



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
NECESSIDADE DE TRATAMENTO ORTODÔNTICO EM
ADOLESCENTES DO RIO GRANDE DO SUL: RELAÇÃO ENTRE
AUTOPERCEPÇÃO E AVALIAÇÃO PROFISSIONAL

KAREN LUCIANE ZAPPE PEREIRA SOTO

Porto Alegre, Brasil

2015

KAREN LUCIANE ZAPPE PEREIRA SOTO

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
NECESSIDADE DE TRATAMENTO ORTODÔNTICO EM
ADOLESCENTES DO RIO GRANDE DO SUL: RELAÇÃO ENTRE
AUTOPERCEPÇÃO E AVALIAÇÃO PROFISSIONAL**

A apresentação desta dissertação é exigência do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Mestre.

ORIENTADORA: Prof^a. Dr^a. Claides Abegg

Porto Alegre

2015

KAREN LUCIANE ZAPPE PEREIRA SOTO

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
NECESSIDADE DE TRATAMENTO ORTODÔNTICO EM
ADOLESCENTES DO RIO GRANDE DO SUL: RELAÇÃO ENTRE
AUTOPERCEPÇÃO E AVALIAÇÃO PROFISSIONAL**

A apresentação desta dissertação é exigência do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Mestre.

Aprovado em ____ de _____ de _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Camila Mello dos Santos, Faculdade de Odontologia,
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dra. Caren Serra Bavaresco, Hospital Nossa Senhora da
Conceição, Serviço de Saúde Comunitária

Prof. Dra. Ramona Fernanda Ceriotti Toassi, Faculdade de
Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul

CIP - Catalogação na Publicação

Soto, Karen Luciane Zappe Pereira
Necessidade de tratamento ortodôntico em
adolescentes do Rio Grande do Sul: relação entre
autopercepção e avaliação profissional / Karen Luciane
Zappe Pereira Soto. -- 2015.
82 f.

Orientadora: Claides Abegg.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS,
2015.

1. Saúde Coletiva. 2. Odontologia. 3. Ortodontia.
4. Má oclusão. 5. Autopercepção. I. Abegg, Claides,
orient. II. Título.

DEDICATÓRIA

Ao meu marido, Diego de Alava Soto, com muito amor e gratidão por sua generosidade e compreensão. Obrigada pelo apoio no mestrado e na vida.

AGRADECIMENTOS

À minha família, por ter compreendido as minhas ausências nos almoços de domingo e por sempre ter acreditado em mim.

À Dra. Claides Abbeg que me aceitou como mestranda nesta jornada. Foi uma honra ter dividido esse tempo com uma pessoa tão especial. Além de ter tido como orientadora uma excelente profissional, inteligente e dedicada, encontrei também uma amiga, sensível e delicada, que com carinho e paciência, teve a gentileza de dividir os seus saberes e vivências comigo. Despertou em mim a possibilidade de ir além do trivial.

À Prefeitura Municipal de Gravataí (RS), na figura do Secretário de Saúde, Sr. Jones Martins, por acreditar na formação acadêmica como modo de qualificar o serviço de saúde.

À minha equipe, Saúde da Família Santa Cecília – Gravataí (RS), que nas minhas ausências sempre me incentivou e apoiou por entender que a qualificação profissional engrandece o trabalho de todos, com reflexos positivos para os nossos usuários do SUS.

Aos meus companheiros caninos, Téia e Júpiter, que sempre estiveram comigo nas longas horas de estudo.

“A Saúde Bucal Coletiva advoga que a “saúde bucal” das populações não resulta apenas da prática odontológica, mas de construções sociais operadas de modo consciente pelos homens, em cada situação concreta - aí incluídos os profissionais de saúde e, também (ou até...) os cirurgiões-dentistas” NARVAI; FRAZÃO, 2006, p. 346-62.

RESUMO

Objetivos: Investigar a associação entre a necessidade clínica e a autopercepção de necessidade de tratamento ortodôntico em adolescentes com idades entre 15 e 19 anos de municípios do Estado do Rio Grande do Sul. **Metodologia:** Foi realizado um estudo transversal com 1630 adolescentes na faixa etária de pesquisa, matriculados em escolas de 36 municípios do Estado do Rio Grande do Sul. Os critérios clínicos utilizados para determinar a necessidade de tratamento ortodôntico foram preconizados pelo Índice de Estética Dental (DAI). O instrumento utilizado para avaliar a autopercepção da necessidade de tratamento foi o Componente Estético (AC) extraído do *Índice de Necessidade de Tratamento Ortodôntico* (IOTN). **Resultados:** Dos 1.618 adolescentes examinados, 54,8% (894) eram do sexo feminino. Em relação ao índice DAI, observou-se 67,8% não apresentaram má oclusão e, portanto, não tinham necessidade de tratamento ortodôntico, 15,3% apresentaram má oclusão definida cuja necessidade de tratamento ortodôntico é eletiva, 9,7% dos adolescentes apresentaram condições de oclusão com necessidade de tratamento recomendável e 7,3% apresentaram má oclusão incapacitante sendo altamente recomendável o tratamento ortodôntico. Quanto à autopercepção e, de acordo com a classificação reduzida do IOTN, a maioria absoluta dos examinados, 86,4%, relataram não necessitar de tratamento ortodôntico, 3,2% demonstraram uma percepção de necessidade eletiva e 2,6% relataram necessitarem de tratamento. Houve associação positiva significativa entre DAI e IOTN, pois a proporção de sujeitos que avaliaram a necessidade de tratamento ortodôntico aumentou com a recomendação, pelo dentista, da necessidade de tratamento. No entanto, é importante destacar, apesar dessa associação, que a maior parte dos sujeitos não acreditava necessitar de tratamento ortodôntico, independentemente da recomendação pelo dentista. **Discussão:** Os resultados deste estudo mostraram que apenas um percentual reduzido dos adolescentes participantes perceberam-se com necessidade de tratamento, comparado com a avaliação clínica. A maloclusão influenciou negativamente a qualidade de vida relacionada à saúde bucal nas atividades diárias comer, sorrir e falar. **Conclusões:** A maioria dos adolescentes avaliados não apresentou necessidade de tratamento ortodôntico e apesar de haver associação positiva significativa entre avaliação clínica e autopercepção, a maioria dos adolescentes entrevistados não percebia necessidade de tratamento ortodôntico. Estas avaliações devem ser consideradas no momento da indicação do tratamento das maloclusões, especialmente em saúde pública, devido a escassez de recursos frente a demanda que costuma ser maior que a oferta de serviços no Sistema Único de Saúde Brasileiro (SUS).

Palavras chave: Autopercepção. Má Oclusão. Ortodontia. Saúde coletiva.

ABSTRACT

Objectives: Investigate the association between clinical needs and self-perceived need for orthodontic treatment in adolescents aged 15 to 19 years municipalities of Rio Grande do Sul State. **Methodology:** Was a cross-sectional study of schoolchildren between 15 and 19 years old in 36 municipalities of Rio Grande do Sul state. The clinical criteria used to determine the need for orthodontic treatment were recommended by the Dental Aesthetic Index (DAI). The instrument used to assess the self-perceived need for treatment was the Aesthetic Component (AC) extracted from Orthodontic Treatment Need Index (IOTN). **Results:** Of the 1,618 teens surveyed, 54.8% (894) were female. Regarding the DAI index, there was 67.8% did not have malocclusion and therefore had no need for orthodontic treatment, 15.3% presented malocclusion defined whose need for orthodontic treatment is elective, 9.7% of adolescents showed occlusion conditions in need of treatment recommended and 7.3% showed poor disabling occlusion is highly recommended orthodontic treatment. As the perception and according to the classification of IOTN reduced, the absolute majority of the examined, 86.4% reported no need orthodontic treatment, 3.2% showed a perceived need for elective and 2.6% reported require treatment. There was a significant positive association between DAI and IOTN because the proportion of subjects who assessed the need for orthodontic treatment increased with the recommendation of the need for treatment by a dentist. However, it is important to note, despite this association, most of the subjects believed not require orthodontic treatment, regardless of the recommendation by the dentist. **Discussion:** The results of this study shows that only a small percentage of participants adolescents perceived themselves in need of treatment, compared with clinical evaluation. The malocclusion negatively influenced the quality of life related to oral health in daily activities eat, smile and speak. **Conclusions:** Most adolescents studied showed no need for orthodontic treatment and despite there being significant positive association between clinical evaluation and self-perception, most of the adolescents interviewed did not understand the need for orthodontic treatment. These assessments should be considered when the treatment of malocclusions statement, especially in public health due to lack of resources forward the demand being greater than supply services in the Brazilian Unified Health System (SUS).

Keywords: Self-perception. Malocclusion. Orthodontics. Public health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|---|----|
| Figura 1: Componente Estético (AC) do IOTN | 27 |
| Quadro 1: Variáveis sociodemográficas | 28 |
| Quadro 2: Variáveis referentes ao impacto da maloclusão | 28 |
| Figura 2: Avaliação da classificação do DAI conforme sexo do adolescente | 32 |
| Figura 3: prevalência de necessidade de tratamento ortodôntico segundo autopercepção, AC-IOTN de adolescentes de 15-19 anos. | 33 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1: associação da má oclusão com as variáveis sociodemográficas | 31 |
| Tabela 2: Condição de oclusão dentária analisada pelo índice de estética dental em adolescentes de 15-19 anos. | 33 |
| Tabela 3: Associação entre a classificação do DAI e o IOTN | 34 |
| Tabela 4: Associação entre a classificação DAI e dificuldades no dia-a-dia | 34 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC/IOTN - *Aesthetic componentes* / Índice de Necessidade de Tratamento Ortodôntico;

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CPOD – Dentes Cariados, Perdidos e Obturados;

DAI – Índice de Estética Dental;

ECA – Estatuto da Criança e do adolescente;

ESB – Equipe de Saúde Bucal;

ESF – Equipe de Saúde da Família;

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística;

IOTN – Índice de Necessidade de Tratamento Ortodôntico;

MG – Minas Gerais;

OIDP - *Oral Impact on Daily Performance*;

OMS – Organização Mundial da Saúde;

ONU - Organização das Nações Unidas;

SES – Secretaria Estadual de Saúde;

SBBRASIL – Inquérito Nacional de Saúde Bucal;

SB/RS - Inquérito Riograndense de Saúde Bucal;

SC – Santa Catarina;

S.M. – Salário Mínimo;

SPSS – Statistical Package for the social sciences;

SUS – Sistema Único de Saúde;

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul;

WHO – *World Health Organization*.

