

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

**REPRODUTIBILIDADE DE QUESTIONÁRIOS DE
QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE
BUCAL (SOHO-5 E OHIP-14)**

MARCOS ALEXANDRE CASIMIRO DE OLIVEIRA

SAPIENTIA AEDIFICAT

2015

MARCOS ALEXANDRE CASIMIRO DE OLIVEIRA

**REPRODUTIBILIDADE DE QUESTIONÁRIOS DE QUALIDADE DE
VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL (SOHO-5 E OHIP-14)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia, da Universidade Federal da Paraíba, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Odontologia – Área de Concentração em: Ciências Odontológicas.

Orientador: Prof. Dr. Fábio Correia Sampaio

João Pessoa

2015

O48r

Oliveira, Marcos Alexandre Casimiro de.

Reprodutibilidade de questionários de qualidade de vida relacionada à saúde bucal (SOHO-5 e OHIP-14) / Marcos Alexandre Casimiro de Oliveira.- João Pessoa, 2015.

68f.

Orientador: Fábio Correia Sampaio

Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS

1. Odontologia. 2. Saúde bucal - condição. 3. Qualidade de vida. 4. Teste-reteste.

UFPB/BC

CDU: 616.314(043)

MARCOS ALEXANDRE CASIMIRO DE OLIVEIRA

REPRODUTIBILIDADE DE QUESTIONÁRIOS DE QUALIDADE DE
VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL (SOHO-5 E OHIP-14)

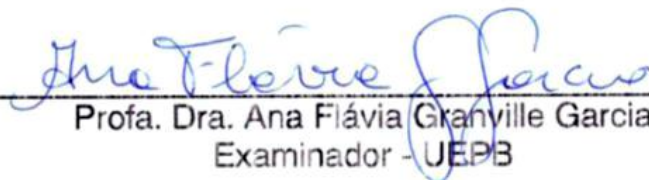
Banca Examinadora



Prof. Dr. Fábio Correia Sampaio
Orientador - UFPB



Prof. Dr. Franklin Delano Soares Forte
Examinador - UFPB



Profa. Dra. Ana Flávia Granville Garcia
Examinador - UFPB

“Estou aqui, onde sempre quis estar, devo tudo isso a ti...”

Dedico mais este capítulo, como todas as conquistas a minha mãe, por ter me guiado desde os primeiros passos...

AGRADECIMENTOS

A Deus, que apesar de que “I didn’t know my own strenght”, sempre mostrou uma forma de superar todos os obstáculos, deu-me forças para seguir em frente e colocou as pessoas certas, nos lugares certos e nos momentos em que eu mais precisei... Conheci todos os meus limites, mas nunca me deixou desistir.

A meus irmãos, Márcya, minha eterna menina, Max, grande companheiro, exceto nos momentos de cantoria pela madrugada..., Charles, minha referência, por estarem sempre ao meu lado, independente da distância física e, aos agregados... Roberta (“separados na maternidade”), minha irmã colateral que sempre alimenta e engorda meus sonhos... Paris continua ali...

Aos dois “meninos de tio”, Maria Luísa e Pedro, que deram um novo sentido a vida! Não há cansaço ou problema que resista a um “chegue cá, titio”, ou “tio, tio, tio...”.

A “Tiquinha” que atura o meu bom humor matinal diariamente, sempre disposta a ajudar, mesmo quando insisto que não precisa...

Aos meus amigos Kerubina, Diassis que trabalham pesado me aconselhando durante as nossas reuniões na Tarandella, arrancando-me, ainda que temporariamente, das 1001 atividades que eu deveria estar fazendo e *tantas otras cositas más*. A Mariana, que mesmo escondida em um povoado distante, sempre dá um jeito de mandar um sinal de fumaça, A Luiza e sua “gasolina”, uma advogada, atriz, cantora, dançarina, velhinha gagá e etc. que eu tive a sorte de conhecer. A Pedro Jubert, parceiro dos tempos de música, a Karol, a alegria em pessoa, a Ayanne, a verdadeira “Master Chef”, Thiago, que eu quase nunca vejo, mas sempre posso contar, a Polliana pela nossa parceria e amizade de “trocentos” anos... sempre calma, tranquila... A Alci, Palmério, Ruan, Talita e Juninho por me tratarem como da família.

A Mayara, que apesar de nosso pouco tempo de convivência, sei que está olhando por mim lá de cima. Obrigado por me ensinar a “Don’t stop believin”.

A Ariana (doutora) por toda a ajuda, puxões de orelha, sempre disponível, alguém que eu tenho certeza que sempre posso contar. Agora espero a retribuição na sua dissertação...

A Mariângela, “parêa” desde a graduação, especialização, mestrado e para o resto da vida. Obrigado por toda ajuda e, principalmente, pelo convite a fazer aquela seleção, sem dúvidas, você é uma das responsáveis por eu ter chegado até aqui.

A Raquel, que desde a graduação sempre me deu forças e abriu portas para que eu pudesse crescer. Um dia chego aos seus pés!

Aos amigos que o trabalho me proporcionou, Simone, parceira na espera interminável do ponto eletrônico, A Anacely e Ramon por toda ajuda, confiança, flexibilização e todo “jeitinho” para que eu pudesse conciliar os trabalhos e o mestrado. A Petrócia, Cida, Leidiane e Mickaelle por tornarem o “trabalho menos trabalhoso”.

A Larissa (Sinhá), Faby, as Gabys (Gabriella e Gabrielle), Vanessa, Bella (Juliana), Izaura, Karla e tantos outros amigos que fiz e reencontrei no mestrado.

A todos os professores que participaram da construção da minha vida profissional, em especial ao Prof. Franklin por todo apoio desde a graduação, parceria do Projeto Colgate, todos os conselhos mesmo quando estava mais estressado que eu e por ter me indicado ao Prof. Fábio.

Aos professores André e Paulo Bonan que juntamente com o prof. Franklin participaram da pré-banca e ajudaram na construção desse trabalho.

A turma do Labial, Alan, Carlos, Soraya, Morgana e tantos outros que passam por lá.

Ao prof. Fábio por todos os ensinamentos, por ter sido, literalmente um ORIENTADOR durante minha estadia na Universidade e fora dela, obrigado pelo convite a voltar ao mundo acadêmico, apesar de uma vez eu já ter rejeitado. Obrigado por ter insistido e aceitado de volta aquele orientando sem experiência, mas que o senhor tem guiado para que eu pudesse chegar cada vez mais longe.

Obrigado por ter acreditado em mim, quando nem eu acreditava, obrigado por todos os projetos e desafios que me proporcionou.

E por fim, gostaria de agradecer a meu pai, José, que durante muito tempo, nossos problemas e entraves nos ofuscaram, mas hoje, acredito que de onde estiver, torce por nós cinco...

Depois de muitos “obrigados”, agora: TUDO CERTO!

“With every broken bone, I swear I lived”

(One Republic)

*“Depois de tanto caminhar,
depois de quase desistir, os
mesmos pés cansados
voltam pra você...”*

(Sandy)

RESUMO

O uso de questionários em estudos epidemiológicos tem permitido um conhecimento mais amplo sobre as condições bucais adversas que afetam a qualidade de vida. Dessa forma, podem ser importantes aliados para o desenvolvimento de políticas de saúde pública e estratégias de prevenção e tratamento. Assim, o objetivo deste trabalho foi avaliar a reprodutibilidade de questionários de qualidade de vida relacionada à saúde bucal, o SOHO-5 (*Scale Oral Health Outcomes for Five-Year-Old Children*– versão da criança) para as crianças de 05 anos e OHIP-14 (*Oral Health Impact Profile*) para os escolares de 12 anos aplicados a escolares da rede pública de um município de pequeno porte do sertão paraibano. Para tanto, um único examinador (κ intraexaminador=0,82) contou com o censo de todas as crianças disponíveis, totalizando 59 escolares com 05 anos e 39 com 12 anos que foram submetidos a um exame clínico com base nos critérios da Organização Mundial de Saúde para cárie dentária (CPO-D e ceo-d) e aplicação de um questionário de qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Após o período de trinta dias, esse processo foi repetido com reprodução das mesmas condições de aplicação. Como resultados, verificou-se que as variáveis do SOHO-5: “dificuldade de brincar” (κ =-0,042); “dificuldade de comer” (κ =0,112), “dificuldade de beber” (κ =0,028) e “dificuldade para dormir” (κ =0,184) mostraram-se mais vulneráveis nos dois momentos avaliação do questionário. O OHIP-14 mostrou concordância regular para o item: “ficou preocupado por causa de problemas nos seus dentes/sua boca” (κ =0,256) e concordância moderada para “problema para falar alguma palavra” (κ = 0,505), “dores em sua boca ou dentes” (κ = 0,408), “parar suas refeições” (κ = 0,437) e “sentiu-se envergonhado” (κ = 0,402). Dessa forma, não houve concordância entre o padrão de resposta das crianças de 5 anos nos dois momentos de aplicação do questionário para todos os itens e concordância de regular a moderada entre as respostas das crianças de 12 anos. Contudo, apesar de alterar o padrão de respostas, o OHIP-14 apresentou melhor reprodutibilidade que o SOHO-5.

Palavras-chave: Odontologia. Saúde bucal - condição. Qualidade de vida; Teste-reteste

ABSTRACT

The use of questionnaires in epidemiological studies has allowed a broader knowledge of the adverse oral conditions that affect the quality of life. This way, may be important ally to development of public health politics and strategies of prevention and treatment. Thus, the objective of this paper was to evaluate the reproducibility of oral health-related quality of life, SOHO-5 (*Scale Oral Health Outcomes for Five-Year-Old Children – children version*) for 5-years-old children and OHIP- 14 (*Oral Health Impact Profile*) for 12 years school applied to public school students of a small city of Paraiba outback. To this end, an only examiner (intra-examiner kappa = 0.82) had a census of all children available, totaling 59 students with 05 years and 39 to 12 years who underwent a clinical examination based on World Health Organization criteria to dental cavity (DMFT) and application of a quality of life questionnaire related to oral health. After the thirty-day period, this process was repeated reproduction of the same application conditions. As the results, it was found that the variables of the SOHO-5: “difficulty playing” (kappa=-0,042); “difficulty eating” (kappa=0,112); “difficulty drinking” (kappa=0,028) and “difficulty sleeping” (kappa=0,184) showed more vulnerable in the two moments assessment questionnaire. The OHIP-14 showed regular agreement for the item: "he was worried because of problems with their teeth/her mouth" (kappa=0,256), and moderate agreement for "problem to speak a word" (kappa = 0.505), "pain in your mouth and teeth" (kappa = 0.408), "for your meals" (kappa = 0.437) and "felt ashamed" (kappa = 0.402). There was no correlation between the response pattern of children under 5 years in both the questionnaire application moments for all items and agreement to regulate moderate between the responses of children under 12. However, although of changing the standard of responses, the OHIP-14 showed better reproducibility than the SOHO-5.

