pensam sobre seus dentes, lábios, boca ou maxilares?						

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". Você já teve estas experiências?

	Nunca	1 ou 2 vezes	Algumas vezes	Freqüentemente	Todos os dias ou quase todos os dias	Por que?
13. Evitou sorrir ou dar risadas quando está com outras crianças?						
14. Discutiu com outras crianças ou pessoas de sua família?						
15. Outras crianças lhe aborreceram ou lhe chamaram por apelidos?						
16. Outras crianças lhe fizeram perguntas sobre seus dentes, lábios, maxilares e boca?						

Anexo 6: ESCALA SUBJETIVA DE FELICIDADE (ESF)

ESCALA SUBJETIVA DE FELICIDADE (ESF)

1. Em geral me considero

Uma pessoa não muito feliz	1	2	3	4	5	6	7	Uma pessoa feliz
----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------

2. Comparando com a maioria dos meus amigos, eu me considero

Uma pessoa não muito feliz	1	2	3	4	5	6	7	Uma pessoa feliz
----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------

3. Algumas pessoas são geralmente muito felizes. Elas aproveitam a vida, aconteça o que acontecer, procurando obter o máximo. Em que grau essa descrição se aplica a você?

Em nada se aplica a mim	1	2	3	4	5	6	7	Aplica-se muito em mim
-------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

4. Algumas pessoas geralmente não são muito felizes. Embora não estejam deprimidas, nunca parecem ser tão felizes quanto poderiam ser. Em que grau essa descrição se aplica a você?

Em nada se aplica a mim	1	2	3	4	5	6	7	Aplica-se muito em mim
-------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

APÊNDICES

Apêndice 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto de pesquisa: “Impacto da condição de saúde bucal na satisfação pessoal e na qualidade de vida de escolares de área urbana e rural do município de Nova Friburgo”.

Prezado Senhor(a),

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa sobre o impacto da condição de saúde bucal na satisfação pessoal e na qualidade de vida de escolares. Os pesquisadores responsáveis, Ivete Pomarico, Luciana Pomarico Ribeiro, Michelle Ammari, e Hiorran Coelho Almeida Matos, pretendem realizar um estudo com as seguintes características:

Objetivo do estudo: Avaliar o impacto da condição de saúde bucal na satisfação pessoal e na qualidade de vida de escolares, comparando área urbana com área rural, no município de Nova Friburgo, Rio de Janeiro.

Pesquisa: Nesta pesquisa os participantes da pesquisa (adolescentes) serão examinados para avaliação da sua saúde bucal, como cárie dentária e suas necessidades de tratamento odontológico. Além disso, eles próprios responderão a dois questionários, um sobre grau de felicidade e outro sobre a qualidade de vida deles. Além disso, os adolescentes serão encaminhados para tratamento odontológico na Faculdade de Odontologia da UFF-Nova Friburgo, gratuitamente, quando necessário.

Riscos: Os riscos relacionados a esta pesquisa são considerados mínimos. Os exames da boca dos participantes da pesquisa serão feitos com luz natural e abaixadores de língua de madeira, na própria cadeira escolar. O dentista responsável pelo exame usará material estéril, como as luvas de proteção, máscara e gorro. Os questionários serão realizados em local reservado, individualmente, evitando assim qualquer tipo de constrangimento. Qualquer problema que ocorra, a pesquisa será paralisada e todo sigilo assegurado.

Benefícios: Um melhor entendimento dos fatores relacionados com a saúde da boca será fundamental para compreender melhor como estes fatores estão influenciando a saúde do participante e sua qualidade de vida. Também, o benefício direto para o participante será o recebimento de palestras educativas de saúde bucal, a ser realizada pelo aluno integrante da pesquisa. Além disso, receberão orientações individuais de higiene bucal, bem como kits de escova dental, pasta fluoretada e fio dental. Todos serão encaminhados para a Faculdade de Odontologia da UFF-Nova Friburgo.

Garantia de acesso aos pesquisadores: Em qualquer fase do estudo você terá pleno acesso ao pesquisador responsável, Hiorran C A Matos, pelos telefones 989051108, 3938-2101 ramal.7, Rua Rodolpho Paulo Rocco, 325 Faculdade de Odontologia, Cidade Universitária, Rio de Janeiro.

Garantia de liberdade: A participação neste estudo é absolutamente voluntária. Dentro deste raciocínio, todos os participantes estão integralmente livres para, a qualquer momento, negar o consentimento ou desistir de participar e retirar o consentimento, sem que isto provoque qualquer tipo de penalização. Lembramos, assim, que sua recusa não trará nenhum prejuízo à relação com o pesquisador ou com a instituição e sua participação não é obrigatória. Mediante a aceitação, espera-se que os questionários sejam respondidos e os exames da boca realizados.

Direito de confidencialidade e acessibilidade: os dados colhidos na presente investigação serão utilizados para elaborar artigos científicos. Porém, todas as informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o absoluto sigilo de sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar a identificação do participante e ninguém, com exceção dos próprios pesquisadores, poderá ter acesso aos resultados da pesquisa. Cada participante somente poderá ter acesso aos próprios resultados.