SUMÁRIO

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 13 |
| 2 | REVISÃO DE LITERATURA..... | 14 |
| 3 | OBJETIVOS | 21 |
| 3.1 | OBJETIVO GERAL | 21 |
| 3.2 | OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | 21 |
| 4 | METODOLOGIA..... | 22 |
| 4.1 | DELINEAMENTO DO ESTUDO | 22 |
| 4.2 | AMOSTRA E SELEÇÃO DOS MUNICÍPIOS E INDIVÍDUOS..... | 22 |
| 4.2.1 | UNIVERSO E POPULAÇÃO ALVO | 22 |
| 4.2.2 | PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS..... | 25 |
| 4.2.3 | VARIÁVEIS E MEDIDAS | 26 |
| 4.3 | PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS | 29 |
| 4.4 | CONSIDERAÇÕES ÉTICAS | 29 |
| 5 | RESULTADOS | 31 |
| 6 | DISCUSSÃO | 35 |
| 7 | CONCLUSÃO..... | 40 |
| | REFERÊNCIAS..... | 41 |
| | APÊNDICES | 49 |
| | ANEXOS | 55 |

1 INTRODUÇÃO

A má oclusão, definida como alteração do crescimento e desenvolvimento que afeta a oclusão dos dentes, é considerada um problema de saúde pública, dada sua alta prevalência. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), encontra-se em terceiro lugar na escala de prioridades entre os problemas odontológicos de saúde pública mundial, superadas apenas pela cárie e pela doença periodontal (DIAS; GLEISER, 2008).

As alterações costumam ser percebidas tanto do ponto de vista estético quanto funcional da oclusão, mastigação, fonação, respiração e deglutição, além de contribuir na postura corporal. Ainda, esses problemas podem interferir negativamente nas atividades da vida, prejudicando a interação social e o bem-estar psicológico dos indivíduos acometidos, visto que um sorriso desarmonioso pode ser motivo de constrangimento nos relacionamentos afetivo-familiares e no ambiente social (PERES; TRAEBERT, 2002; MARQUES, 2004; OLIVEIRA; SHEIHAM, 2004; SHAW et al., 1980).

A saúde bucal, historicamente, utiliza, em suas avaliações, critérios exclusivamente clínicos, os quais não permitem a determinação do real impacto dos problemas bucais na vida dos indivíduos. Na maioria das vezes, é a percepção do profissional que tem sido usada para definir a necessidade de tratamento ortodôntico. Entretanto, a utilização de critérios apenas clínicos ou normativos para a definição de problemas ortodônticos pode estar superestimando a necessidade individual para o tratamento da má oclusão quando comparados à percepção dos indivíduos (PERES et al., 2002; SHAW; MANDALL et al., 1999; HANGCOCK; BLINKHORN, 1996; GOSNEY, 1986). Isso ocorre porque os indivíduos não percebem a necessidade de tratamento do mesmo modo que um dentista, apesar de que, frequentemente, notem que possuem alguma alteração oclusal. Por outro lado, existem casos em que, para o paciente, a consequência psicossocial devido à estética dentária inaceitável é tão ou mais séria que os problemas biológicos e que esta passa a ser o indicador mais importante para o tratamento ortodôntico (DIAS; GLEISER, 2008).

Medidas subjetivas de saúde bucal são importantes ferramentas quando se procura avaliar o quanto esta interfere no funcionamento normal e desejável do indivíduo. Por intermédio delas pode-se avaliar desde aspectos funcionais e psicológicos como, por exemplo, comer e sorrir e, até mesmo, aspectos sociais como frequentar a escola (GOMES; ABEGG, 2007). Dessa forma, é possível mudar a ênfase dada aos aspectos biológicos para aspectos psicológicos e sociais (SHEIHAM, 2000).

Algumas medidas de qualidade de vida relacionadas à saúde bucal foram desenvolvidas com o objetivo de mensurar o quanto os problemas bucais interferem na vida das pessoas. Tais medidas buscam avaliar os impactos sociais, psicológicos, culturais e econômicos dos problemas bucais, bem como a percepção subjetiva dos indivíduos sobre sua saúde e suas necessidades em saúde (SRISILAPANAN; SHEIHAM, 2001). Assim, possibilitam a identificação das pessoas ou populações que necessitem ações curativas, preventivas ou de educação, proporcionando melhores condições de planejamento e oferta de serviços odontológicos (SILVA; FERNANDES, 2001).

Para planejar a solução de qualquer problema de saúde pública, não basta conhecer apenas a prevalência da doença, mas é necessário poder determinar aqueles indivíduos em que o problema causa maior agravo.

Atualmente, para avaliar inteiramente todo tipo de intervenção na área de saúde, inclusive serviços de atenção à saúde bucal, como a Ortodontia, são necessárias medidas de importância para o paciente, que reflitam suas percepções, assim como medidas informativas para o clínico. Indicadores subjetivos vêm se tornando importantes ferramentas, permitindo a avaliação da influência das doenças bucais na vida das pessoas. Deste modo, o principal propósito deste estudo é investigar a associação entre necessidade clínica e a autopercepção da necessidade de tratamento ortodôntico em adolescentes de municípios do Estado do Rio Grande do Sul, com idades entre 15 (quinze) e 19 (dezenove) anos.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Estudos internacionais têm demonstrado que os critérios, tanto clínicos como epidemiológicos, para diagnóstico das oclusopatias, superestimam os problemas quando comparados à percepção dos indivíduos (SHAW; LEWIS; ROBERTSON, 1975; MANDALL et al., 1999; HANGCOCK; BLINKHORN, 1996; GOSNEY, 1986).

Na década de 60, Dracker (1960) já afirmava que os índices baseados em critérios puramente clínicos não satisfaziam ao sanitarista e que diferentes métodos deveriam ser utilizados com o objetivo de determinar a necessidade de tratamento ortodôntico.

Posteriormente, no ano de 1980, Shaw et al., em estudo realizado na Inglaterra, com 333 escolares na faixa etária entre 11 e 12 anos, demonstrou que uma boa aparência dentária poderia produzir influência positiva na vida dos indivíduos.

O estudo de Peres et al., em 2002, buscou mostrar as diferenças entre as necessidades de tratamento ortodôntico segundo critérios normativos e a autopercepção em adolescentes entre 14 e 18 anos de idade de um colégio em Florianópolis (SC), Brasil. Por intermédio do uso do Índice de Estética Dental (DAI), foi observado que 71,3% dos escolares apresentaram alguma oclusopatia. Do total dos alunos que apresentaram necessidades de tratamento pelo índice aplicado pelos profissionais, pouco mais da metade percebeu a necessidade de tratamento ortodôntico.

Em investigação realizada com uma amostra de 1675 adolescentes entre 15 e 16 anos, Oliveira e Sheiham, em 2004, observaram que aqueles que realizaram tratamento ortodôntico apresentaram maior satisfação com sua saúde oral.

Tratamentos ortodônticos são realizados na expectativa de melhorar a aparência e a função mastigatória. A indicação e o tratamento são definidos por meio de critérios clínicos ou epidemiológicos (necessidades normativas), ou seja, uma decisão técnica profissional. Cirurgiões-dentistas e especialistas em ortodontia trabalham no sentido de estabelecerem critérios para um bom diagnóstico e um meio

de esclarecer aos pacientes os problemas ortodônticos encontrados. Porém, é difícil determinar quão importantes são as oclusopatias como um problema facial e qual o impacto desses problemas na satisfação em relação à saúde bucal dos indivíduos afetados. É preciso considerar a percepção subjetiva do indivíduo em relação à saúde bucal e como essa condição afeta sua vida diária. (LOCKER, 1989)

Algumas medidas de qualidade de vida relacionadas a saúde bucal foram desenvolvidas tais como Os seguintes indicadores podem ser citados: Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI), Dental Impact Profile (DIP), Oral Health Impact Profile (OHIP), Oral Health-Related Quality of Life Measure (OHQOL), e o Oral Impact on Daily Performance (OIDP), com o objetivo de mensurar o quanto os problemas bucais interferem na vida das pessoas. Tais medidas buscam avaliar os impactos sociais, psicológicos, culturais e econômicos dos problemas bucais, bem como a percepção subjetiva dos indivíduos sobre sua condição e suas necessidades em saúde (SRISILAPANAN; SHEIHAM, 2001).

O aspecto estético é relacionado com a qualidade de vida e é um componente importante na vida social dos indivíduos, sendo que as deformidades faciais apresentam maior impacto do que outras incapacidades físicas (SHAW et al., 1975). Em determinadas situações, a presença de dentes alinhados exerce forte influência sobre a percepção de beleza, a identificação com o sucesso profissional e a inteligência e a associação com indivíduos mais favorecidos socialmente (KEROSUO et al., 1995).

Claude Bernard (CANGUILHEM, 2012a), no século XIX, já alertava a busca por um ideal em relação à saúde e o corpo, ao mesmo tempo em que declarava que este nunca é atingido. Entendia as particularidades dos indivíduos e afirmava que essa é a chave, mas também o obstáculo da medicina e da biologia. O autor conduz a uma reflexão sobre quais conceitos são ensinados na formação do profissional em saúde, a partir de uma expectativa biomédica de normalidade de funcionamento. Aprende-se como se todos os indivíduos fossem iguais, devendo os corpos reagir da mesma forma.

Assim, no campo da Saúde Coletiva, ao discutir diagnósticos ou indicação de tratamentos, muitas vezes trabalha-se com um conceito objetivo, embasado por indicadores, relacionado à conduta de cada profissional, por vezes abstrato no que tange à autopercepção.

“Nem todo o corpo com impedimentos vivencia a discriminação, a opressão ou a desigualdade pela deficiência” (DINIZ; BARBOSA; SANTOS, 2009). Dessa análise é possível afirmar que a diferença não é inerente aos contornos do corpo. Ela é fruto da cultura da normalidade, resultado de valores, atitudes e práticas que discriminam o corpo que difere.