Keywords: Dentistry. Oral Health - condition. Quality of Life. Test-Retest

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AUQEI – Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Imagé

CHQ – Child Health Questionnaire

ECOHIS – Early Childhood Oral Health Impact Scale

MSIS-29 – Multiple Sclerosis Impact Scale

OHIP – Oral Health Impact Profile

OMS – Organização Mundial de Saúde

QVRSB – Qualidade de vida relacionada a saúde bucal

IPAQ – International Physical Activity Questionnaire

SF12 – Short-Form Health Survey

SF-36 – Medical Outcomes Study Questionnaire

SIP – Sickness Impact Profile

SOHO-5 – Scale of Oral Health Outcomes for 5-year-old Children

WHOQOL-100 – Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da OMS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Tabela 1 – Distribuição dos entrevistados segundo as características sociodemográficas, 2015.....	23
Tabela 2 – Distribuição dos entrevistados relação às condições comportamentais avaliadas, 2015.....	24
Tabela 3 – Experiência de cárie dentária com relação aos índices ceo-d/CPO-D nas faixas etárias de 5 e 12 anos, respectivamente, 2015.....	25
Tabela 4 – Distribuição das médias do SOHO-5 e OHIP-14, 2015.....	26
Tabela 5 – Reprodutibilidade (teste e reteste) dos itens do SOHO-5, 2015..	27
Tabela 6 – Reprodutibilidade (teste e reteste) dos itens do OHIP-14, 2015.	27
Tabela 7 – Relação da presença de cárie dentária e o SOHO-5 nos dois momentos de aplicação, 2015.....	28
Tabela 8 – Relação da presença de cárie dentária e o OHIP-14 nos dois momentos de aplicação, 2015.....	29

SUMÁRIO

1	Introdução.....	1
2	Revisão de Literatura.....	3
2.1	Saúde bucal e qualidade de vida.....	3
2.2	Questionários de qualidade de vida relacionados à saúde bucal.....	5
2.2.1	OHIP-14.....	9
2.2.2	SOHO-5 (versão da criança).....	11
2.3	Validação e reprodutibilidade de instrumentos de coleta de dados...	13
3	Proposição.....	17
3.1	Objetivo geral.....	17
3.2	Objetivo específico.....	17
4	Metodologia.....	18
a.	Considerações éticas.....	18
b.	Descrição do estudo.....	18
c.	Universo e Amostra.....	19
d.	Critérios de inclusão e exclusão.....	20
e.	Instrumentos utilizados.....	20
f.	Coleta de dados.....	21
g.	Análise dos dados.....	22
5	Resultados.....	23
6	Discussão.....	30
7	Conclusão.....	36
	Referências.....	37
	Anexos.....	47
	Apêndices.....	50
	Apêndice A.....	50
	Apêndice B.....	51
	Apêndice C.....	52
	Apêndice D.....	54

1 INTRODUÇÃO

A cárie dentária tem um impacto negativo na qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças (ABANTO *et al.*, 2011) porquanto a cárie não tratada pode provocar limitações no cotidiano das pessoas por desencadear dores e perdas dentárias, as quais contribuem para geração de mudanças biopsicossociais que poderão interferir na qualidade de vida dos indivíduos haja vista afeta o ganho de peso, crescimento e qualidade de vida, bem como o desenvolvimento cognitivo das crianças pré-escolares (SHEIHAM, 2006; COSTA; VASCONCELOS; ABREU, 2013).

Dessa forma, o interesse pela associação entre qualidade de vida e saúde bucal em crianças e adolescentes vem aumentando, uma vez que as desordens orais podem repercutir negativamente na qualidade de vida destes indivíduos. Neste sentido, questionários que visam avaliar o impacto da saúde bucal no bem-estar têm sido desenvolvidos e adaptados para estes grupos específicos (BARBOSA *et al.*, 2010).

A avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB) em crianças reflete a percepção destes sobre a própria saúde bucal e com isso pode melhorar a comunicação entre pacientes, pais e a equipe odontológica (WEINTRAUB, 1998).

A versão brasileira do SOHO-5 (versão dos pais e a das crianças) tem-se mostrado um instrumento satisfatório com validade de constructo, confiabilidade teste-reteste e propriedades de reprodutibilidade (ABANTO *et al.*, 2013b) podendo ser utilizado para esta finalidade.

O OHIP-14 é um questionário extensamente utilizado para avaliação da QVRSB por apresentar validade de critério e constructo. E, segundo Slade (1997), este instrumento é útil para discriminar entre grupos de indivíduos com melhor (sem cáries, perda de dentes ou necessidades de tratamento) e pior saúde oral (presença de cárie, a experiência de perda dentária e com necessidades de tratamento).

Assim, é importante avaliar a eficácia das intervenções clínicas para tratar os problemas bucais, com utilização da qualidade de vida como um dos principais parâmetros (ABANTO *et al.*, 2013b).

Com isso, espera-se que os profissionais de saúde apliquem novas práticas clínicas e atuem diretamente na promoção de saúde voltada a uma melhor qualidade de vida da população, uma vez que a avaliação do efeito de doenças e condições sociais pode ser de grande valor para pesquisadores, planejadores de saúde e prestadores de cuidados de saúde bucal (JOKOVIC *et al.*, 2002).

Entretanto, como a maioria dos indicadores de qualidade de vida relacionada à saúde é desenvolvida em língua inglesa e tem como população alvo indivíduos de países que falam inglês, faz-se necessária a adaptação de instrumentos para que estes mantenham a confiabilidade e a validade do questionário original. Com isso, a reprodutibilidade destes instrumentos precisa ser avaliada, uma vez que o mesmo instrumento validado num determinado país pode sofrer dificuldade de interpretação quando aplicado a diferentes regiões e culturas dentro do mesmo país (CICONELLI *et al.*, 1999).

Além disso, avaliar o impacto da condição bucal na qualidade de vida das crianças é um fenômeno complexo, não só porque a infância é um período com imensas mudanças em consciência psicossocial, mas também porque as características físicas das crianças tendem a mudar rapidamente (MCGRATH *et al.*, 2004)

Portanto, este estudo se propôs avaliar a reprodutibilidade dos instrumentos de mensuração de qualidade de vida, aplicado em um município de pequeno porte com IDH relativamente baixo, segundo o IBGE (2014), uma vez que a maioria dos questionários de QVRSB validados e aplicados no Brasil, como o OHIP-14 (Oliveira, Nadanovsky, 2005) e o SOHO-5 (Abanto *et al.*, 2013a) foram avaliados na região sudeste, num contexto social e cultural completamente diferente da região nordeste.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Saúde bucal e qualidade de vida

Segundo o conceito consagrado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde pode ser definida como o estado completo de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença. Assim, tal conceito está diretamente associado com qualidade de vida da população. A saúde, nesse sentido, é resultado de um processo de produção social e sofre influência direta das condições de vida, de bens e de serviços (BRASIL, 2009).

Esse conceito permite concluir que um indivíduo – mesmo não apresentando qualquer alteração fisiológica – para ser considerado saudável, necessita viver com qualidade. Dessa forma, a mensuração da saúde não deve se restringir apenas à ausência de doenças ou agravos e passa a ser importante considerar as todas as dimensões envolvidas nesse processo, bem como as repercussões dos problemas de saúde da vida diária dos indivíduos (CASTRO; PORTELA; LEÃO, 2007).

Portanto, classificar a saúde em “boa, má ou razoável” é também definir a qualidade de vida, haja vista a primeira surge das condições da classe social, das relações no trabalho, da alimentação, da moradia, do saneamento básico, do meio ambiente saudável, do acesso à educação, ao transporte, ao lazer, aos serviços de saúde e de tudo o que diz respeito à vida (BASTOS *et al.*, 1996).

Problemas bucais, como: cárie dentária, maloclusões e lesões dentárias traumáticas, são comuns entre crianças em idade escolar. E, as repercussões negativas destes na qualidade de saúde bucal das crianças de vida podem incluir dor bucal, dificuldade na mastigação, ansiedade ou mesmo sensação de angústia sobre sua boca e sobre os dias em que perdeu escola devido aos altos níveis de cárie dentária, os quais podem ter grande impacto na vida deste público. (BARBOSA *et al.*, 2013; FOSTER *et al.*, 2013; SCHUCH *et al.*, 2015).

Assim, a qualidade de vida pode ser definida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores

nos quais ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHO, 1997).

Como a saúde bucal é parte da saúde geral e essencial para a manutenção da qualidade de vida (YIENGPRUGSAWAN; SOMKOTRA, 2011), o termo qualidade de vida relacionada à saúde bucal vem sendo utilizado para referir-se ao impacto da saúde ou das doenças bucais na vida cotidiana das pessoas (AL SHAMRANY, 2006).

Dessa forma, o desenvolvimento de indicadores que relacionem problemas bucais com a qualidade de vida surgiu da necessidade de conhecer a condição de saúde percebida subjetivamente ou o impacto dos problemas de saúde bucal sobre a qualidade de vida (SLADE, 1997), porquanto, durante a infância e adolescência, a ocorrência de alterações na cavidade bucal está intimamente relacionada a uma percepção prejudicada em atividades diárias e qualidade de vida (LEAL *et al.*, 2012). Além disso, o real estado de saúde de um indivíduo pode estar além dos aspectos clínicos. Schuch *et al.* (2015) consideram que a perspectiva do paciente capturada através de uma avaliação QVRSB pode ser influenciada por uma série de características individuais, incluindo variáveis socioeconômicas e psicossociais.

Assim, a relação desses indicadores subjetivos com os indicadores normativos pode ser utilizada como um ponto de partida para compreender as características clínicas e sociais das pessoas que sofrem de problemas dentários (LEAO; SHEIAM, 1995). Portanto, faz-se necessário que os indicadores clínicos levem em consideração os resultados da QVRSB (JOKOVIC *et al.*, 2002).