Despesas e compensações: em momento algum, haverá despesas financeiras pessoais. Também, não haverá compensação financeira relacionada à sua participação. Todo tratamento necessário para a realização desta pesquisa será livre de custo.

Dúvidas e questionamentos: Em caso de dúvidas ou questionamentos, você pode se manifestar agora ou em qualquer momento do estudo para explicações adicionais. Em caso de dúvidas entre em contato com: Hiorran C A Matos na Faculdade de Odontologia da UFRJ, Rua Rodolpho Paulo Rocco, 325, Cidade Universitária, Rio de Janeiro, ou pelos telefones 3938-2101 ramal.7 ou 3938-2098. Caso surja alguma dúvida quanto à ética do estudo, o(a) Sr.(a) deverá se reportar ao Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo seres humanos – subordinado ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, órgão do Ministério da Saúde que avalia e autoriza pesquisas que envolvem pessoas, através de solicitação ao representante de pesquisa, que estará sob contato permanente, ou contactando o Comitê de Ética em Pesquisa desta instituição, no endereço Rua Rodolpho Paulo Rocco, 255 - Cidade Universitária - Ilha do Fundão, 1º andar; Contato: 3938-2480 Fax: 3938-2481; Horário de funcionamento: De segunda a sexta-feira, das 8h às 15h. É assegurado o completo sigilo de sua identidade quanto a sua participação neste estudo, incluindo a eventualidade da apresentação dos resultados deste estudo em congressos e periódicos científicos.

Consentimento

Eu, _____, acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações sobre o estudo acimacitado.

Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesa. Concordo, voluntariamente, em participar desse estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido em seu atendimento nesta instituição. Eu receberei uma via desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a outra ficará com o pesquisador responsável por essa pesquisa. Além disso, estou ciente de que eu (ou meu representante legal) e o pesquisador responsável deveremos rubricar todas as folhas desse TCLE e assinar na última folha.

Rio de Janeiro,

Nome

Data: _____

Assinatura do informante

Data: _____

Assinatura do pesquisador

Data: _____

Apêndice 2: Termo de assentimento (TA)

TERMO DE ASSENTIMENTO

Título do projeto de pesquisa “Impacto da condição de saúde bucal na satisfação pessoal e na qualidade de vida de escolares de área urbana e rural do município de Nova Friburgo”.

Prezado Participante da pesquisa,

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa sobre o impacto da condição de saúde bucal na satisfação pessoal e na qualidade de vida de escolares. Os pesquisadores responsáveis, Ivete Pomarico, Luciana Pomarico Ribeiro, Michelle Ammari, e Hiorran Coelho Almeida Matos, pretendem realizar um estudo com as seguintes características:

Objetivo do estudo: Avaliar o impacto da condição de saúde bucal na satisfação pessoal e na qualidade de vida de escolares, comparando área urbana com área rural, no município de Nova Friburgo, Rio de Janeiro.

Pesquisa: Nesta pesquisa vocês serão examinados para avaliação da sua saúde bucal, como cárie e suas necessidades de tratamento odontológico. Além disso, vocês responderão a dois questionários, um sobre grau de felicidade e outro sobre a qualidade de vida. Além disso, vocês serão encaminhados para tratamento odontológico na Faculdade de Odontologia da UFF-Nova Friburgo, gratuitamente, quando necessário.

Riscos: Os riscos relacionados a esta pesquisa são considerados mínimos. Os exames da boca serão feitos com luz natural e palitos de madeira, na própria cadeira da escola. O dentista responsável pelo exame usará material estéril, como as luvas de proteção, máscara e gorro. Os questionários serão realizados em local reservado, individualmente, evitando que vocês fiquem com vergonha. Qualquer problema que ocorra, a pesquisa será paralisada e todo sigilo assegurado.

Benefícios: Um melhor entendimento dos fatores relacionados com a saúde da boca será ideal para compreender melhor como estes fatores estão influenciando a sua saúde e sua qualidade de vida. Também, o benefício direto será o recebimento de palestras educativas de saúde bucal, a ser realizada pelo aluno integrante da pesquisa. Além disso, receberão orientações individuais de limpeza da sua boca, bem como kits de escova de dente, pasta com flúor e fio dental. Todos serão encaminhados para a Faculdade de Odontologia da UFF-NovaFriburgo.

Garantia de acesso aos pesquisadores: Em qualquer fase do estudo você terá pleno acesso ao pesquisador responsável, Hiorran C A Matos, pelos telefones 989051108, 3938-2101 ramal.7, Rua Rodolpho Paulo Rocco, 325 Faculdade de Odontologia, Cidade Universitária, Rio de Janeiro.