Ainda, a lesão não basta para constituir a doença. Uma simples diferença morfológica ou fisiológica não significa um estar patológico de fato (CANGUILHEM, 2012). O que pode ser considerado normal em determinado momento, em outras circunstâncias pode tornar-se patológico. Medidas que ajudem a estabelecer prioridades de tratamento a partir da autopercepção da necessidade, associada à indicação profissional do reestabelecimento de função, vem se tornando cada vez mais necessárias. É importante ressaltar que indivíduos do sexo feminino, de idade mais avançada e de classe social mais elevada (JENKINS; FELDMAN; STIRRUPS, 1984) possuem senso de estética mais apurado e são mais críticos em relação a esta.

O ensino da ortodontia clássica tem enfatizado que os principais benefícios do tratamento ortodôntico são a melhora da função mastigatória, a prevenção da doença periodontal e a melhoria estética. Entretanto, a importância do cuidado ortodôntico para prevenção da cárie, de doença periodontal e de distúrbios temporomandibulares vem sendo questionada (OLIVEIRA; SHEIHAM, 2004).

A afirmação de que indivíduos com oclusão “ideal” têm, significativamente, menos cárie, menos doença periodontal e melhor função mastigatória comparados com aqueles com maloclusão não está claramente demonstrada. De acordo com Bonecker e Sheiham (2004), resultados de estudos indicaram que o principal benefício do tratamento ortodôntico para o paciente está na melhora da estética e no bem estar.

Estudos têm demonstrado o impacto da saúde bucal na qualidade de vida de crianças e adolescentes (LEAL et al., 2012; PERES et al., 2009). Em estudo realizado com escolares de 11 a 12 anos no Peru foi observado que os dentes mal posicionados foram a principal causa de impacto no sorriso de crianças (BERNABÉ; SHEIHAM; TSAKOS, 2007). Em investigação mais recente, utilizando dados do inquérito nacional de saúde bucal, SBBrazil 2010, foi demonstrado que a presença de oclusopatia estava associada ao impacto na qualidade de vida nas dimensões física, psicológica e social (PERES et al., 2013).

Para estimar o impacto dos agravos bucais nas atividades cotidianas de vida das pessoas, pesquisas epidemiológicas têm utilizado medidas clínicas e de autopercepção (ADULYANON; VOURAPUKJARU; SHEIHAM, 1996). No que diz respeito aos agravos bucais, a dor de dente (MOURE-LEITE et al., 2011), a presença de cárie não tratada (LEAL; BRONCKHORST; FAN; FRENCKEN, 2012) o sangramento gengival (PERES et al., 2009) e o apinhamento na região anterior (ABANTO et al., 2011) têm sido associados ao impacto negativo na qualidade de vida de crianças e adolescentes.

Dentre as diversas medidas de qualidade de vida relacionadas à saúde bucal, o *Oral Impact on Daily Performance*, OIDP, ou Impacto Odontológico no Desempenho Diário, tem como propósito verificar a associação entre problemas bucais e dificuldade para realizar determinadas atividades e/ou comportamentos do cotidiano (ADULYANON; SHEIHAM, 1997).

O instrumento OIDP foi desenvolvido baseando-se no *International Classification of Impairments, Disabilities and Handcaps* (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1980), e posteriormente adaptado para a odontologia (LOCKER, 1989). Utiliza-se de medidas de frequência e severidade dos impactos que afetam o desempenho diário dos indivíduos e, dessa forma, fornece um escore de impacto individual (ADULYANOS; SHEIHAM, 1997). São relacionados os problemas bucais e os sintomas que o indivíduo percebe como causa de impacto, obtendo o peso da importância relativa do referido impacto na vida diária (ADULYANOS; SHEIHAM, 1997; SHEIHAM, 2000).

Este instrumento aborda aspectos físicos, psicológicos e sociais, nas dimensões como: dificuldade para comer, sorrir, estudar, falar, fazer atividades físicas, limpar os dentes, dormir; aspectos emocionais, tais como, relaxar, estado emocional e de contato social como sair e trabalhar (ADULYANON; VOURAPUKJARU; SHEIHAM, 1996). Para esta pesquisa os adolescentes foram questionados em relação às dificuldades nas dimensões falar, comer e sorrir como causadoras de impactos nas atividades diárias, relacionadas a presença de maloclusão.

A faixa etária deste estudo inclui os escolares entre 15 a 19 anos de idade. Esse período abrange a adolescência, momento de transição entre a infância e a vida adulta, caracterizada pelos impulsos do desenvolvimento físico, mental, emocional, sexual e social e pelos esforços do indivíduo em alcançar os objetivos relacionados às expectativas culturais da sociedade em que vive (TANNER, 1962).

Os limites cronológicos da adolescência são definidos, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), entre 10 e 19 anos, ou tem seu início com a puberdade fisiologicamente normal e termina quando são estabelecidos comportamento e uma identidade adulta, assim como a idade legal da maioridade (WHO, 1986). De acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU), entre 15 e 24 anos (*youth*), critério este usado principalmente para fins estatísticos e políticos (WHO, 1986).

Segundo Aberastury (1981), o termo adolescência, originado do latim, significa, literalmente, a condição ou o processo de crescimento.

No Brasil, o censo de 2010 aponta que a parcela da população entre 15 a 19 anos de idade corresponde a 8,9%, quase 17 milhões de pessoas (BRASIL, 2010).

Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), promulgado em 1990, o adolescente é legalmente definido como aquele que tem idade entre 12 e 18 anos (BRASIL, 2008). A partir do ECA, o enfoque de proteção integral para as crianças e os adolescentes foi ressaltado, de modo que, passaram a ser reconhecidos como sujeitos de direitos, sem distinção de raça, cor, ou classe social (BRASIL, 2008).

Em seu artigo 11, o ECA assegura: “o atendimento integral à criança e ao adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde” (BRASIL, 2008, p.11).

O Ministério da Saúde (MS) ampliou a prioridade no atendimento à saúde para a faixa etária de 10 a 24 anos, reconhecendo a vulnerabilidade do grupo jovem de 15 a 24 anos de idade, dada as repercussões sobre o processo saúde-doença resultantes da determinação socioeconômica e política da reforma do Estado (BRASIL, 2010).

O SBBrasil 2010, utiliza as divisões de idades para fins epidemiológicos de oclusão dentária, separadas nas seguintes faixas etárias: 5 anos, 12 anos e entre 15 e 19 anos, sendo esta última, a faixa escolhida para coleta de dados em nosso estudo, e conseqüentemente a possibilidade de comparação com o inquérito nacional.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Investigar a associação entre a necessidade clínica e a autopercepção de necessidade de tratamento ortodôntico em adolescentes com idades entre 15 e 19 anos de municípios do Estado do Rio Grande do Sul.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar, na amostra, a prevalência de má oclusão.

Identificar, na amostra, a autopercepção da necessidade de tratamento ortodôntico.

Investigar, na amostra, a necessidade de tratamento ortodôntico e o impacto nas atividades diárias de sorrir, falar e comer.

Analisar, na amostra, a relação entre nível socioeconômico com a prevalência de maloclusão.

4 METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

A presente pesquisa caracteriza-se como um estudo epidemiológico analítico com delineamento transversal, de base escolar. Foram usados os dados coletados em um projeto de pesquisa principal sobre o “Impacto da Estratégia da Saúde da Família no Perfil Epidemiológico de Saúde Bucal no Rio Grande do Sul”, realizada no ano de 2011. A população alvo foi composta de adolescentes escolares de ambos os sexos, das faixas etárias de 15 a 19 anos, residentes nos municípios investigados.

4.2 AMOSTRA E SELEÇÃO DOS MUNICÍPIOS E INDIVÍDUOS

4.2.1 UNIVERSO E POPULAÇÃO ALVO

O universo da pesquisa principal foi constituído pela população dos 86 (oitenta e seis) municípios do Rio Grande do Sul que participaram do SB/RS 2003. A partir deste inquérito populacional foi obtida a população alvo deste estudo, formada pelo conjunto de adolescentes escolares, de ambos os sexos, das faixas etárias de 12 (doze anos) e entre 15 (quinze) a 19 (dezenove) anos, residentes em alguns destes municípios. No presente estudo, optou-se por selecionar as idades que poderiam apresentar impacto das ações das Equipes de Saúde Bucal, e que, também, tivessem sido usadas como faixas de idade no Inquérito Nacional de Saúde Bucal (SB Brasil 2010). Além disso, a justificativa para seleção destas idades foi baseada na

maturidade dos escolares para que pudessem responder às questões relacionadas a autopercepção da necessidade de tratamento, avaliada através do IOTN.

A seleção dos municípios observou, inicialmente, a distribuição dos 86 municípios do levantamento epidemiológico realizado entre 2001 e 2003, denominado SB/RS- Condições de Saúde Bucal na População do Rio Grande do Sul (2003), que tinha como objetivo realizar levantamento das condições de saúde bucal da população do Estado do Rio Grande do Sul, produzindo informações locais e macrorregionais para subsidiar o planejamento e avaliação das ações, nos diferentes níveis de gestão do SUS. O SB/RS foi o ponto de partida para a seleção dos municípios do estudo de 2011 (base de dados utilizados na presente pesquisa) , onde foram selecionados municípios seguindo os critérios de ter ou não equipes de saúde bucal (ESB) nas equipes de saúde da família, a fim de atender aos objetivos da pesquisa principal. A partir deste quadro, realizaram-se estratificações dos municípios, em três estágios, considerando a aplicação dos critérios de inclusão:

- Tempo de implantação da ESB/ESF igual ou maior que cinco anos;
- Cobertura populacional da ESB/ESF maior 90%;
- Porte populacional menor que 50.000 habitantes.

Os critérios de tempo de implantação e de cobertura maior que 90% foram necessários para atender aos objetivos da pesquisa principal e dessa forma avaliar o resultado das equipes de saúde bucal das ESF no perfil epidemiológico dos adolescentes. O critério de porte populacional foi definido por não haver nenhum município de maior porte e participante do SB RS com 90% ou mais da população coberta pela ESF.

Após esta estratificação ,resultaram 50 municípios dos quais foram selecionados 38 municípios sendo 18 municípios classificados no porte 1 (até 5.000 habitantes), 12 municípios no porte 2 (5.001 a 10.000 habitantes) e 8 municípios no porte 3 (10.001 a 50.000 habitantes). Esta seleção, por conveniência, foi definida segundo critérios de semelhança quanto a localização geográfica na macrorregião, porte do município e presença ou ausência de ESB na ESF. Dois municípios

recusaram-se a participar do estudo, totalizando uma amostra final de 36, sendo dezoito deles com ESB e os outros dezoito sem ESB.