Dentro deste contexto, a Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente) recomenda que as ações de saúde bucal devam ser direcionadas às diversas faixas etárias e que devam ter como base as necessidades específicas de cada uma, adaptando-se à situação epidemiológica da população (BRASIL, 2004).

O SBBrasil 2010 foi o primeiro estudo nacional representativo a incluir aspectos sobre a qualidade de vida relacionada à saúde bucal dos indivíduos, concomitante às diversas condições clínicas e autorreferidas de saúde bucal. O estudo do impacto da saúde bucal na qualidade de vida de jovens é particularmente importante. Essa faixa etária é mais sensível a diferentes impactos como, por exemplo, a percepção da aparência e da dor do que os

indivíduos adultos, podendo afetar não somente a qualidade de vida, mas, também, o desenvolvimento psicológico e as interações sociais desses indivíduos (PERES *et al.*, 2013).

O interesse pela qualidade de vida e saúde bucal em crianças e adolescentes vem aumentando gradativamente, porquanto as desordens orais podem repercutir um efeito negativo na qualidade de vida das mesmas (BARBOSA *et al.*, 2010). Tal preocupação leva à procura por indicadores que possam mensurar a qualidade de vida relacionada à saúde (CASTRO; PORTELA; LEÃO, 2007).

Dessa forma, questionários que visam avaliar o impacto da saúde bucal no bem-estar têm sido desenvolvidos e adaptados para este grupo específico (BARBOSA *et al.*, 2010), uma vez que critérios exclusivamente clínicos não permitem a determinação do real impacto dos problemas bucais na vida dos indivíduos (LOCKER *et al.*, 2002), conquanto se entende que "qualidade de vida" seja algo intrínseco, priorizando-se a subjetividade, a qual só é possível de ser avaliada pelo próprio sujeito (SEGRE; FERRAZ, 1997).

2.2 Questionários de qualidade de vida relacionados à saúde bucal

O reconhecimento crescente de que a qualidade de vida é um resultado importante para o atendimento odontológico, criou uma necessidade para o desenvolvimento de uma série de instrumentos que relacionam à saúde bucal para medir qualidade de vida (SLADE, 1997), uma vez que de acordo com Biazevic (2011) os indicadores subjetivos em saúde bucal são os mais eficazes na detecção de problemas que os indicadores objetivos, porquanto a autopercepção do indivíduo sobre a sua própria saúde bucal favorece um diagnóstico mais próximo a condição real de saúde.

Entretanto, uma das dificuldades de se avaliar a qualidade de vida dá-se pelo fato de que esta é um processo dinâmico, porquanto as pessoas tentam alterar o padrão de suas respostas em decorrência de alterações físicas ou psicológicas (ZHANG; MCGRATH; HÄGG, 2007).

O desenvolvimento de instrumentos que avaliem o bem-estar e a qualidade de vida tem sido cada vez mais enfatizado, havendo uma proliferação

de instrumentos de avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde (BUCZYNSKI *et al.*, 2008).

Corroborando este princípio, Lacerda *et al.* (2008) avaliou a relação entre condição bucal e qualidade de vida em adultos de 35 a 44 anos de idade e verificou a influência de: hábitos, visita ao dentista, autoavaliação da saúde e características sociodemográficas nesse processo, constatando que os indicadores de saúde bucal baseados apenas em critérios normativos são insuficientes para mensurar a interferência da condição bucal no cotidiano dos indivíduos.

Para verificar o impacto dos problemas bucais na qualidade de vida das pessoas, estudos epidemiológicos têm utilizado, além de critérios clínicos, medidas relacionadas à autopercepção dos indivíduos sobre sua saúde e sobre o impacto que os agravos bucais causam no seu cotidiano (ADULYANON; VOURAPUKJARU; SHEIHAM, 1996).

Assim, instrumentos específicos aplicados para esse fim, como questionários estruturados e validados para a população brasileira e de outros países, fornecem subsídios que auxiliam na decisão sobre a definição de prioridades no planejamento de recursos para promoção de saúde, tratamento odontológico e na avaliação e no acompanhamento de indivíduos doentes (LEAO; SHEIHAM, 1995).

Não obstante, para ter aplicabilidade, um instrumento de avaliação de qualidade de vida deve contemplar algumas características essenciais, como: incluir a abordagem da função física, desempenho escolar e ocupacional, ajustamento social e autossatisfação; ser sensível ao ponto de detectar os problemas funcionais mais comuns da população estudada; ser confiável e válido para o público no qual será aplicado; ser breve, simples, fácil de administrar e computar, e reproduzível; utilizar informação de cuidadores familiares ao trato com o indivíduo avaliado; ser corrigido e adaptado para a idade; estar adequado para detectar desempenho acima da média; permitir estimativa confiável do funcionamento pré-mórbido; e permitir ao indivíduo capaz de entender o conceito de qualidade de vida ou seus componentes a oportunidade de fornecer sua autoavaliação (MULHERN *et al.*, 1989).

Os indicadores de qualidade de vida associada à saúde são, em sua maioria, construídos sob a forma de questionários compostos de itens (perguntas) que visam medir, através de respostas organizadas sob a forma de escalas

numéricas, o quanto aspectos da vida das pessoas, nos domínios físico, psicológico, material e social, entre outros, são afetados pelas condições de saúde (WALLANDER; SCHMITT; KOOT, 2001).

Contudo, os índices desenvolvidos eram voltados, em sua maioria, para pacientes adultos ou idosos (SLADE, 1997). A qualidade de vida relacionada à saúde bucal em crianças permaneceu por mais tempo desconhecida, sendo objeto de estudo de instrumentos desenvolvidos mais recentemente (JOKOVIC *et al.*, 2002).

Até pouco tempo, os instrumentos utilizados para mensurar a qualidade de vida de crianças eram direcionados aos pais, em decorrência de os relatos das crianças baseados em suas memórias não poderem, até então, ser validados e revalidados devido à limitação das habilidades cognitivas e de comunicação (THEUNISSEN *et al.*, 1998). Contudo, a percepção dos pais nem sempre refletem a das crianças (BARBOSA; GAVIÃO, 2008; VETTER; BRIDGEWATER; MCGWIN, 2012) Como se observa em alguns estudos (ZHANG; MCGRATH; HÄGG, 2007; BARBOSA; GAVIÃO, 2008), nos quais houve diferenças entre as respostas de pais e filhos.

Zhang; McGrath; Hägg (2007) avaliaram na cidade de Hong Kong através de questionários de QVRSB, mães, pais e 71 crianças com idade média de 12,6 anos com necessidades ortodônticas. E perceberam que houve discordância, em relação à percepção do impacto da maloclusão, entre ambos os pais e aquela relatada pelos filhos. Ao se comparar as respostas dos filhos com as daquela das mães, as médias obtidas foram de 20,1 e 26,3%, respectivamente, entre filhos e pais, as médias foram de 20,1 e 28% e entre os próprios pais também houve essa divergência de opiniões, apesar de não ser estatisticamente significativa.

A mensuração da qualidade de vida pode ser feita através de instrumentos genéricos ou específicos. Porém, como esses instrumentos captam informações diferentes, podem ser aplicados juntos. Os genéricos são aqueles que abordam o perfil de saúde ou não, englobam aspectos importantes relacionados à saúde e procuram refletir o impacto de uma doença sobre o indivíduo, podendo ser aplicados para estudar indivíduos da população geral ou de grupos específicos, como por exemplo, portadores de doenças crônicas. Assim, permitem comparar a qualidade de vida de indivíduos sadios com doentes

ou de portadores da mesma doença, vivendo em diferentes contextos sociais e culturais. Entretanto, como desvantagem, não possuem sensibilidade para detectar aspectos particulares e específicos da qualidade de vida de uma determinada doença (FAYERS; MACHIN, 2007).

Vários questionários têm sido desenvolvidos, adaptados, validados e aplicados em diferentes países com a finalidade de associar os resultados entre a saúde bucal e a qualidade de vida (JOKOVIC *et al.*, 2002).

Dentre os instrumentos genéricos utilizados, pode-se citar o WHOQOL-100 – Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da OMS (FLECK *et al.*, 1999), o SF-36 (*Medical Outcomes Study Questionnaire*) (CICONELLI *et al.*, 1999) e o SIP (*Sickness Impact Profile*) (BERGNER *et al.*, 1981).

Em contrapartida, os instrumentos específicos permitem detectar particularidades da qualidade de vida em determinadas situações por meio de uma avaliação, de maneira individual e específica, determinados aspectos de qualidade de vida, como as funções: física, sexual, o sono, a fadiga, etc. Porém, a dificuldade de compreensão do fenômeno e dificuldade de validar as características psicométricas do instrumento (poucos itens avaliados e amostras insuficientes) (FAYERS; MACHIN, 2007). Como exemplos de questionários específicos desenvolvidos para crianças, têm-se: o AUQEI – *Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Imagé* (ASSUMPÇÃO *et al.*, 2000) e o CHQ – *Child Health Questionnaire* (MACHADO *et al.*, 2001).

Nas últimas duas décadas, vários indicadores sócio-dentais foram desenvolvidos, dentre eles, o CPQ (*Child Perceptions Questionnaires*) desenvolvido por Jokovic *et al.* (2002), OHIP – *The Oral Health Impact Profile* e a sua versão abreviada – o OHIP-14, desenvolvidos, inicialmente, para serem aplicados na população adulta (SLADE, 1997).

Mais recentemente foi desenvolvida a *Scale of Oral Health Outcomes for 5-Year-Old Children* (SOHO-5) para avaliar a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal (QVRSB) em crianças pequenas através de autorrelatos (TSAKOS *et al.*, 2012).

A seguir serão descritos dois instrumentos validados no Brasil para mensuração da qualidade de vida relacionada à saúde bucal utilizados no projeto: Efetividade de ações de promoção à saúde bucal em populações de alto risco social – estudo de coorte prospectivo intervencional (BRASIL, 2015).

2.2.1 OHIP-14

Muitos instrumentos foram concebidos para medir o impacto da saúde bucal na qualidade de vida. Dentre eles, o *Oral Health Impact Profile* (OHIP), desenvolvido por Slade e Spencer na Austrália (SLADE; SPENCER, 1994) e a forma reduzida, o OHIP-14, ambos os instrumentos que medem a percepção do impacto social das disfunções bucais sobre o seu bem-estar das pessoas através de questões agrupadas em sete subescalas: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, psicológica e social e deficiência na realização das atividades cotidianas (SLADE, 1997).