Garantia de liberdade: A participação neste estudo é absolutamente voluntária. Dentro deste raciocínio, vocês estão livres para, a qualquer momento, negar o consentimento ou desistir de participar e retirar o consentimento, sem que isto provoque qualquer tipo de penalização. Lembramos, assim, que sua recusa não trará nenhum prejuízo à relação com o pesquisador ou com a instituição e sua participação não é obrigatória. Mediante a aceitação, espera-se que os questionários sejam respondidos e os exames da boca realizados.

Direito de confidencialidade e acessibilidade: os dados colhidos nesse estudo serão utilizados para elaborar artigos científicos. Porém, todas as informações obtidas através dessa pesquisa serão secretas e asseguramos o absoluto sigilo de sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar a sua identificação e ninguém, com exceção dos próprios pesquisadores, poderá ter acesso aos resultados da pesquisa. Cada participante somente poderá ter acesso aos próprios resultados.

Despesas e compensações: em momento algum, terão que pagar algum dinheiro. Também, não receberão dinheiro relacionada à sua participação. Todo tratamento necessário para a realização desta pesquisa será de graça.

Dúvidas e questionamentos: Em caso de dúvidas ou questionamentos, você pode se manifestar agora ou em qualquer momento do estudo para explicações adicionais. Em caso de dúvidas entre em contato com: Hiorran C A Matos na Faculdade de Odontologia da UFRJ, Rua Rodolpho Paulo Rocco, 325, Cidade Universitária, Rio de Janeiro, ou pelos telefones 3938-2101 r.7 ou 3938-2098. Caso surja alguma dúvida quanto à ética do estudo, o(a) Sr.(a) deverá se reportar ao Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo seres humanos – subordinado ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, órgão do Ministério da Saúde que avalia e autoriza pesquisas que envolvem pessoas, através de solicitação ao representante de pesquisa, que estará sob contato permanente, ou contactando o Comitê de Ética em Pesquisa desta instituição, no endereço Rua Rodolpho Paulo Rocco, 255 - Cidade Universitária - Ilha do Fundão, 1º andar; Contato: 3938-2480 Fax: 3938-2481; Horário de funcionamento: De segunda a sexta-feira, das 8h às 15h. É assegurado o completo sigilo de sua identidade quanto a sua participação neste estudo, incluindo a eventualidade da apresentação dos resultados deste estudo em congressos e periódicos científicos.

Consentimento

Eu, _____, acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações sobre o estudo acimacitado.

Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesa. Concordo, voluntariamente, em participar desse estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido em seu atendimento nesta instituição. Eu receberei uma via desse Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) e a outra ficará com o pesquisador responsável por essa pesquisa. Além disso, estou ciente de que eu (ou meu representante legal) e o pesquisador responsável deveremos rubricar todas as folhas desse TALE e assinar na ultimafolha.

Rio de Janeiro,

Nome

Data: _____

Assinatura do informante

Data: _____

Assinatura do pesquisador

Data: _____

Apêndice 3: FICHA CLÍNICA

Dados pessoais:

Escola: _____ Série: _____ Turma: _____

Nome: _____

Datanasc: ____ / ____ / ____ Idade: _____

Endereço: _____

Responsável: _____

Tels: _____

Queixaprincipal: _____

CPO-D E SEUS COMPONENTES	CRITÉRIO
0	Hígido
1	Cariado
2	Restaurado e com cárie
3	Restaurado e sem cárie
4	Perdido devido à cárie
5	Perdido por outras razões
6	Apresenta Selante
7	Apoio de Ponte ou Coroa
8	Não Erupcionado
T	Trauma(fratura)
9	Dente Excluído

CÓDIGO	CRITÉRIO
DENTES PERMANENTES	
P	Envolvimento pulpar – a câmara pulpar é visível ou a coroa foi destruída por cárie e somente restos radiculares e fragmentos estão presentes.
U	Ulceração devido à cárie – fragmentos cortantes e deslocados de dentes com envolvimento pulpar ou restos radiculares que causaram úlcera traumática nos tecidos moles circunvizinhos.
F	Quando há presença de fístula relacionada com um dente com envolvimento pulpar.
A	Quando há presença de abscesso (pus contendo inchaço) relacionada com um dente com envolvimento pulpar.

INTO	ÍNDICE DE NECESSIDADES DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO
0	Sem nenhuma necessidade de restauração ou extração
1	De 1 a 3 necessidades de restauração ou extração
2	De 4 a 8 necessidades de restauração ou extração
3	Mais de 8 necessidades de restauração ou extração
4	Doença periodontal generalizada (adultos)
5	Necessidade exodontias múltiplas (adultos)

EXAME CLÍNICO:

Data: ___/___/___

CPOD

	18	17	16	15	14	13	12	11		61	62	63	64	65			
diag																	
diag																	
	48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38
				85	84	83	82	81		71	72	73	74	75			

CPOD	
-------------	--

PUFA

	18	17	16	15	14	13	12	11		61	62	63	64	65			
diag																	
diag																	
	48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38
				85	84	83	82	81		71	72	73	74	75			

PUFA	
-------------	--