A amostra de indivíduos do estudo de 2011 foi constituída por adolescentes que atendiam aos critérios de elegibilidade: nascimento entre janeiro de 1992 a dezembro de 1996 para faixa etária entre 15 e 19 anos, nascimento entre janeiro e dezembro de 1999, para a faixa etária de 12 anos e residência na zona urbana ou rural dos municípios amostrados.

Para o cálculo amostral foram usadas as médias CPOD obtidas no estudo anterior dos mesmos municípios. Estimando-se um nível de significância de 0,05 e um poder de explicação de 95%, obteve-se um total de 465 indivíduos. Ao considerar uma taxa de não reposta de 20% e um efeito de delineamento de 1,5, a amostra totalizou 790 indivíduos em cada grupo etário e em cada situação (com ESB e sem ESB), o que resultou em uma amostra final de 3.160 para as duas faixas etárias. Neste estudo utilizou-se dados referentes apenas a faixa etária compreendida entre 15 a 19 anos de idade, totalizando 1630 adolescentes participantes.

A seleção dos escolares foi realizada por meio de um processo casual sistemático que seguiu critérios mantendo a proporção de distribuição referentes ao tamanho dos municípios e das escolas, a partir dos dados populacionais (IBGE, 2010) e do Censo Escolar da Secretaria da Educação do RS (SES/RS). Com listas numeradas fornecidas pelas escolas com o nome e o total de alunos por turma, foi calculado o intervalo para o sorteio da amostra de cada escola em cada município. Após a escolha aleatória do primeiro número do intervalo, foram sorteados os demais alunos, mantendo-se constante o intervalo do sorteio até a totalização do número amostral da escola e, na sequência, do município. Participaram 125 escolas que possuíam ensino fundamental completo e/ou ensino médio, das quais, 98 eram urbanas e 27 localizadas em área rural distantes até 10 km da cidade. Destas, cinco escolas eram instituições privadas e as demais públicas (municipais ou estaduais). O critério dos 10 km de distância para escolas da zona rural atendeu ao critério operacional e de custos da pesquisa principal.

4.2.2 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados envolveu os exames clínicos, dados socioeconômicos demográficos e de autopercepção.

Os exames clínicos foram realizados por quatro cirurgiões-dentistas, auxiliados por anotadores. Foram realizados com critérios recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1999) e Ministério da Saúde, sob luz natural, observando-se as normas de biossegurança específicas para o estudo. Foram utilizados espelhos bucais, espátulas de madeira e sonda periodontal OMS (ponta terminada em bola), utilizada como apoio diagnóstico e para remoção de depósitos.

Os examinadores utilizaram luvas descartáveis e máscaras durante os exames clínicos e a esterilização dos materiais foi realizada nas Unidades Básicas de Saúde dos municípios participantes do estudo ou na Faculdade de Odontologia da UFRGS antes das viagens.

Foi realizada uma calibração interexaminadores para redução da variabilidade entre os membros da equipe e um processo de intracalibração onde foi verificada a manutenção da consistência interna dos examinadores. A calibração interexaminadores realizada em momento anterior à coleta de dados segundo proposta pela OMS (WHO, 1993) e recomendação do Ministério da Saúde, incluiu a simulação de situações a serem identificadas na pesquisa e discussão do registro até o consenso. Estudos pilotos foram realizados para testar e adequar os instrumentos de pesquisa. A confiabilidade dos exames avaliada na calibração entre os examinadores para condição dental apresentou valores $kappa \geq 0,76$ (0,76 a 0,94), considerada substancial a quase perfeita segundo Landis e Koch (1977). A reprodutibilidade dos exames clínicos em 2011 foi avaliada durante a pesquisa com a duplicação dos mesmos em 5% da amostra e obteve valores $kappa \geq 0,90$ (0,90 a 0,99).

Os dados socioeconômicos foram coletados através do Questionário de Avaliação Socioeconômica e Acesso à Saúde Bucal (mediante questões relacionadas ao número de pessoas da família em questão, a renda familiar e escolaridade da mãe).

Os dados demográficos e de autopercepção foram coletados em questionários semiestruturados desenvolvidos para o estudo a partir de adaptações dos instrumentos utilizados pelo SB Brasil (BRASIL 2010). Os questionários foram respondidos em entrevista direta pelos adolescentes de 15 a 19 anos, previamente ao exame. Os questionários foram utilizados para obtenção de dados concernentes aos objetivos da pesquisa principal.

4.2.3 VARIÁVEIS E MEDIDAS

O índice DAI, utilizado para avaliar a necessidade de tratamento ortodôntico foi o mesmo índice utilizado no Levantamento das Condições de Saúde Bucal realizado em 2010 pelo Ministério da Saúde e preconizado pela Organização Mundial da Saúde (BALDANI et al., 2005) para fins epidemiológicos.

Para atender aos objetivos deste estudo e avaliar a autopercepção dos adolescentes quanto à necessidade de tratamento ortodôntico, foi utilizado o Componente Estético (AC), extraído do *Índice de Necessidade de Tratamento Ortodôntico* (IOTN). O AC visa refletir a necessidade sócio-psicológica do tratamento ortodôntico (SHAW et al., 1975) demonstrada pelo paciente ou avaliada pelo profissional. É composto por uma escala de avaliação da atratividade dental ilustrada por 10 (dez) fotografias coloridas numeradas (MANDALL et al., 1999) - **Figura 1**. Esta escala apresenta um grau de atratividade decrescente e contínuo, onde a **foto 1** representa o arranjo dentário mais atrativo e a **foto 10**, o menos atrativo. O adolescente aponta qual das fotografias ele acredita ser mais semelhante com o seu sorriso. Quando o adolescente não se identificava com nenhuma das fotografias o código utilizado era o número 11.

A avaliação de autopercepção utilizada neste estudo foi a versão reduzida do IOTN. Em 1993, com o intuito de aumentar a fidedignidade da avaliação feita pelo IOTN (HANGCOCK; BLINKHORN,1996), LUNN et al. (1993), sugeriram uma redução na classificação dos componentes deste índice, para três níveis: nenhuma ou pequena necessidade de tratamento ortodôntico (fotos 1 a 4), moderada necessidade de tratamento ortodôntico (fotos 5 a 7) e grande necessidade de tratamento ortodôntico (fotos 8 a 10).

Figura 1: Componente Estético (AC) do IOTN



Fonte: SHAW, WC (1975)

Os critérios para determinar a necessidade clínica de tratamento ortodôntico utilizados neste estudo foram os preconizados pelo DAI, Índice de Estética Dental (CONS et al., 1983; OMS,1999). Tal critério inclui a avaliação das seguintes condições: número de incisivos, caninos e pré-molares perdidos, apinhamento na região dos incisivos, espaçamento na região dos incisivos, diastema, desalinhamento maxilar, desalinhamento mandibular, “*overjet*” maxilar anterior, “*overjet*” mandibular anterior, mordida aberta anterior e relação molar ântero-posterior. Após a avaliação, realiza-se a equação para o cálculo dos valores obtidos (WHO, 1997), categorizando-se em oclusão normal, má oclusão definida, severa ou incapacitante. O desfecho do DAI para as necessidades de tratamento a partir das categorias são nenhuma ou pequena necessidade de tratamento (DAI \leq 25), necessidade eletiva de tratamento (DAI = 26 a 30), necessidade de tratamento altamente recomendada (DAI \geq 31). As variáveis sociodemográficas foram definidas conforme o quadro a seguir:

Quadro 1: Variáveis sociodemográficas

| Sexo | Renda Familiar | Escolaridade da mãe | Escolaridade do pai |
|-------------|-------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Masculino | < 1 s.m. | de 0 a 4 anos; | de 0 a 4 anos; |
| Feminino | 1 \leq s.m. \leq 3; | de 5 a 8 anos; | de 5 a 8 anos; |
| | > 3 s.m. | de 9 a 11 anos; | de 9 a 11 anos; |
| | | > 11 anos. | > 11 anos. |

A variável anos de escolaridade da mãe foi coletada como uma variável contínua (número de anos escolares completados com sucesso) e agrupados em quatro categorias: 0-4 anos; 5-8 anos; 9-11 anos; e a partir de 12 anos. A última categoria foi considerada como referência para análise.

A renda familiar mensal foi coletada em reais e transformada em categorias levando em consideração a distribuição da frequência e o salário mínimo.

As variáveis apresentadas no quadro abaixo, referentes ao impacto da maloclusão no desempenho das atividades diárias, foram selecionadas por serem as de maior prevalência de impacto entre os adolescentes,.

Quadro 2: Variáveis referentes ao impacto da maloclusão

| Dificuldade para comer | Dificuldade para falar | Dificuldade para sorrir |
|------------------------|------------------------|-------------------------|
| SIM | SIM | SIM |
| NÃO | NÃO | NÃO |

As variáveis acima foram adaptadas do Oral Impact on Daily Performance, ODP, ou Impacto Odontológico no Desempenho Diário, instrumento este utilizado para medir qualidade de vida relacionada à saúde bucal, desenvolvido por Adulyanon e Sheiham (1997), também utilizado no Inquérito Nacional de Saúde Bucal - SB Brasil 2010.

4.3 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados com o programa do SPSS 21.0 (Statistical Package for the social sciences). Realizou-se a descrição das frequências absoluta e relativa. Para avaliar a associação entre as variáveis categóricas, os testes qui-quadrado de Pearson ou qui-quadrado de tendência linear (no caso de variáveis ordinais) foram utilizados. O nível de significância adotado foi de 5% ($p \leq 0,05$).

4.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O presente estudo foi planejado respeitando os preceitos éticos da Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e suas complementares (BRASIL, 2013) e se enquadrou na modalidade de pesquisa de risco mínimo de acordo com esta mesma resolução. Além disso, por se tratar de pesquisa envolvendo o exame bucal de seres humanos, tal procedimento pressupõe a utilização do consentimento livre e esclarecido, conforme explicitado no capítulo III da Resolução CNS 466/12 (BRASIL, 2013). Foi solicitada a assinatura no

termo de consentimento (APÊNDICE C) a todos os indivíduos participantes da amostra ou aos seus responsáveis. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – COMPESQ/UFRGS (nº. 15.370), ANEXO C e Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública da Secretaria da Saúde Estado da Saúde do Rio Grande do Sul (nº. 624/11), ANEXOS A e B.