O OHIP é composto por 49 questões que envolvem essas sete subescalas. E, separando cada subescala é possível calcular o impacto em cada dimensão, enquanto os níveis gerais de impacto social são calculados utilizando todas as 49 perguntas por meio de um escore total (com valor máximo de 196) (SLADE; SPENCER, 1994).

No entanto, apesar de ser de fácil aplicação e permitir avaliar o que se propõe, o OHIP-49 é considerado bastante extenso para a prática de pesquisa. Dessa forma, Slade (1997) conduziu um estudo de validação da forma simplificada do OHIP com catorze itens a fim de verificar se os conceitos originais do OHIP-49 seriam mantidos. Como resultado, identificou que o impacto social dos problemas bucais extraído das catorze perguntas correspondeu a 94% da variação na pontuação total do OHIP e que obteve um coeficiente de confiabilidade interna α de 0,88. As pontuações resumidas com base no OHIP-14 exibiram o mesmo padrão de variação entre os grupos sociodemográficos que foi observado usando o questionário original, e em ambos os questionários resultaram em modelos multivariados semelhantes relativos do estado oral e variáveis sociodemográficas para o desenvolvimento social impacto. Portanto, o OHIP-14 contém questões que retêm as dimensões conceituais originais contidos no OHIP e mantêm uma boa distribuição das prevalências, sugerindo que o instrumento deve ser útil para quantificar os níveis de impacto no bem-estar em locais onde somente um número limitado de perguntas pode ser administrado.

Inicialmente, o OHIP foi desenvolvido no idioma inglês e em diferentes contextos socioculturais, tendo sido traduzido e adaptado para mais de 15

idiomas, incluindo o português (ALMEIDA; LOUREIRO; ARAÚJO, 2004; SANDERS *et al.*,2009).

O OHIP-14 é o instrumento mais utilizado para avaliar o impacto provocado por condições bucais no bem-estar e na qualidade de vida dos indivíduos (SANDERS *et al.*,2009) e existem versões validadas para o Sri Lanka (EKANAYAKE; PERERA, 2003), Israel (KUSHNIR *et al.*, 2004), Itália (SEGU *et al.*, 2005), Brasil (OLIVEIRA; NADANOVSKY, 2005), Malásia (SAUB *et al.*, 2005), China (XIN & LING, 2006), Alemanha (JOHN *et al.*, 2006), Coréia (BAE *et al.*, 2007), Irã (NAVABI *et al.*, 2010), Grécia (PAPAGIANNOPOULOU *et al.*, 2012), Espanha (CASTREJON-PEREZ; BORGES-YANEZ, 2012) entre outros.

Ng e Leung (2006) associaram o impacto periodontal e sua relação com os escores de qualidade de vida da versão chinesa do OHIP-14 e encontraram associações significativas entre perda de inserção e cinco (entre sete) dos domínios conceituais do questionário (limitação funcional, dor física, desconforto psicológico e incapacidade física e psicológica). Além disso, experiência de alterações na gengiva, como edemas, dor ou retração, mobilidade dentária, halitose e dor de dente também foram associadas ao aumento do impacto negativo na qualidade de vida.

López e Baelum (2007) avaliaram uma população de indivíduos chilenos de 12 a 21 anos através do OHIP e observaram que a presença de perda de inserção maior ou igual a três milímetros e de gengivite ulcerativa necrotizante estava associada à baixa qualidade de vida.

Lawrence *et al.* (2008), realizaram um estudo de coorte de 32 anos na Nova Zelândia e observaram uma associação entre a prevalência de respostas “sempre” e “repetidamente” (que referem à pior qualidade de vida) do OHIP-14 com algumas características da população. Usuários episódicos de serviços odontológicos, estado socioeconômico baixo, presença de uma superfície cariada aos 32 anos, número de dentes perdidos por cárie e histórico de doença periodontal foram associados com uma pior qualidade de vida.

Choi *et al.* (2015) associaram maloclusão e qualidade de saúde oral de vida em jovens adultos coreanos sem tratamento ortodôntico, o controle de fatores sociodemográficos e doenças orais comuns e verificaram que a maloclusão é um fator-chave associada a má qualidade de vida causada pela função oral limitada, dor e incapacidade social.

No Brasil, esse instrumento amplamente concebido para avaliar QVRSB foi validado transculturalmente por Oliveira; Nadanovsky (2005), a partir de um estudo transversal para avaliar o impacto da dor de dente na qualidade de vida durante a gravidez, a amostra foi constituída de 504 mulheres pós-parto (idade média de 24 anos). O questionário foi aplicado sob a forma de entrevistas por dois entrevistadores treinados, os mesmos que também realizaram os exames clínicos. Ambos os teste-reteste mostraram-se estabilidade e consistência interna, medida pela correlação do coeficiente intraclasse (0,87) e pelo Cronbach α (0,91), mostrou-se adequado. Assim, concluíram que a versão brasileira do OHIP-14 apresentou boas propriedades psicométricas e semelhantes àquelas do instrumento original.

Martins *et al.* (2014) conduziram um estudo transversal entre idosos (65-74anos), entre 2008 e 2009 em Montes Claros, Minas Gerais, no qual avaliaram a associação entre o impacto das desordens bucais em suas dimensões física/psicossocial e a qualidade de vida entre idosos através do OHIP-14 e do *Short-Form Health Survey* (SF12). Constataram que alguns impactos das desordens bucais, como a presença de dor crônica, estiveram associados a uma qualidade de vida insatisfatória em seus domínios físico e mental.

Ferreira; Loureiro; Araújo (2004) aplicaram o OHIP-14 em escolares de 12 anos de idade em Sabará, MG e verificaram que não houve alta prevalência de doença bucal percebida e que o OHIP está associado à necessidade percebida de tratamento, à declaração da presença de cárie dentária e ao aumento do índice CPO-S (cariados, perdidos e obturados por superfície).

2.2.2 SOHO-5 (versão da criança)

Os problemas dentários e experiência de tratamento podem afetar negativamente a QVRSB de pré-escolares e seus cuidadores. Até pouco tempo, não havia um instrumento válido disponível para medir o impacto dessas influências negativas em crianças muito jovens. Essa mensuração era feita através de relatos dos pais (PAHEL; ROZIER; SLADE, 2007). E, na maioria das vezes, a percepção dos pais não condiz com a da criança (BARBOSA; GAVIÃO, 2008).

O *Early Childhood Oral Health Impact Scale* (ECOHIS) foi desenvolvido para pais/cuidadores de crianças pequenas, o uso deste questionário em estudos epidemiológicos permitiu o conhecimento mais amplo sobre as condições bucais adversos que afetam a qualidade de vida das crianças, bem como o reforço evidências científicas sobre esta questão e que demonstram a necessidade de programas de saúde bucal direcionadas a crianças pré-escolares (PAHEL *et al.*, 2007).

Contudo, este instrumento era direcionado apenas aos pais/cuidadores destes pré-escolares, por isso, fez-se necessária a criação de um instrumento com aplicabilidade diretamente às crianças. O *Scale of Oral Health Outcomes for 5-year-old Children* (SOHO-5) desenvolvido no Reino Unido por Tsakos *et al.* (2012), o qual tem demonstrado evidências concretas de que crianças também podem relatar informações válidas e confiáveis de sua própria QVRSB (TSAKOS *et al.*, 2012; ABANTO *et al.*, 2013a).

Porém, este instrumento tinha sido validado apenas no idioma inglês, sendo adaptado, testado e validado no Brasil para ser aplicado a crianças de 5 e 6 anos de idade por Abanto *et al.* (2013a).

O SOHO-5 brasileiro considera experiência de vida da criança dos impactos bucais para mensurar a QVRSB e provou ser um bom indicador em ensaios clínicos. Além da versão da criança, também existe a versão dos pais e ambas têm demonstrado resultados satisfatórios (ABANTO *et al.*; 2013b).

A versão para a criança é composta por sete itens: dificuldade em comer, dificuldade em beber, dificuldade em falar, dificuldade em brincar, dificuldade em dormir, evitar sorrir (devido à dor), e evitar sorrir (devido à aparência) (ABANTO *et al.*, 2014a).

Fernandes *et al.* (2015) avaliaram a correlação entre os escores totais e dos itens do SOHO-5 (versão dos pais e das crianças) e o ECOHIS na cidade de Diamantina, Minas Gerais e posteriormente correlacionando com a presença de cárie dentrária. Como resultado, observaram que o ECOHIS e SOHO-5p (versão dos pais), demonstraram capacidade semelhante para a avaliação de QVRSB entre crianças pré-escolares. Ambos provaram a capacidade de distinguir entre crianças com cárie severa e aqueles sem experiência de cárie ou cárie nos estágios menos avançados. No entanto, os relatos de crianças diferiam dos

relatos de seus pais/cuidadores e o SOHO-5c (versão da criança) não foi capaz de discriminar as crianças com e sem cáries.

2.3 Validação e reprodutibilidade de instrumentos de coleta de dados

Um dos principais aspectos analisados em estudos epidemiológicos se refere à precisão dos dados coletados. Dessa forma, partindo do princípio de que a epidemiologia envolve necessariamente, a medição, faz-se necessária a aplicação de instrumentos válidos para a coleta de dados. O processo de validação consiste em três etapas: validação de face, validação de conteúdo e validação de constructo (convergente e divergente) (GOES *et al.*, 2006).

A validade de face tem por finalidade identificar se os itens selecionados para mensuram determinado fenômeno estão medindo de fato, o que realmente se deseja medir (PEREIRA, 2001), sendo analisada a equivalência idiomática, semântica, cultural e conceitual do instrumento. A validade de conteúdo é definida como a correlação do novo instrumento de medida com algum padrão ouro (GOES *et al.*, 2006).

E os testes para a validade de constructo se dividem em duas categorias: convergente, a qual objetiva analisar se a medida utilizada no instrumento se relaciona positivamente com outras variáveis, demonstrando que o resultado obtido pela nova medida é compatível com outras já comprovadas; e divergente, quando a medida se correlaciona negativamente com variáveis reconhecidamente desiguais (FAYERS; MACHIN, 2007).