5 RESULTADOS

Neste estudo foram entrevistados 1.630 adolescentes que responderam ao questionário sobre AC-IOTN e 1.618 foram avaliados clinicamente quanto aos critérios do índice de estética dental. A média de idade encontrada foi de 15 anos, sendo 54,8% (894) do sexo feminino e 45,2% (736) do sexo masculino.

A renda familiar de 47,5% dos indivíduos estava na faixa entre um e três salários mínimos, enquanto que para 227 indivíduos (14,0%) era menor que um salário mínimo e, para 622 (38,5%), a renda familiar estava acima de três salários mínimos.

Quando foram perguntados sobre a escolaridade materna, 40,4% dos entrevistados relatou que suas mães possuíam de cinco a oito anos de estudo. Para 419 escolares (29,0%) a escolaridade materna era até quatro anos de estudo, 301 (20,85%) escolares responderam que suas mães possuíam entre nove e onze anos de estudo, e 140 (9,7%) disseram que suas mães tinham mais de onze anos de estudo. Houve associação significativa ($p < 0,001$) entre escolaridade da mãe e prevalência de maloclusão. Quanto maior a escolaridade da mãe, menor a prevalência de má oclusão e conseqüentemente, menor indicação para necessidade de tratamento ortodôntico. A mesma associação ocorreu com a escolaridade paterna.

A associação da má oclusão com as variáveis sociodemográficas está descrita na tabela a seguir.

Tabela 1: associação da má oclusão com as variáveis sociodemográficas (continua)

| Variáveis | N | Com má oclusão n (%) | Sem má oclusão n (%) | p* |
|----------------|-----|-------------------------|-------------------------|-------|
| Renda familiar | | | | 0,002 |
| < 1 s.m. | 227 | 86 (37,9) | 141 (62,1) | |
| De 1 a 3 s.m. | 769 | 261 (33,9) | 508 (66,1) | |
| > 3 s.m. | 622 | 174 (28,0) | 448 (72,0) | |

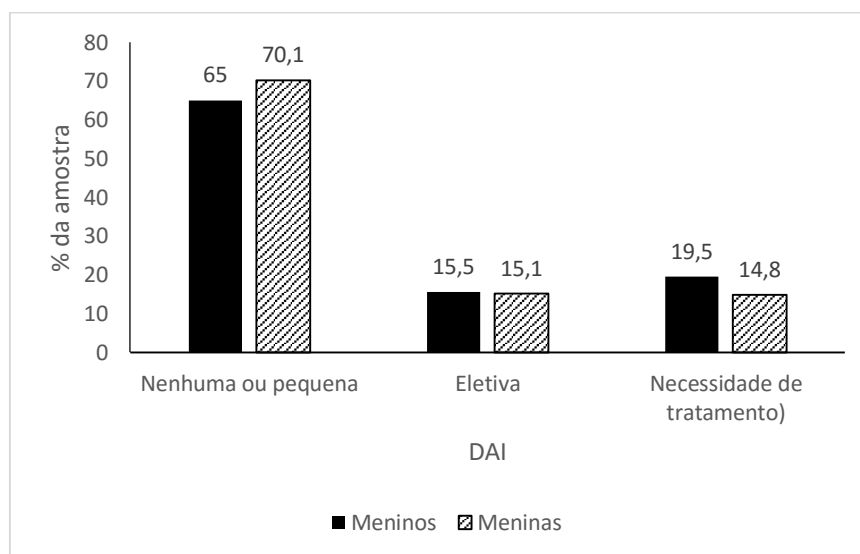
Tabela 1: associação da má oclusão com as variáveis sociodemográficas (continuação)

| | |
|---------------------|---------|
| Escolaridade da mãe | < 0,001 |
|---------------------|---------|

| | | | | |
|---------------------|-----|------------|------------|---------|
| De zero a 4 anos | 415 | 157 (37,8) | 258 (62,2) | |
| De 5 a 8 anos | 580 | 191 (32,9) | 389 (67,1) | |
| De 9 a 11 anos | 298 | 79 (26,5) | 219 (73,5) | |
| > 11 anos | 140 | 34 (24,3) | 106 (75,7) | |
| Escolaridade do pai | | | | < 0,001 |
| De zero a 4 anos | 434 | 161 (37,1) | 273 (62,9) | |
| De 5 a 8 anos | 550 | 167 (30,4) | 383 (69,6) | |
| De 9 a 11 anos | 244 | 63 (25,8) | 181 (74,2) | |
| > 11 anos | 90 | 20 (22,2) | 70 (77,8) | |

No que diz respeito ao sexo dos adolescentes, houve associação entre a classificação do DAI e o sexo do adolescente ($p=0,036$). A necessidade de tratamento foi mais recomendada para os meninos (**Figura 2**).

Figura 2: Avaliação da classificação do DAI conforme sexo do adolescente



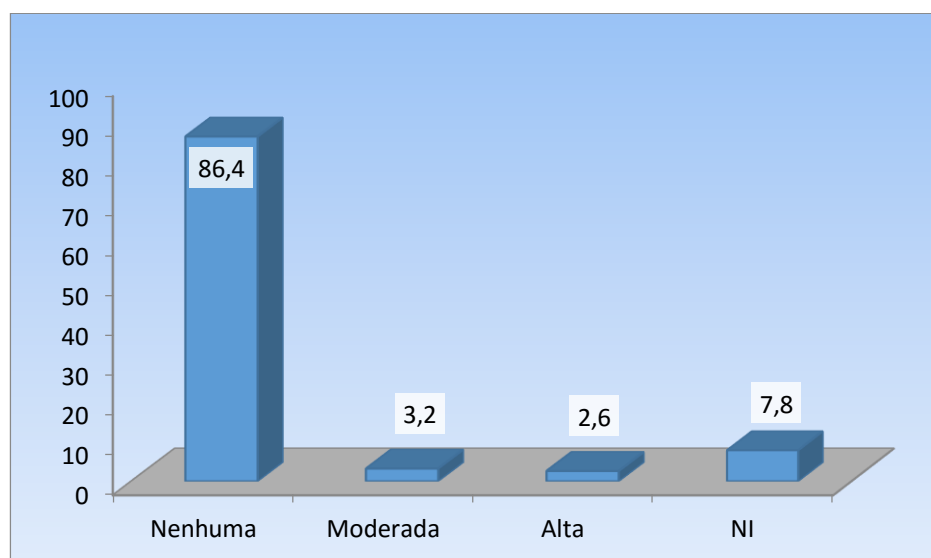
Segundo os critérios clínicos das condições de oclusão (DAI) observou-se que mais de dois terços dos adolescentes não apresentaram má oclusão e, portanto, não tinham necessidade de tratamento ortodôntico e apenas 17% apresentaram condições de oclusão com necessidade de tratamento recomendável e má oclusão incapacitante sendo altamente recomendável o tratamento ortodôntico (**Tabela 2**).

Tabela 2: Condição de oclusão dentária analisada pelo índice de estética dental em adolescentes de 15-19 anos.

| DAI | Frequência absoluta | Frequência relativa | Frequência relativa acumulada |
|---------------|---------------------|---------------------|-------------------------------|
| Normal | 1097 | 67,8 | 67,8 |
| Definida | 247 | 15,3 | 83,1 |
| Severa | 156 | 9,7 | 92,7 |
| Incapacitante | 118 | 7,3 | 100,0 |
| Total | 1618 | 100,0 | |

Quanto à autopercepção e, de acordo com a classificação reduzida do IOTN, e, considerando os valores válidos (1.618 indivíduos) a maioria absoluta dos examinados, 1.408 indivíduos (86,4%) relataram não necessitar de tratamento ortodôntico, 3,2% demonstraram uma percepção de necessidade eletiva e 2,6% relataram necessitarem de tratamento. Outros 7,8% dos adolescentes relataram que nenhuma das figuras do AC-IOTN representavam a sua situação ortodôntica.

Figura 3: prevalência de necessidade de tratamento ortodôntico segundo autopercepção, AC-IOTN de adolescentes de 15-19 anos.



Observou-se associação significativa entre a classificação dos profissionais para a necessidade de tratamento ortodôntico (DAI) e a autopercepção (AC-IOTN; $p < 0,001$). A proporção de sujeitos que avaliaram a necessidade de tratamento ortodôntico aumentou com a recomendação, pelo dentista, da necessidade de

tratamento. No entanto, é importante destacar, apesar dessa associação, que a grande maioria dos sujeitos não acreditava necessitar de tratamento ortodôntico, independentemente da avaliação clínica realizada pelo dentista, conforme tabela a seguir.

Tabela 3: Associação entre a classificação do DAI e o IOTN

| IOTN | Classificação DAI | | |
|-------------------------------|---|-----------------------------|---|
| | Nenhuma ou pequena (n=1097) n (%) | Eletiva (n=247) n (%) | Necessidade de tratamento (n=274) n (%) |
| Sem necessidade | 989 (90,2%) | 206 (83,4%) | 209 (76,3%) |
| Necessidade moderada | 22 (2,0%) | 10 (4,0%) | 18 (6,6%) |
| Tratamento recomendado | 12 (1,1%) | 7 (2,8%) | 22 (8,0%) |
| Sem identificação | 74 (6,7%) | 24 (9,7%) | 25 (9,1%) |

Também se observou associação linear entre as dificuldades de comer, sorrir e falar com a classificação do DAI. Quanto maior a recomendação de tratamento ortodôntico, maiores as prevalências de dificuldades de comer, sorrir e falar, conforme tabela abaixo.

Tabela 4: Associação entre a classificação DAI e dificuldades no dia-a-dia

| Dificuldades n | Nenhuma ou pequena n (%) | Eletiva n (%) | Necessidade de tratamento n (%) | p* |
|----------------------------|--------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|---------|
| Comer (n=1.510) | 415 (40,6%) (n=1.023) | 99 (42,9%) (n=231) | 122 (47,7%) (n=256) | 0,041 |
| Sorrir (n=1.544) | 160 (15,3%) (n=1.044) | 65 (26,9%) (n=242) | 85 (32,9%) (n=258) | < 0,001 |
| Falar (n=1.546) | 110 (10,6%) (n=1.042) | 38 (15,8%) (n=241) | 43 (16,3%) (n=263) | 0,003 |

Nota1: * qui-quadrado de tendência linear;

Nota2: 874 indivíduos não relataram dificuldades para comer; 1.234 não relataram dificuldades para sorrir e 1.355 não relataram dificuldades para falar.

6 DISCUSSÃO

Neste estudo, foi observado que os critérios clínicos superestimaram a necessidade de tratamento ortodôntico quando comparados com a autopercepção dos indivíduos. Resultado semelhante foi encontrado por Peres et al.(2002) em estudo realizado com jovens entre 14 e 18 anos em Santa Catarina.

Estudos têm demonstrado que a necessidade de tratamento ortodôntico vem sendo embasada em um princípio clínico e biomédico objetivando uma condição de oclusão ideal (PERES; TRAEBERT; MARCENES, 2002; MANDAL et al., 1999; KEROSUO; HANSEN; LAINE; SHAW, 1995; SHAW; LEWIS; ROBERTSON, 1975). Tal princípio, frequentemente, ignora as necessidades percebidas pelos indivíduos, bem como as implicações psicossociais dos problemas dentofaciais (SHEIHAM, 2000). Com frequência, a percepção dos jovens em relação aos seus problemas oclusais não acompanha o diagnóstico clínico (PERES; TRAEBERT; MARCENES, 2002).

Atualmente, o número expressivo de adolescentes em tratamento ortodôntico parece evidenciar a existência de um padrão estético de normalidade a ser alcançado. Em estudo realizado com escolares de Belo Horizonte (MG) foi observado que a maioria dos entrevistados relatou que desejava ter tratamento ortodôntico. Da mesma forma, seus pais percebiam necessidade de tratamento, considerando a estética bucal de seus filhos insatisfatória (MARQUES; PAIVA; PORDEUS, 2005).

Autores como Eisestein (2005), Marques et al (2009) e Bandran (2010) argumentam que o desejo de possuir uma boa aparência torna-se de especial relevância na adolescência. Esta fase caracteriza-se, entre outras coisas, por anseios e esforços em alcançar os objetivos relacionados às expectativas culturais da sociedade em que vive. Para o adolescente, o desejo de usar aparelho ortodôntico pode estar associado ao “*status*” ou modismo (MARQUES; PAIVA; PORDEUS, 2005). Dessa forma, o aparelho nos dentes configura-se como símbolo de modernidade e

alto poder econômico, corroborando os achados de estudos indicando que um dos principais benefícios obtidos pelo tratamento está na melhora da estética e do bem-estar (OLIVEIRA; SHEIHAM, 2004; PERES; TRAEBERT; MARCENES, 2002).

Ao mesmo tempo observou-se neste estudo que entre os adolescentes que percebiam necessidade de tratamento ortodôntico, a necessidade autopercebida aumentou com a recomendação clínica da necessidade de tratamento. Chen e Hunter (1996) argumentam que adolescentes tendem a ser mais sensíveis ao impacto causado pela condição de saúde bucal especialmente aos relacionados à aparência podendo influenciar seu desenvolvimento psicológico e interações sociais e afetando sua qualidade de vida.

Neste estudo, observou-se associação linear entre o desempenho das atividades diárias como comer, sorrir, falar e a maloclusão. Quanto maior a recomendação clínica de tratamento ortodôntico, maior a frequência de dificuldades para essas atividades. Resultados semelhantes foram observados por Oliveira e Sheiham (2004) em adolescentes paulistas de 15 a 16 anos.

Os sintomas de determinadas doenças bucais interferem não apenas na capacidade da pessoa sorrir, mas, também, causam problemas para falar e mastigar (INGLEHART; BAGRAMIAN, 2008). Entretanto os indivíduos tendem a relacionar os problemas oclusais mais à estética que a problemas funcionais (MONACO; BOCCUNI; MARCI, 2001).

Em estudo realizado com escolares de 11 a 12 anos no Peru foi observado que dentes mal posicionados foram a principal causa de impacto no sorriso de crianças (BERNABÉ; SHEIHAM; TSAKOS, 2007). Da mesma forma, em revisão de literatura sobre a qualidade vida entre grupos com oclusão aceitável e com má oclusão foi observado que as diferenças concentravam-se nas dimensões emocional e bem estar, e não nos sintomas e limitações funcionais relacionados à doença (KIYAK, 2008).

Em estudo recente com adolescentes brasileiros foi demonstrado que a presença de oclusopatia estava associada ao impacto na qualidade de vida

relacionada à saúde bucal nas dimensões física, psicológica e social (PERES; CASCAES; LEÃO; CÔRTEZ; VETTORE, 2013).

A aparência da face desempenha um papel psicossocial importante na vida e nas relações interpessoais. Além disso, as características mais comumente associados com a atração facial são os olhos e a boca constituindo-se em elementos-chave na interação social e sucesso no estabelecimento de relações interpessoais (OLIVEIRA; SHEIHAM, 2004).

A valorização da aparência dos dentes está associada com fatores econômicos, sociais e culturais. Argumenta-se que do ponto de vista sociológico é aceitável que membros de uma sociedade busquem satisfazer a necessidade e o desejo de alcançarem uma imagem corporal ou de um sorriso ideal. Dessa forma, a demanda por serviços ortodônticos pode ser uma resposta à avaliação social e ao conceito de estética vigente, que varia de indivíduo para indivíduo, e em diferentes populações, dependendo de suas tradições culturais. (KEROSUO *et al.*, 1995; PERES *et al.*, 2002).

Neste estudo a prevalência de mal oclusão foi de 32,2%, menor (35,2%) do que a dos adolescentes do inquérito de saúde bucal SB Brasil 2010 e maior (30,1%) do que a dos adolescentes da região Sul do mesmo estudo nacional. Em comparação com estudos internacionais esta prevalência foi maior do que a da Nigéria (22,2%), Espanha (31,5%) e menor do que o da Austrália (36,6%) do estudo com jovens espanhóis (BACA-GARCIA; BRAVO; BACA; JUNCO, 2004).

Observou-se associação entre renda familiar, escolaridade da mãe e do pai e a prevalência da mal oclusão. A proporção de adolescentes apresentando má oclusão aumentou à medida que diminuía a renda familiar e a escolaridade da mãe e do pai. A relação entre o nível socioeconômico e a mal oclusão não é consistente na literatura. Em estudo com escolares ingleses de 14 anos foi observado associação entre renda familiar e escolaridade e prevalência de mal oclusão. Tickle *et al.* (1999), constatou que havia maior prevalência e severidade de maloclusão em adolescentes negros ou pardos com menor acesso a serviço público de saúde. Entretanto, Marques *et al.*(2005) não encontraram associação entre o nível sócio econômico e

mal oclusão em adolescentes mineiros. Da mesma forma, Meyers e Hertzberg (1988) não observaram relação entre o grau de instrução dos pais e a necessidade de tratamento ortodôntico em crianças de 10 a 12 anos nos Estados Unidos da América.

A relação existente entre más-oclusões e fatores econômicos parece concentrar-se na forma de resolução desta condição de saúde bucal. O tratamento ortodôntico é sempre de alto custo, requerendo grande tempo de execução e profissionais altamente qualificados. Assim, a ausência de recursos financeiros para realizar o tratamento, afasta dessa possibilidade a maior parte da população brasileira (MARQUES; BARBOSA; RAMOS; JORGE; PORDEUS; PAIVA, 2005).

A presença e severidade das maloclusões quando relacionadas ao gênero não é consenso na literatura. Alguns autores afirmam não haver correlação significativa (OTUYEMI, 1999). Onyeaso (2004) também não observou diferença entre os sexos, em estudo com adolescentes de 12 a 18 anos. Baca et al.(2004), não encontrou diferenças entre os gêneros em estudo com adolescentes entre 14 e 20 anos, na Espanha. Da mesma forma, Frazão et al. (2002), em estudo com crianças paulistas, também não encontrou correlação entre maloclusão e gênero.

Neste estudo, foi observada maior prevalência de maloclusão entre os meninos. Este achado foi semelhante ao encontrado por Peres et al. (2002), em estudo com escolares entre 14 e 18 anos, em Florianópolis.

Estabelecer prioridades de tratamento ortodôntico parece urgente diante da implementação desse serviço pelo SUS. Entretanto, definir a necessidade de tratamento não tem sido uma tarefa fácil. A associação da avaliação subjetiva com a recomendação profissional torna a indicação ao tratamento mais adequada aumentando a cooperação e a motivação do indivíduo, aspectos relevantes principalmente quando a demanda é maior que a oferta de serviços.

A presente pesquisa encontrou resultados que apontam para a necessidade de mais estudos com o intuito de incorporar critérios subjetivos aos exames clínicos, pois ainda existem algumas questões a serem discutidas, como, por exemplo, a incorporação de medidas de qualidade de vida relacionadas à saúde

bucal, associadas ao diagnóstico clínico e de autopercepção. Compreender como os indivíduos percebem suas necessidades de tratamento e o impacto destas nas atividades cotidianas torna-se importante para estabelecer prioridades no tratamento ortodôntico, de maneira a promover a verdadeira saúde bucal coletiva.

7 CONCLUSÃO

A partir da análise dos resultados deste estudo concluiu-se que:

- Existe expressiva diferença entre a avaliação clínica de necessidade de tratamento ortodôntico medida por intermédio do DAI (*Aesthetic Dental Index*) e a autopercepção medida pelo Componente Estético (AC), do Índice de Necessidade de Tratamento Ortodôntico (IOTN). Entre os adolescentes que percebiam necessidade de tratamento ortodôntico por intermédio do IOTN, a necessidade autopercebida estava associada com a recomendação clínica da necessidade de tratamento mensurada por intermédio do DAI.
- Um terço dos adolescentes apresentavam mal oclusão clínica, mensurada pelo índice DAI.
- A classificação clínica de tratamento ortodôntico medida pelo DAI estava associada com o desempenho das atividades diárias comer, sorrir e falar.
- Os adolescentes cujos pais possuíam renda e escolaridade mais baixa apresentaram maior prevalência de mal oclusão.
- Escolares do sexo masculino apresentavam prevalência de mal oclusão mais alta do que os do sexo feminino.

REFERÊNCIAS

ABANTO J; CARVALHO T.S.; MENDES F.M.; WANDERLEY M.T.; BONECKER M.; RAGGIO D.P. Impacto f oral diseases and disorders on oral health- related quality of life of preschool children. **Community Dent oral Epidemiol**. 2011; 39(2):105-14.