A confiabilidade um instrumento é medida através do teste-reteste, técnica na qual se permite comparar se os resultados semelhantes são reproduzidos sob as mesmas circunstâncias de aplicação do questionário em diferentes momentos. Após duas semanas da primeira aplicação, realiza-se uma nova a cerca de 10% da amostra. Nesse período, os participantes não devem ser submetidos a nenhuma intervenção e a concordância pode ser estimada pelo teste Kappa (GRIEP *et al.*, 2006).

Um instrumento para ser considerado confiável, precisa ser aplicado duas vezes a um mesmo grupo de indivíduos com um intervalo de tempo entre essas aplicações e a correlação entre os resultados precisa ser fortemente positiva. O período de tempo entre as medições é um fator importante a ser

considerado, haja vista, períodos longos são suscetíveis às mudanças que podem comprometer a interpretação do coeficiente de confiabilidade obtido. Um tempo longo demais pode favorecer a aquisição de novas aprendizagens e quando curto, os resultados podem ser contaminados pelo efeito memória (MARTINS, 2006).

Abanto *et al.* (2014a) para adaptação e validação do SOHO-5 (versão brasileira) utilizaram 193 crianças e pais, destes, 159 refizeram o teste entre 7 a 14 dias após o tratamento odontológico da criança para avaliar a responsividade dos entrevistados. O coeficiente de correlação intraclasse foi de 0,98 para os pais e 0,92 para os relatos das crianças. Em geral, a validade de constructo foi satisfatória e demonstrou associação consistente entre o SOHO-5 e diferentes classificações subjetivas de saúde bucal, percepção da necessidade de tratamento odontológico e bem-estar geral, tanto para a versão dos pais, quanto para crianças ($p < 0,001$).

Para validação do OHIP no Brasil, Oliveira; Nadanovsky (2005) selecionaram uma subamostra de 65 participantes escolhidos entre aqueles que relataram ter experiência de dor de dente nos últimos 6 meses e reaplicaram o questionário traduzido. O intervalo de tempo entre as duas entrevistas variou de 1 a 3 dias e o teste-reteste mostrou reprodutibilidade do instrumento.

Cada região tem suas próprias características, reflexo da cultura de cada país, ao passo que os problemas de saúde também são expressos de maneira diferenciada entre as várias culturas (CICONELLI *et al.*, 1999), assim, o contexto cultural e linguístico no qual o instrumento de avaliação da qualidade de vida é utilizado pode influenciar a validade e confiabilidade dos relatos obtidos (GUILLEMIN *et al.*, 1993).

Com poucas exceções, os indicadores de qualidade de vida relacionada à saúde são desenvolvidos em língua inglesa (Almeida; Loureiro; Araújo, 2004). Porém, a necessidade de utilização desses indicadores em pesquisas é comum a outros países de língua não-inglesa, que têm como opções: criar um novo instrumento ou adaptar o existente em outra língua (GUILLEMIN *et al.*, 1993).

Torna-se de importância, portanto, que o instrumento seja traduzido para o idioma de origem do país a ser utilizado e que seja precisamente adaptado às características socioculturais da população a ser avaliada, permitindo a

avaliação fidedigna. Além disso, é preciso que o instrumento seja facilmente administrado e que não demande tempo na aplicação (GUILLEMIN *et al.*, 1993).

Vários métodos têm sido sugeridos para a adaptação transcultural de questionários. Estes métodos vão da tradução direta do instrumento a uma metodologia de tradução/retradução, a qual representa uma combinação de características favoráveis, tais como: capacidade informativa, definida como o grau de indicação objetiva de equivalência semântica pela técnica; transparência da linguagem original, ou o grau em que a técnica fornece informações para o investigador ou para o autor da versão original do instrumento que não tem fluência na linguagem original ou na linguagem alvo; e segurança, ou a oportunidade da técnica em checar o trabalho do tradutor original (BEHLING; LAW, 2000).

Guedes; Lopes; Guedes (2005) analisaram a reprodutibilidade e validade de um instrumento de avaliação de atividade física para adolescentes, o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ). Para tanto, selecionaram 161 adolescentes entre 12 e 18 anos, estes receberam o questionário e as instruções de preenchimento. A reprodutibilidade foi obtida mediante a uma segunda aplicação aos mesmos participantes no intervalo de duas semanas com adoção dos mesmos procedimentos de aplicação. Observaram que para adolescentes acima de 14 anos o instrumento apresentou propriedades aceitáveis para monitorar os níveis habituais de atividade física, porém, para os participantes abaixo de 14 anos, o instrumento mostrou menor sensibilidade e limitações na percepção dos resultados.

Benedetti *et al.* (2007) avaliaram a reprodutibilidade e validade do mesmo instrumento supracitado em uma amostra de 29 idosos. O teste-reteste ocorreu no período de 21 dias na forma de entrevista individual e constataram que a validade variou de moderada a baixa, enquanto a reprodutibilidade foi adequada.

Lopes; Kaimen-Maciel; Matsuo (2011) realizar a adaptação transcultural e validação do instrumento MSIS-29 (*Multiple Sclerosis Impact Scale*) para a língua portuguesa do Brasil. Foi aplicado em 137 portadores de esclerose múltipla com reteste após 30 dias. A reprodutibilidade e validade foram constatadas e instrumento apresentou propriedades psicométricas aceitáveis para mensurar o impacto da esclerose múltipla na saúde de portadores brasileiros.

Durante o processo de validação do SOHO-5 no Brasil, Abanto *et al.* (2013b) 159 filhos (entre 5 e 6 anos) e pais foram entrevistados face a face e 7 a 14 dias depois foram entrevistados pelos mesmos entrevistadores e observaram que este instrumento exibiu propriedades psicométricas satisfatórias para crianças daquela faixa etária.

Com isso, ao para selecionar um instrumento de avaliação, deve-se ter por base as características deste e se este atende as necessidades da pesquisa, possui componentes claros, simples e de fácil compreensão e aplicação CAMPOS *et al.*, 2003).

Como há um crescente aumento na busca de compreender melhor as condições de saúde bucal atrelada aos impactos sobre a qualidade de vida, faz-se necessário a utilização de instrumentos capazes de verificar a relação entre a saúde bucal e qualidade de vida (BARBIERI; RAPOPORT, 2009).

3 PROPOSIÇÃO

3.1 Objetivo geral:

Avaliar a reprodutibilidade de questionários de qualidade de vida relacionada à saúde bucal (SOHO-5 e OHIP-14) aplicados a escolares de um município de pequeno porte, do sertão paraibano.

3.2 Objetivos específicos:

- Avaliar os critérios com maior risco de modificação de concordância dos questionários quando aplicados em dois momentos no período de 30 dias;
- Comparar o impacto da cárie dentária na qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB) nas faixas etárias de 05 e 12 anos;

4 MATERIAL E MÉTODOS

a. Considerações éticas

O estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba de acordo com as diretrizes e normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos e atendendo à resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, Brasília – DF (BRASIL, 2012) sob o CAAE: 33087414.9.0000.5188 (ANEXO A).

b. Descrição do estudo

Trata-se de um estudo de coorte curto, no qual pode ser definido como um estudo observacional no qual indivíduos são classificados (ou selecionados) segundo o status de exposição (expostos e não expostos), para avaliar a incidência de um fator específico por determinado período de tempo (OLIVEIRA; PARENTE, 2010).

Conforme o objetivo do trabalho de avaliar a reprodutibilidade dos questionários QVRSB, foi estabelecido um período de acompanhamento de trinta dias.

Inicialmente, no *baseline*, foram realizados exames clínicos acerca das condições de saúde bucal dos indivíduos selecionados, seguido da aplicação do questionário socioeconômico e de QVRSB. Decorrido o período de trinta dias, esses mesmos participantes foram reexaminados e submetidos a uma nova aplicação dos questionários. Período semelhante ao utilizado em estudos de reprodutibilidade e validade questionários, como o de Lopes; Kaimen-Maciel; Matsuo (2011) e Santos et al. (2015).

c. Universo e Amostra:

O município de Santa Cruz, localizado no alto sertão paraibano, na microrregião de Sousa, cujo aporte populacional composto por 6471 habitantes e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,618 (IBGE, 2014), foi selecionado por conveniência para o desenvolvimento deste estudo.



Figura 1. Mapa de Santa Cruz

(Disponível em: <https://goo.gl/41g1rl>)

Foram utilizadas duas idades-índices dentre os grupos etários avaliados no projeto Efetividade de ações de promoção à saúde bucal em populações de alto risco social – estudo de coorte prospectivo intervencional (BRASIL, 2015) – 5 e 12 anos, para o qual foram aplicados questionários específicos, já validados em estudos anteriormente (OLIVEIRA; NADANOVSKY, 2005; ABANTO *et al.* 2013a) e serviram como piloto para a adaptação a este estudo.

Para garantir uma distribuição geográfica equitativa, foram selecionados os escolares regularmente matriculados na rede pública da zona urbana do município. Assim, baseado nas idades-índices foram selecionadas duas escolas, o Centro Educacional de Ensino Infantil Maria Vitória de Oliveira e a Escola Estadual de Ensino Fundamental e Médio Valdemiro Wanderley de Oliveira.

Portanto, o Plano Amostral adaptado para o estudo contou com o censo de todos os alunos matriculados nessas duas escolas que se encontrassem dentro das faixas etárias preconizadas pelo estudo, totalizando 66 crianças com 05 anos e 48 com 12 anos.

Durante o intervalo entre as duas avaliações clínicas e aplicações dos questionários, houve perda de cinco crianças na faixa dos 05 anos de idade e oito na faixa dos 12 anos, além da recusa de dois escolares da primeira faixa e de um na segunda. Após as coletas, contabilizou-se uma amostra de 59 crianças com 05 anos e 39 com 12 anos.

d. Critérios de inclusão e exclusão

Para a inclusão no estudo, foram solicitados aos pais ou responsáveis pelos participantes, a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado (APÊNDICE A) e/ou Termo de Assentimento (APÊNDICE B). Além disso, as crianças participantes deveriam estar matriculadas e frequentar assiduamente as escolas.