ABERASTURY, A. **O adolescente e o mundo atual**. In: ABERASTURY, A., KNOBEL, M. Adolescência normal: Um enfoque psicanalítico. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981. 4ª Ed. cap.6. p88-90.

ADULYANON S; VOURAPUKJARU J; SHEIHAM A. Oral impacts affecting daily performance in a low dental disease Thai population. **Community Dent Oral Epidemiol**. 1996;24(6):385-9.

ADULYANON, S.; SHEIHAM, A. Oral impacts on daily performances. In: SLADE, G. D., (Ed.) **Measuring Oral Health and Quality of Life**. Chapel Hill: School of dentistry, University of North Carolina, 1997. P. 151-160

BACA-GARCIA, A.; BRAVO, M.; BACA, A. JUNCO, P. Malocclusions and orthodontic treatment needs in a group of Spanish adolescents using the dental aesthetic index. **Int. Dent. J.**, V.54, n.3, p. 138-142, june 2004

BALDANI, M.; FADEL, C.B.; POSSAMAI ,T.; QUEIROZ, M.G.S. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(4):1026-1035, jul-ago, 2005.

BANDRAN, A. B. The effect of malocclusion and self-perceived aesthetics on the self-esteem of a samole of jordanian adolescents. **Eur. J. Orthod.**, v. 32, n. 6, p. 638-44, 2010.

BERNABÉ, E.; SHEIHAM,A.; TSAKOS, G. Comprehensive evaluation of the Child- ODP validity: further evidence from Peru. **Community Dent Oral Epidemiol** 2007; 35: 111-6.

BÖNECKER, M.; SHEIHAM, A. Desenvolvimento de comportamentos e hábitos condutores à saúde bucal. In: Promovendo a saúde bucal na infância e adolescência: conhecimentos e práticas. Porto Alegre: Editora Santos, 2004. p.55-75.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto da Criança e do Adolescente** / Ministério da Saúde. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Populacional 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm> > Acessado em 17/12/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.132 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Condições de Saúde Bucal na População Brasileira: manual da equipe de campo. [Internet]. 2010. Disponível em:< <http://saúde.gov.br/bucal>> [Acesso em 2014 set 21].

CANGUILHEM, G. O conhecimento da vida. Tradução Vera Lucia Avellar Ribeiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012a. Cap. IV, p.171-5.

CANGUILHEM, G. O conhecimento da vida. Tradução Vera Lucia Avellar Ribeiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012b. Cap. IV, p.175-8.

CHEN, M.S.; HUNTER, P. Oral health and quality of life in New Zealand: a social perspective. **Soc Sci Med**. 1996;43(8):1213-22.

CONS, N.C.; JENNY, J.; KOHOUT, F.J.; FREER, T.J.; EISMANNND. Perceptions of occlusal conditions in Austrália, the German Democratic Republic and the United States of America. **Int Dent J**. 1983; 33(2):200-6.

DE OLIVEIRA, C.M.; SHEIHAM, A. Orthodontic treatment and its impact on oral health-related quality of life in Brazilian adolescents. **J Orthod** 2004; 31: 20–27.

DIAS, P. F.; GLEISER, R. O índice de necessidade de tratamento ortodôntico como um método de avaliação em saúde pública. **Rev Dent Press Ortodon Ortop Facial**. 2008; 13(1):74-81.

DINIZ, D; BARBOSA, L.; SANTOS, W. R. D. Deficiência, direitos humanos e justiça. **Rev. int. direitos human**. 2009, v. 6, n. 11.

DRACKER, H.L. Handicapping labio-lingual deviati- ons: a propose index for public health purposes. **Am. J. Orthodontics** 1960; 46(4):295-305.

EISENSTEIN, E. Adolescência: definições, conceitos e critérios . **Adolesc Saude**. 2005;2(2):6-7.

FRAZÃO, P. et al. Prevalência de oclusopatia na dentição decídua de crianças na cidade de São Paulo, Brasil, 1996. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1197-1205, set./out. 2002.

GHERUNPONG, S.; TSAKOS, G.; SHEIHAM, A. The prevalence and severity of oral impacts on daily performances in Thai primary school children. **Health Qual Life Outcomes** 2004; 2:57.

Gomes, A.S.; Abegg, C. O impacto odontológico no desempenho diário dos trabalhadores do Departamento Municipal de Limpeza Urbana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil; **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 1707-1714, 2007.

GOSNEY, B. An investigation into some of the factors influencing the desire for orthodontic treatment. **J Orthod**. 1986; 13(2):87-94.

HANGCOCK, P.A.; BLINKHORN, A.S. A comparison of the perceived and normative needs for dental care in 12-year-old children in the northwest of England. **Community Dent Health**. 1996; 13(2):81-5.

INGLEHART, M.B.; BAGRAMIAN, A.R. Oral health related quality of life. Chicago: Ed. Quintessence; 2008

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo populacional 2010. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010.

JENKINS, P. M.; FELDMAN, B. S.; STIRRUPS; D. R. The effect of social class and dental features on referrals for orthodontic advice and treatment. **Br. J. Orthod.**, Oxford, v. 11, no. 4, p. 185–188, Oct. 1984.

KEROSUO, H.; HANSEN, H.; LAINE, T.; SHAW, W.C. The influence of incisal malocclusion on the social attractiveness of young in Finland. **Eur J Orthod**.1995; 17(6):505-12.

KIYAK, H.A. Does orthodontic treatment affect patients quality of life? **J Dent Educ**, Washington, v.72, n.8, p.886-94, ago. 2008.

LANDIS, J.R.; & KOCH, G.G. The measurement of observer agreement for categorical data. **Biometrics**, 1977; 33 (1): 159–174.

LEAL, S.C.; BRONCKHORST, E.M.; FAN, M.; FRENCKEN, J.E. Untreated cavitated dentine lesions: impact in children's quality of life. **Caries Res**. 2012;46(2): 102-6.

LOCKER, D. Measuring oral health: sócio-dental indicators. In: LOCKER, D. (Ed.) An introduction to behavioral science & dentistry. New York/ London: Routledge, 1989. P. 73-101.

LUNN, H.; RICHMOND, S.; MITROPOULOS, C. The use of the Index of Orthodontic Treatment Need (IOTN) as a public health tool: a pilot study. **Community Dent. Health**, London, v. 10, nº. 2, p. 111-121, June 1993.

MANDALL, N.A.; MCCORD, J.F.; BLINKHORN, A.S.; WORTHINGTON, H.V.; O'BRIEN, K.D. Perceived aesthetic impact of malocclusion and oral self-perceptions in 14-15 year-old Asian and Caucasian children in greaterManchester. **Eur J Orthod.** 1999; 22(2):175-83.

MARQUES et al. : Factors associated with the desire for orthodontic treatment among Brazilian adolescents and their parentes **BMC Oral Health** 2009, 9:34

MARQUES, L.S. Repercussão estética da má-oclusão em adolescentes de Belo Horizonte [dissertação]. Belo Horizonte (MG):Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Odontologia;2004.

MARQUES, L.S.; PAIVA, S.M.; PORDEUS, I.A. Prevalência da maloclusão e necessidade de tratamento ortodôntico em escolares de 10 a 14 anos de idade em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: enfoque psicossocial. **Cad Saúde Pública** 2005; 21:1099-106.

MARQUES, L.S. et al. Prevalência de maloclusão e necessidade de tratamento ortodôntico em escolares de 10 a 14 anos de idade em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: enfoque psicossocial. **Cad. Saúde Pública**, v. 21,n. 4, p. 1099-1106, 2005 .

MEYERS, A.; HERTZBERG, J. Bottle-feeding and malocclusion: is there an association? **Am. J. Orthod. Dentofacial Orthop.**, St. Louis, v. 93, no. 2, p. 149-152, Feb. 1988.

MONACO,A.; BOCCUNI, M.; MARCI, M.C. Indici di necessita di trattamento in ortodonzia: l' applicabilita del DAI (Dental Aesthetic Index). *Minerva Stomatol* 2001;46:279-86.

MOURE-LEITE, F.R.; RAMOS-JORGE, J.; RAMOS-JORGE, M.L.; PAIVA, S.M.; VALE, M.P.; PORDEUS, I.A. Impacto of dental pai non daily living of five-years-old Brazilian preschool children: prevalence and associated factors. **Eur Arch Paediatr Dent.** 2011; 12(6): 293-7.

NARVAI P.C., FRAZÃO P. Epidemiologia, política, e saúde bucal coletiva. In: ANTUNES JLF, PERES MA. Epidemiologia da saúde bucal. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2006. p. 346-62.

OLIVEIRA, C.M.; SHEIHAM, A. Orthodontic treatment and its impact on oral health-related quality of life in Brazilian adolescents. **J Orthod**. 2004; 31(1):20-7.

ONYEASO, C.O. Orthodontic treatment need of nigerian outpatients with Dental Aesthetic Index. **Aust Orthod J**. 2004; 20 (1): 19-23.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Levantamentos básicos em saúde bucal. São Paulo: Editora Santos;1999.p. 1-66.

OTUYEMI OD, OGUNYINKA A, DOSUMU O, CONS NC, JENNY J. Malocclusion and orthodontic treatment nees of secundar achool students in Nigeria according to the Dental Aesthetic Index (DAI). *Int Dent J* 1999; 49: 203-10.

PERES K.G.; TRAEBERT E.S.A.; MARCENES W. Diferenças entre autopercepção e critérios normativos na identificação das oclusopatias. **Rev Saúde Pública**. 2002; 36(2):230-236.

PERES KG, CASCAES AM, LEÃO ANT, CÔRTES MIS, VETTORE, MV. Aspectos sociodemográficos e clínicos da qualidade de vida relacionada à saúde bucal em adolescentes. **Rev Saúde Pública** 2013;47(supl 3): 19-28.

PERES KG, PERES MA, ARAUJO CL, MENEZES AM, HALLAL PC. Social and dental status along the life course andoral health impacts in adolescents: a population-based birth cohort. **Health Qual Life Outcomes**. 2009;7:95.

PERES KG, TRAEBERT ESA, MARCENES W. Diferenças entre autopercepção e critérios normativos na identificação das oclusopatias. **Rev Saúde Pública**. 2002; 36(2):230-236.

PERES, K. G.; TRAEBERT, E.; MARCENES, W. Diferenças entre autopercepção e critérios normativos na identificação de oclusopatias. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 230-236, 2002 .