Contudo, foram excluídos os participantes que se recusaram a assinar o TCLE e/ou Termo de Assentimento, ou se recusaram a participar do exame clínico e/ou não responderam aos questionários QVRSB, escolares portadores de necessidades especiais, problemas sensoriais, motores ou aqueles que não conseguissem responder as perguntas dos questionários.

e. Instrumentos utilizados:

Foram utilizados questionários aplicados à população alvo do estudo pelo próprio pesquisador num intervalo de um mês. Para tanto, foi empregada a versão brasileira de autorrelato do SOHO-5 e o OHIP-14, além de um questionário socioeconômico que incluiu itens como idade, sexo, uso de escova de dente própria, uso de creme dental fluoretado, frequência de escovação e constituição familiar (APÊNDICE C).

O SOHO-5 recentemente adaptado transculturalmente e validado no idioma português do Brasil (ABANTO *et al.* 2013a), foi aplicado para as crianças na idade-índice de 5 anos e foi referente a problemas bucais ocorridos nos últimos seis meses. A versão de autorrelato do SOHO-5 é estruturalmente composta por 07 questões, sendo que a explicação das respostas pode ser facilitada pelo uso de um cartão com o desenho de 03 faces (Figura 2), porém o

seu uso só é recomendado caso a criança não entenda as perguntas realizadas pelo entrevistador.



Figura 2. Opções de face para facilitar a compreensão do questionário

As respostas de cada item são dadas em uma escala-Likert de 3 pontos: não=0; um pouco=1; muito=2. O escore total é calculado a partir da somatória dos pontos das opções de respostas. Desse modo, o escore total da versão de autorrelato da criança pode variar de 0 a 14, sendo que escores mais altos indicam uma pior qualidade de vida.

A versão curta do OHIP foi transculturalmente adaptada e validada no idioma português do Brasil (OLIVEIRA, NADANOVSKY, 2005). O questionário consiste em uma versão de autorrelato para adolescentes, adultos e idosos em relação à sua QVRSB nos últimos seis meses. Para este estudo, utilizou-se o OHIP-14 para a idade-índice de 12 anos.

As respostas de cada item são dadas em uma escala-Likert de 5 pontos: “Nunca ”=0; “Raramente ”=1; “Às vezes ”= 2; “Repetidamente”=3; “Sempre”=4. Portanto, o escore total do OHIP-14 varia de 0 a 56, sendo que escores mais altos indicam uma pior qualidade de vida.

f. Coleta dos dados

A coleta dos dados aconteceu no período de março a agosto de 2015 e todos os exames foram realizados no mesmo dia que o questionário foi aplicado. Após o período de um mês, repetiu-se a avaliação e a aplicação do questionário para os mesmos participantes.

Todos os exames e a coleta dos dados não clínicos foram realizados pelo mesmo pesquisador em ambiente escolar, com iluminação natural, realizados em carteiras escolares e repetição das mesmas condições de aplicação nos dois momentos da coleta.

Para o exame clínico, foi preconizado o critério estabelecido pela OMS para o registro de elementos dentários acometidos por cárie, perdidos e restaurados (índices de cárie – CPO-D e ceo-d – e necessidade de tratamento) (WHO, 1997).

Previamente a realização desses exames clínicos e a aplicação dos questionários, foi feito um treinamento *in lux* e foi obtida uma concordância intraexaminador de 0,97 e coeficiente Kappa de 0,82 com índice de confiança (IC) de 95%, L.I.= 0,75 e L.S.= 0,90.

g. Análise dos dados:

Os dados foram tabulados no programa estatístico SPSS versão 13.0 (SPSS Inc., EUA). Foram empregados os testes de Kolmogorov-Smirnov para avaliar a normalidade dos dados, o teste t pareado comparativo da alteração das médias dos SOHO-5 e OHIP-14 nos dois momentos.

Empregou-se ainda, o teste Kappa para as variáveis em escala nominal e ordinal, de acordo com a classificação de Landis; Koch (1977): índice Kappa < 0 = indicação de discordância entre as medidas; $\leq 0,20$ = concordância leve, pobre; 0,21 a 0,40 = concordância fraca, regular; 0,41 a 0,60 = concordância moderada; 0,61 a 0,80 = concordância forte; $\geq 0,80$ = concordância perfeita. Associado a este, utilizou-se o teste de Correlação de Spearman para avaliação dos itens dos questionários QVRSB nos dois momentos de aplicação (*baseline* e após trinta dias).

Para avaliação da cárie dentária e o impacto na qualidade de vida, utilizou-se o teste exato de Fisher.

O valor de significância adotado foi de 5%.

5 RESULTADOS

Com base nos 98 participantes que compuseram a amostra deste estudo, serão descritos a seguir, os resultados distinguindo as duas faixas etárias preconizadas (5 e 12 anos).

Na Tabela 1 são apresentados os resultados sociodemográficos relativos ao sexo, núcleo familiar, número de irmãos e número de pessoas que residem em casa dos entrevistados, mostrando a prevalência de indivíduos do sexo masculino nas duas faixas etárias, 57,6 e 64,1%, respectivamente.

O núcleo familiar foi composto em sua maioria pela presença de pai e mãe (88,1 e 74,4%). A maioria relatou, ainda, ter apenas um irmão (42,4 e 41,0%). Com relação ao número de pessoas que moram na mesma casa, 39% das crianças com 5 anos relataram a presença de 4 pessoas e 28,2% dos entrevistados com 12 afirmaram conviver com 4 e 5 pessoas.

Tabela 1 – Distribuição dos entrevistados segundo as características sociodemográficas, 2015.

Características Sociodemográficas	5 anos		12 anos	
	n	%	N	%
Sexo				
Masculino	34	57,6	25	64,1
Feminino	25	42,4	14	35,9
Núcleo familiar				
Mãe e pai	52	88,1	29	74,4
Mãe solteira	7	11,9	8	20,5
Pai solteiro	0	0	1	2,6
Outros	0	0	1	2,6
Número de irmãos				
Nenhum	7	11,9	4	10,3

Um	25	42,4	16	41,0
Dois	22	37,3	7	17,9
Três	3	5,1	5	12,8
Mais de três	2	3,4	7	17,9
Número de pessoas que residem em casa				
2 pessoas	1	1,7	4	10,3
3 pessoas	10	16,9	7	17,9
4 pessoas	23	39,0	11	28,2
5 pessoas	19	32,2	11	28,2
Mais de 5 pessoas	6	10,2	6	15,4
TOTAL	59	100,0	39	100,0

Fonte: Próprio autor.

A Tabela 2 revela condições comportamentais avaliadas no estudo. Das quais, 91,5% com 5 anos e 100% com 12 anos possuíam escova de dente própria. 91,5% das crianças e 100% dos pré-adolescentes faziam uso de creme dental fluoretado. A frequência de escovação variou de “até uma vez” (61%) aos 5 anos e três vezes (48,7%) aos 12 anos.

Tabela 2 – Distribuição dos entrevistados com relação às condições comportamentais avaliadas, 2015.

Condições comportamentais	5 anos		12 anos	
	n	%	n	%
Escova de dente própria				
Sim	54	91,5	39	100,0
Não	5	8,5	0	0
Uso de creme dental fluoretado				
Sim	55	91,5	39	100,0

Não	4	6,8	0	0
Frequência de escovação				
Até uma vez	36	61,0	4	10,3
Duas vezes	4	6,8	15	38,5
Três vezes	17	28,8	19	48,7
Mais de três vezes	2	3,4	1	2,6
TOTAL	59	100,0	39	100,0

Fonte: Próprio autor.

Para a faixa etária de 5 anos, encontrou-se um ceo-d médio de 1,63 e para faixa de 12 anos, o CPO-D encontrado foi de 1,24 e este resultado manteve-se constante entre o intervalo do teste-reteste, constatado após o novo exame clínico aplicado junto aos questionários.

A Tabela 3 descreve a experiência de cárie (61% – 5 anos e 84,6% – 12 anos sem lesão de cárie), 98,3% - 5 anos e 89,7% restaurações com cárie, a maioria (94 e 74,4%, respectivamente) também não apresentavam restaurações e 96,6 e 94,9%, respectivamente, não tiveram nenhum elemento perdido por cárie.

Tabela 3 – Experiência de cárie dentária com relação aos índices ceo-d/CPO-D nas faixas etárias de 5 e 12 anos, respectivamente, 2015.

<i>ceo-d/CPO-D</i>	<i>5 anos</i>		<i>12 anos</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Cárie				
Sem lesão	36	61,0	33	84,6
1 elemento dentário com cárie	3	5,1	3	7,7
2 elementos dentários com cárie	6	10,2	3	7,7
4 elementos dentários com cárie	6	10,2	0	0
5 elementos dentários com cárie	5	3,4	0	0
Mais de 5 elementos com cárie	6	10,2	0	0

Restaurados com cárie				
Nenhum	58	98,3	35	89,7
1 elemento dentário	0	0	2	5,1
3 elementos dentários	1	1,7	2	5,1
Restaurados				
Sem restauração	56	94,9	29	74,4
1 restauração	3	5,1	3	7,7
2 restaurações	0	0	2	5,1
3 restaurações	0	0	1	2,6
Acima de 3 restaurações	0	0	4	10,3
Perdidos				
Nenhum perdido	57	96,6	37	94,9
2 elementos perdidos	2	3,4	1	2,6
3 elementos perdidos	0	0	1	2,6
TOTAL	59	100,0	39	100,0

Fonte: Próprio autor.

Todas as variáveis foram testadas quanto ao padrão de normalidade pelo teste de Kolmogorov-Smirnov, possibilitando a utilização do teste t pareado para o comparativo da alteração das médias dos SOHO-5 e OHIP-14 nos dois momentos, como ilustra a Tabela 4.

Tabela 4 – Distribuição das médias do SOHO-5 e OHIP-14, 2015.

	Baseline		30 dias		P*
	Média	d.p.	Média	d.p.	
SOHO-5 (n=59)	0,34	0,82	1,12	1,40	<0,01
OHIP-14 (n=39)	11,23	7,96	11,82	11,09	<0,01

Fonte: Próprio autor.

*Significância para o teste t pareado

A Tabela 5 apresenta a concordância do padrão de resposta nos dois momentos da entrevista, além do teste Kappa e Spearman para o SOHO-5.

Tabela 5 – Reprodutibilidade (teste e reteste) dos itens do SOHO-5, 2015.