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Educação. Censo Escolar. [Internet]. 2009. Disponível em: <<http://www.educacao.rs.gov.br/pse/html/estatisticas.jsp?ACAO=acao1> >. Acesso em: 21 set. 2014.

SHAW W.C.; MEEK S.C; JONES DS. Nicknames, teasing harassment and the salience of dental features among school children. **Br J Orthod**.1980;7(2):75-80.

SHAW WC, LEWIS HG, ROBERTSON NRE. Perception of malocclusion. **Br Dental J**.1975;138(6):211-6.

SHEIHAM A. Determinação de necessidades de tratamento odontológico: uma abordagem social. In: Pinto VG, organizador. Saúde bucal coletiva. São Paulo: Editora Santos; 2000. p. 223-250.

SILVA, S. R. C.; FERNANDES, R. A. C. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. *Rev. Saúde Públ*, v. 35, n. 4, p. 349-55, 2001

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

TANNER JM. Growth at Adolescence. 2 ed. Oxford: Blackwell, 1962

TICKLE, M; KAY, E.J.; BEARN, D. Socio-economic status and orthodontic treatment need. *Community Dent Oral Epidemiol* 1999; 27: 413–8. C Munksgaard, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Calibration of examiners for oral health epidemiological surveys. Geneva: WHO; 1993.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. International classification of impairments, disabilities and handicaps. Geneva: WHO; 1980.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Young People's Health : a Challenge for Society. Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All. Technical Report Series 731. Geneva: WHO; 1986.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Oral health surveys: basic methods. 4th ed.
Geneva: WHO; 1997.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Ficha de Exame Epidemiológico;

APÊNDICE B - Questionário de Avaliação Socioeconômica, Autopercepção e Acesso a Saúde Bucal – 15 A 19 anos;

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;

APÊNDICE A - FICHA EXAME EPIDEMIOLÓGICO

Ficha de Exame

MUNICÍPIO

Nº QUESTIONÁRIO

ESCOLA

SEXO

IDADE

COR/RAÇA

EXAMINADOR

ANOTADOR

| OCCLUSÃO DENTÁRIA – DAI (12 E 15 A 19 ANOS) | | | | | | | | | | | | FLUOROSE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--------------------------|--|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|----|-------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| DENTIÇÃO | | | | | | | | | | Número de incisivos, caninos e pré-molares perdidos | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 12 ANOS 15 A 19NOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ESPAÇO | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | | | | | ALTERAÇÕES TECIDOS MOLES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Apinhamento na região de incisivos | | Espaçamento na região de incisivos | | Diastema em mm | | Desalinhamento maxilar em mm | | Desalinhamento mandibular em mm | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OCCLUSÃO | | | | | | | | | | | | | | 0 = Não 1 = Sim | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Overjet maxilar anterior em mm | | Overjet mandibular anterior em mm | | Mordida aberta vertical anterior em mm | | Relação molar antero-posterior | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CÁRIE DENTÁRIA E NECESSIDADE DE TRATAMENTO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> ← → </div> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td></td><td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>55</td><td>54</td><td>53</td><td>52</td><td>51</td><td>61</td><td>62</td><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td> </tr> <tr> <td>COROA</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>TRAT.</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td><td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>85</td><td>84</td><td>83</td><td>82</td><td>81</td><td>71</td><td>72</td><td>73</td><td>74</td><td>75</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td> </tr> <tr> <td>COROA</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>TRAT.</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> ← → </div> | | | | | | | | | | | | | | | | | 18 | 17 | 16 | 55 | 54 | 53 | 52 | 51 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | 26 | 27 | 28 | COROA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | TRAT. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 48 | 47 | 46 | 85 | 84 | 83 | 82 | 81 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | 36 | 37 | 38 | COROA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | TRAT. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 18 | 17 | 16 | 55 | 54 | 53 | 52 | 51 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | 26 | 27 | 28 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| COROA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TRAT. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 48 | 47 | 46 | 85 | 84 | 83 | 82 | 81 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | 36 | 37 | 38 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| COROA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TRAT. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DOENÇA PERIODONTAL CPI | | | | <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>17/16</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>11</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>26/27</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>36/37</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>31</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>46/47</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table> | | | 17/16 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 11 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 26/27 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 36/37 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 31 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 46/47 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | TRAUMATISMO DENTÁRIO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17/16 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 26/27 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 36/37 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 31 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 46/47 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>12</td><td>11</td><td>21</td><td>22</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>42</td><td>41</td><td>31</td><td>32</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table> | | 12 | 11 | 21 | 22 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 42 | 41 | 31 | 32 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | 11 | 21 | 22 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 42 | 41 | 31 | 32 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | SANGRAMENTO GENGIVAL | | CALCULO DENTÁRIO | | BOLSA PERIODONTAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

APÊNDICE C

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TÍTULO DA PESQUISA: Impacto da estratégia da saúde da família no perfil epidemiológico de saúde bucal no RS

Esclarecimentos

Este é um convite para você participar desta pesquisa que está sendo realizada pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do RS em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde do RS e Secretarias Municipais sob coordenação da professora Claides Abegg. O objetivo é investigar as possíveis mudanças ocorridas na prevalência e severidade das doenças bucais de populações de cidades RS cobertas com a estratégia de saúde da família comparativamente com o perfil de saúde bucal de cidades onde o programa não foi implantado

Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

Nessa investigação científica, serão examinados os dentes e as gengivas de crianças e adolescentes da população do seu município, escolhidos por sorteio. O exame é uma observação da boca, feita na própria escola ou na residência, com toda técnica, segurança e higiene, conforme normas da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde. Não representa riscos nem desconforto para quem será examinado. Os dados individuais não serão divulgados em nenhuma hipótese, mas os resultados da pesquisa ajudarão muito a prevenir doenças bucais e melhorar a saúde de todos. Os riscos relativos à sua participação nesta pesquisa são mínimos e os benefícios que você terá serão indiretos e relacionados a um melhor conhecimento a respeito das doenças bucais na população de modo a organizar os serviços de maneira mais racional e efetiva.

Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Caso seja detectado algum problema de saúde bucal que exija atendimento odontológico, você será devidamente encaminhado a uma Unidade de Saúde, onde será atendido.

Caso tiver qualquer pergunta sobre este estudo, sobre os seus direitos como participante deste estudo ou se pense que foi prejudicado pela sua participação, pode contatar a pesquisadora Helenita Corrêa Ely pelo e-mail: hely@puccrs.br ou pelo telefone 51-3320.3562. Esta pesquisa foi submetida à análise e aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria da Saúde do RS, o qual pode ser acessado a qualquer momento no endereço Av. Ipiranga, nº 6311- Porto Alegre/RS ou pelo fone 3901.1533 / 3901.1477.

Consentimento Livre e Esclarecido – Para participante individual

Declaro que compreendi os objetivos deste estudo, como ele será realizado, os riscos e benefícios envolvidos na pesquisa **Impacto da estratégia da saúde da família no perfil epidemiológico de saúde bucal no RS** e autorizo a realização do exame.

Data ____/____/____

Nome em letra de forma

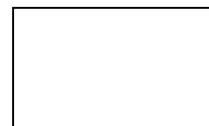
Assinatura ou impressão dactiloscópica

Consentimento Livre e Esclarecido – Para Pais ou Responsáveis

Declaro que compreendi os objetivos deste estudo, como ele será realizado, os riscos e benefícios envolvidos na pesquisa **Impacto da estratégia da saúde da família no**

perfil epidemiológico de saúde bucal no RS e autorizo a realização do exame em_____.

Responsável



Nome em letra de forma

Assinatura ou impressão dactiloscópica

Pesquisador

Nome em letra de forma

Assinatura

ANEXOS

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética na pesquisa em saúde – Escola de Saúde Pública;

ANEXO B – Aprovação do Comitê de Ética na pesquisa em saúde – Escola de Saúde Pública;

ANEXO C – Parecer da Comissão de Pesquisa da UFRGS.

ANEXO A



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

COMITÊ DE ÉTICA NA PESQUISA EM SAÚDE
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA

PARECER DE APROVAÇÃO

Data da aprovação: 28/04/2011

Protocolo CEPS-ESP n.º 624/11

Projeto: " IMPACTO DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA NO PERFIL
EPIDEMIOLÓGICO DE SAÚDE BUCAL NO RS "

Pesquisadora: Helenita Corrêa Ely

Orientadora: Cláides Abegg

Este projeto está de acordo com as normas éticas e metodológicas do Comitê de Ética na Pesquisa em Saúde da Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul e conforme a Resolução CNS n.º 196/96.

Comitê de Ética na Pesquisa em Saúde
Escola de Saúde Pública/SES/RS

ANEXO B



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

Of. CEP/ESP- 49/2011

Porto Alegre, 28 de abril de 2011.

Senhor(a) Pesquisador(a)

O Comitê de Ética na Pesquisa em Saúde da Escola de Saúde Pública da Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul apreciou e **aprovou** o seu protocolo de pesquisa número **624/11** intitulado: " **IMPACTO DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA NO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE SAÚDE BUCAL NO RS** ". Diante disso, considerou que o mesmo tem relevância para a ciência e encontra-se ética e metodologicamente adequado.

Solicitamos que, ao final da pesquisa, seja entregue uma via para esse Comitê.

Comitê de Ética na Pesquisa em Saúde

da ESP/SES/RS

A(o)
Pesquisador(a)
Helenita Corrêa Ely
UFRGS
N/C

Av. Ipiranga, 6311 - Bairro Partenon - CEP 90.610-001 - Porto Alegre - RS
Telefone: (51) 3901.1533 - Fax: 3901.1493 - E-mail: [ceps-
esp@saude.rs.gov.br](mailto:ceps-esp@saude.rs.gov.br)

ANEXO C

PARECER DA COMISSÃO DE PESQUISA

Parecer aprovado em reunião do dia 01 de abril de 2011 ATA 02/11.


A Comissão de Pesquisa da Faculdade de Odontologia, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, após análise aprovou por estar adequado e metodologicamente de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o seguinte Projeto:

PROJETO: N°15370. IMPACTO DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA NO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE SAÚDE BUCAL NO RS.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Profa. CLAÍDES ABEGG
OUTROS PESQUISADORES: Fernando Neves Hugo.



Porto Alegre, 01 de abril de 2011.


Profa. Dra. Deise Ponzoni
Coordenadora da Comissão de Pesquisa

Profa. Deise Ponzoni
Coordenadora da COMPEAQ/ODO