Itens (n=59)	Concordância (%)	Kappa	Cor. Spearman	p*
1...comer por causa dos dentes	66,1	0,112	0,113	0,39
2...beber por causa dos dentes	69,5	0,028	0,056	0,67
3...falar por causa dos dentes	98,3	**	**	**
4...brincar por causa dos dentes	91,5	-0,042	-0,043	0,74
5...dormir por causa dos dentes	79,7	0,184	0,239	0,07
6...deixou de sorrir porque não gostou dos dentes	96,6	**	**	**
7...deixou de sorrir porque seus dentes estavam doendo	96,6	**	**	**

Fonte: Próprio autor.

*Significância para o teste de correlação de Spearman.

**Não foi computado devido à ausência de caso em uma das categorias.

A Tabela 6 apresenta a concordância do padrão de resposta nos dois momentos da entrevista, além do teste kappa e Spearman para o OHIP-14.

Tabela 6 – Reprodutibilidade (teste e reteste) dos itens do OHIP-14, 2015.

Itens (n=39)	Concordância (%)	Kappa	Cor. Spearman	p*
1. problema para falar alguma palavra	69,2	0,505	0,574	<0,01
2. o sabor dos alimentos tem piorado	76,9	**	0,499	<0,01
3. dores em sua boca ou dentes	59,0	0,408	0,509	<0,01
4. incomodado ao comer algum alimento	41,0	**	0,267	0,10
5. preocupado	43,6	0,256	0,395	0,01
6. estressado	48,7	**	0,452	<0,01
7. alimentação prejudicada	66,7	**	0,593	<0,01

8. parar suas refeições	82,1	0,437	0,522	<0,01
9. dificuldade para relaxar	59,0	**	0,256	0,11
10. envergonhado	59,0	0,402	0,545	<0,01
11. irritado com outras pessoas	59,0	**	0,370	0,020
12. dificuldade para realizar as atividades diárias	69,2	**	0,578	<0,01
13. a vida, em geral, ficou pior	83,1	**	0,520	<0,01
14. incapaz de fazer suas atividades diárias	82,1	**	0,740	<0,01

Fonte: Próprio autor.

*Significância para o teste de correlação de Spearman.

**Não foi computado devido à ausência de caso em uma das categorias.

Não houve relação estatisticamente significativa entre a cárie dentária e as alterações de qualidade de vida descritas no SOHO-5, como ilustra a Tabela abaixo.

Tabela 7 – Relação da presença de cárie dentária e o SOHO-5 nos dois momentos de aplicação, 2015.

Itens (n=59)	Baseline (p*)	30 dias (p*)
1...comer por causa dos dentes	0,33	0,53
2...beber por causa dos dentes	0,15	0,42
3...falar por causa dos dentes	0,39	**
4...brincar por causa dos dentes	0,63	0,66
5...dormir por causa dos dentes	0,51	0,29
6...deixou de sorrir porque não gostou dos dentes	**	0,63
7...deixou de sorrir porque seus dentes estavam doendo	**	0,63
Total SOHO-5	0,20	0,26

Fonte: Próprio autor.

*Significância para o teste exato de Fisher.

**Não foi computado devido à ausência de caso em uma das categorias.

Ao relacionar a cárie dentária com e as alterações de qualidade de vida descritas no OHIP-14, obteve-se uma relação estatisticamente significativa apenas para os itens “parar suas refeições” e “sentir-se envergonhado” no segundo momento de aplicação do questionário ($p=0,04$ e $p=0,02$, respectivamente) e apenas uma relação significativa nos dois momentos para o item “incapaz de fazer suas atividades diárias” ($p < 0,01$ e $p= 0,01$).

Tabela 8 – Relação da presença de cárie dentária e o OHIP-14 nos dois momentos de aplicação, 2015.

Itens (n=39)	Baseline (p*)	30 dias (p*)
1. ...problemas para falar alguma palavra?	0,06	0,10
2. ...o sabor dos alimentos tem piorado?	0,45	0,23
3. ...dores em sua boca ou dentes?	0,52	0,51
4. ...incomodado ao comer algum alimento?	0,06	0,20
5. ...ficou preocupado?	0,33	0,16
6. ...se sentiu estressado?	0,47	0,31
7. ...alimentação prejudicada?	0,21	0,42
8. ...parar suas refeições?	0,08	0,04
9. ...dificuldade para relaxar?	0,06	0,49
10. ...se sentiu envergonhado?	0,26	0,02
11. ...irritado com outras pessoas?	0,08	0,17
12. ...dificuldade para realizar suas atividades diárias?	0,26	0,11
13. ...a vida, em geral, ficou pior?	0,29	0,10
14. ...incapaz de fazer suas atividades diárias?	<0,01	0,01
Total OHIP-14	0,50	0,50

Fonte: Próprio autor.

*Significância para o teste exato de Fisher.

6 DISCUSSÃO

Apesar de todo o universo amostral de crianças de 5 e 12 anos regularmente matriculadas na rede pública de ensino do município avaliado ter sido considerado, o número ainda está bem abaixo das amostras observadas nos estudos prévios que aplicaram o mesmo instrumento. Ferreira; Loureiro; Araújo (2004) avaliaram o total de 312 escolares, Fernandes *et al.* (2015) 121 crianças de 5 anos, esses dois estudos realizaram apenas uma aplicação dos questionários aos entrevistados. Contudo, trabalhos de reprodutibilidade e validade de instrumentos, como o Benedetti *et al.* (2007) e Sousa *et al.* (2012) utilizaram amostras de 29 e 33 participantes, respectivamente.

Em relação às condições socioeconômicas descritas na Tabela 1, observou-se a prevalência do sexo masculino nas duas faixas (57,6 e 64,1%, respectivamente), semelhante ao observado por Abanto *et al.* (2014a) (52,3% de meninos de 5 anos) e o oposto do observado por Abanto *et al.* (2014b) com 49%, Ferreira; Loureiro; Araújo (2004) com 51,3% e Lawrence *et al.* (2008) com 49% dos participantes do sexo feminino. Com relação ao núcleo familiar, a maioria dos escolares (88,1 e 74,4%) vive com os ambos os pais e possui apenas um irmão (42,4 e 41,0%) e vivem numa residência com um total de 4 pessoas (39,0% para os 5 anos) e 28,2% dos escolares com 12 anos com 4 e 5 pessoas.

Quanto às condições comportamentais avaliadas (Tabela 2), o uso de escova de dente própria, foi de 91,5% aos 5 anos e 100% as 12, num percentual de escovação de 61% para a frequência 0 a 1 vez para crianças de 5 anos e de três vezes (48,7%) aos 12 anos. Este último resultado, corrobora o encontrado com Freire; Sheiham; Bino (2007), no qual 77,7% de adolescentes de uma escola em Goiás relataram escovar os dentes três vezes ou mais ao dia.

Com relação à experiência de cárie (Tabela 3), a maioria, 61% e dos escolares com 5 anos não apresentavam nenhuma lesão por cárie, resultado este, semelhante ao observado por Abanto *et al.* (2014b), o qual a maioria, 35,2% das crianças de 5 anos, não tinha experiência de cárie, no entanto, na mesma faixa etária e em um outro estudo, Abanto *et al.* (2014a) verificaram que 62,8% tinha experiência de cárie.

Para a faixa de 12 anos, 84,6% apresentavam elementos dentários hígidos, semelhante à aplicação do OHIP-14 por Ferreira, Loureiro; Araújo (2004), onde a maioria (51%) dos escolares com 12 anos de idade não apresentavam, também, cárie dentária.

O ceo-d médio encontrado neste estudo para a faixa etária de 5 anos foi de 1,63 e o CPO-D aos 12 anos foi de 1,24, valores mais baixos que as médias nacionais apresentados nos dois últimos levantamentos epidemiológicos, o SB Brasil 2010, no qual obteve um ceo-d de 2,43 aos 5 anos e CPO-D de 2,07 aos 12 anos e, especificamente na região nordeste, os valores foram de 2,89 e 2,63, aos 5 e 12 anos, respectivamente e, o SB Brasil 2003, que verificou um ceo-d/CPO-D médio nacional de 2,8 aos 5 anos e 2,78 aos 12 anos e na região nordeste, o valor de 3,21 e de 3,19, respectivamente, municípios de pequeno porte (5 a 10 mil habitantes) mostraram os mais elevados valores do índice CPO-D, como por exemplo, 3,44 aos 12 anos.

Essa contraposição entre a média nacional e do Nordeste com a deste estudo, pode estar relacionada à melhoria ao acesso aos serviços públicos de saúde bucal nos últimos anos através de programas implantados pelo Ministério da Saúde, como o PSE – Programa de Saúde na Escola que vem sendo trabalhado nos últimos anos naquele município.

Entretanto, esses dois levantamentos citados acima, destacam-se por buscarem inter-relacionar a autopercepção de saúde bucal com relação ao impacto da cárie dentária. Contudo, a faixa de 5 anos não tinha sido incluída nesta avaliação e, apenas no levantamento de 2010, houve a inclusão dos participantes de 12 anos nesta avaliação.

O resultado do SOHO-5 aplicado aos escolares de 5 anos apresentados na Tabela 4, mostraram uma média de 0,34 na pontuação da escala-Likert no primeiro momento de aplicação e 1,11 na segunda aplicação após o período de um mês. Em comparação com Abanto *et al.* (2014b) que encontraram uma média de 3,32 na faixa de 5 a 6 anos com a aplicação do mesmo instrumento, observa-se um índice satisfatório, porém a alteração do padrão de respostas foi estatisticamente significativa ($p < 0,01$).

Fato semelhante, também ocorreu com o OHIP-14, o valor médio obtido nas duas aplicações do questionário foi de 11,23 no *baseline* e 11,28 trinta dias após a coleta e essa alteração também foi estatisticamente significativa

($p < 0,01$), conforme a Tabela 4. Contudo, essa alteração se deve ao desvio padrão obtido para esta amostra e, provavelmente, com uma amostra mais representativa, esse desvio padrão tende a se aproximar da média.

Apesar de estudos de validação de instrumento indicarem o teste-reteste por um período máximo de 14 dias (CICONELLI *et al.*, 1999; GRIEP *et al.* 2006), este tempo ainda não é um consenso. Muitos estudos de reprodutibilidade e validade de questionários utilizam diferentes intervalos de tempo, Benedetti *et al.* (2007) utilizou um intervalo de 21 dias entre o teste-reteste, Sousa *et al.* (2012) utilizaram intervalo de 15 dias, Lopes, Kaimen-Maciel, Matsuo (2011) e Santos *et al.* (2015) preconizaram um intervalo de 30 dias, mesmo período utilizado no presente estudo.

No entanto, questionários como o OHIP-14, que trabalham com a autopercepção de seus entrevistados em relação ao período de seis últimos meses e o SOHO-5 de toda a vida, com reprodução das mesmas condições de aplicação e ao mesmo público com um intervalo de um mês, o instrumento deveria obter as mesmas informações.

Como descreve a Tabela 5, em todas as questões houve alteração do padrão de respostas das questões do SOHO-5. A concordância obtida no intervalo das duas aplicações variou de 66,1 a 98,3%.

E ao se realizar o teste Kappa para aferir a consistência entre as medidas tomadas nos dois tempos do SOHO-5, como descrito ainda na Tabela 5, o valor do Kappa foi de 0,112; 0,028; -0,042; e 0,184, respectivamente para as variáveis: “dificuldade de comer”, “dificuldade de beber”, “dificuldade de brincar” e “dificuldade para dormir”. E, de acordo com Landis; Koch (1977) significância do Kappa abaixo de 0 indicam discordância entre as medidas; entre 0,0-0,2 uma concordância fraca.

E os valores de “p” obtidos através da correlação de Spearman entre os dois momentos de aplicação dos questionários não foram estatisticamente significantes: “comer por causa dos dentes” ($p=0,39$); “beber por causa dos dentes” ($p=0,67$); “brincar por causa dos dentes” ($p=0,74$) e dormir por causa dos dentes ($p=0,07$), o que demonstrou uma vulnerabilidade deste instrumento para a amostra selecionada.

De acordo com Filstrup *et al.* (2003), os estudos de QVRSB que tentaram usar pré-escolares como entrevistados obtiveram sucesso limitado, haja

vista a literatura acerca do desenvolvimento infantil e a psicologia indica que crianças menores de 05 anos de idade são incapazes de recordar com precisão eventos diários e originais além de 24 horas anteriores, uma vez que as crianças começam a raciocinar sobre o calendário de eventos passados em relação ao dia da semana, mês ou estação do ano a partir de 7 anos ou mais. Além disso, apenas por volta de 06 anos as crianças se tornam capazes de pensamento abstrato, o que provavelmente está por trás muitas percepções de saúde e doença (REBOK *et al.*, 2001).

Além disso, ainda há um número limitado de estudos utilizando este questionário como mecanismo de avaliação da QVRSB, a maioria dos estudos que o empregam têm se limitado a avaliar sua confiabilidade e validade e não o real impacto desse instrumento (FERNANDES *et al.*, 2015).

Aliado a isso, a própria construção do questionário pode ter causado problemas de interpretação por parte da criança. Como a validação e aplicação desse instrumento ocorreram em centros mais desenvolvidos, como a região de Minas Gerais (Fernandes *et al.*, 2015) e São Paulo (Abanto *et al.*, 2013a) com crianças expostas a oportunidades e realidade diferente, é possível que as crianças observadas nesse estudo, que estudam em escola pública de um município de pequeno porte, com IDH baixo não tenham a mesma maturidade e autopercepção de saúde para compreender o questionário. Segundo Miotto; Barcellos; Velten (2012) quanto maior a desigualdade de renda, maior a prevalência de problemas relacionados com a saúde. No entanto, esses fatores pareceram não repercutir na qualidade de vida das crianças avaliadas.

Com relação ao OHIP-14 aplicado aos escolares de 12 anos, a Tabela 6 mostrou os resultados dos dois momentos e, como também houve variações das respostas de todos os catorze itens. A concordância obtida variou de 41 a 83,1%.

Em adição, o teste Kappa descrito ainda na mesma Tabela obteve valores de: 0,505 para “problema para falar alguma palavra”; 0,408 para “dores na boca ou dentes”; 0,256 para “ficou preocupado”; 0,437 para “parar as refeições” e 0,402 para “sentiu-se envergonhado”. Valores considerados de concordância moderada (para Kappa entre 0,41-0,60) e de concordância regular (para Kappa entre 0,21-0,40) (LANDIS; KOCH, 1977).

Entretanto, ao contrário do SOHO-5, a correlação de Spearman mostrou significância entre as aplicações do questionário, com exceção de dois itens: “incomodado ao comer algum alimento” ($p=0,10$) e “dificuldade para relaxar” ($p=0,11$). Assim, apesar de ter sido observada uma correlação positiva entre os itens do instrumento, o índice Kappa mostrou que essa concordância variou de regular a moderada.

Essa limitação de concordância pode estar relacionada à tentativa de resgate do efeito memória entre os intervalos de aplicação dos questionários. Durante o período de coleta dos dados, alguns escolares relataram, por exemplo, não recordar das respostas anteriores. Ou na segunda aplicação os participantes estavam mais familiarizados com os questionários, ou ainda se novas experiências ocorreram neste intervalo.

Abanto *et al.*, (2011) considera a cárie dentária como a condição bucal que mais associada ao impacto na qualidade de vida de pré-escolares. No entanto, ao se verificar a associação da experiência de cárie com o SOHO-5 (Tabela 7), observou-se através do teste exato de Fisher que não houve associação estatisticamente significativa entre os dois fatores, seja no *baseline*, seja após o intervalo de 30 dias.

A Tabela 8 descreve a relação entre a cárie dentária e o OHIP-14 nos dois momentos de aplicação, houve associação estatisticamente significativa entre as variáveis: “parar suas refeições” ($p=0,04$) e “envergonhado” ($p=0,02$), constatado apenas na segunda aplicação do instrumento e, apenas o item “incapaz de fazer suas atividades diárias” obteve essa relação significativa nos dois intervalos de aplicação ($p<0,01$ e $p=0,01$, respectivamente). Resultado oposto ao observado por Slade (1997), que mostrou que pontuações maiores do OHIP foram obtidas quando utilizado em indivíduos que apresentavam condições clínico-odontológicas menos favorecidas, como maior prevalência de cárie dentária não tratada, por exemplo.

Contudo, apesar de SLADE (1997) ter criado uma versão reduzida, o OHIP-14, mantendo as sete dimensões do questionário original e constatar que as catorze questões propostas são efetivas para revelar as mesmas associações com fatores clínicos e sociodemográficos observados na utilização do instrumento original, Ferreira; Loureiro; Araújo (2004) acreditam que a redução do número de itens do OHIP-49, do qual se derivou o OHIP-14, também pode ter contribuído

para diminuir a confiabilidade do instrumento em consonância com o princípio geral da psicometria que estabelece que “a consistência de uma escala decresce à medida que decresce o número de itens”, uma vez que o OHIP-14 apresenta menos de um terço dos itens do instrumento original, o que pode explicar os valores de confiabilidade obtidos nesse estudo.

Essa fragilidade percebida pode ser associada ao fato de o teste Kappa, descrito anteriormente, ter mostrado valores de concordância regular a moderada. Resultado este, que pode ser comparado ao observado no estudo de Ferreira, Loureiro; Araújo (2004), no qual concluiu que esse instrumento apresenta boa validade de conteúdo para selecionar grupos de pacientes com autopercepção da necessidade de tratamento, porém, validade moderada para identificar pacientes com relato de cárie dentária.

Contudo, o OHIP-14 mostrou-se um instrumento mais adequado para mensuração de QVRSB que o SOHO-5. Mas, ainda são bastante controversos os resultados de alguns estudos acerca dos impactos da correlação entre os problemas bucais e a qualidade de vida (FOSTER *et al.*, 2013; GHIJSELINGS *et al.*, 2014). A variabilidade de metodologias empregadas em outros estudos, incluindo os questionários para aferição da qualidade de vida, bem como as faixas etárias estudadas e intervalos de aplicação dos questionários limitam comparações diretas com esta pesquisa. Além disso, tanto a natureza do impacto quanto a magnitude podem variar de acordo com as diferentes origens culturais existentes entre os países e até mesmo dentro do próprio país (PERES *et al.*, 2013).

Assim, este estudo observou que apesar de terem seguidos todo um protocolo de validação de instrumento (validação de face, conteúdo e constructo) como recomenda Goés *et al.* (2006), ambos os questionários quando aplicado no teste-reteste aos mesmos participantes e sob as mesmas condições de aplicação apresentaram alteração do padrão de resposta.

Dessa forma, faz-se necessário o desenvolvimento de mais estudos que visem uma adaptação dos instrumentos de mensuração da QVRSB à realidade do local na qual se pretende avaliar. Dessa forma, será possível explorar melhor a percepção individual dos impactos dos problemas bucais na qualidade de vida, extrapolando os resultados para elaboração de políticas de saúde pública mais efetivas.

7 CONCLUSÃO

- ✓ Não houve concordância entre o padrão de resposta das crianças de 5 anos nos dois momentos de aplicação do questionário para todos os itens e concordância de regular a moderada entre as respostas das crianças de 12 anos;
- ✓ Tanto o SOHO-5 quanto OHIP-14 mostraram alteração do padrão de resposta no intervalo de um mês entre a aplicação de teste e reteste.
- ✓ Para os pré-escolares, a experiência de cárie não se relacionou com as variáveis do SOHO-5, mas se associou a dois itens o OHIP-14 “incomodado ao comer algum alimento” e “envergonhado”.
- ✓ Apesar de alterar o padrão de respostas, o OHIP-14 apresentou melhor reprodutibilidade que o SOHO-5

REFERÊNCIAS*

Abanto J, Carvalho TS, Mendes FM, Wanderley MT, Bönecker M; Raggio DP Impact of oral diseases and disorders on oral health-related quality of life of preschool children. *Commun Dent Oral Epidemiol*. 2011 39:105-14.

Abanto J, Tsakos G, Paiva SM, Raggio DP, Goursand D, Bönecker M. Cross-cultural adaptation and psychometric properties of the Brazilian version of the Scale of Oral Health Outcomes for-5-year-old children (SOHO-5). *Health Qual Life Outcomes* 2013a;11:16.

Abanto J, Tsakos G, Ardenghi TM, Paiva SM, Raggio DP, Sheiham A, *et al*. Responsiveness to change for the Brazilian Scale of Oral Health Outcomes for 5-year-old children (SOHO-5). *Health Qual Life Outcomes*. 2013b;11:137.

Abanto J, Tsakos G, Ardenghi TM, Paiva SM, Raggio DP, Celiberti P, Bönecker M. Agreement between children aged 5–6 years and their mothers in rating child oral health-related quality of life. *Int J Paediatr Dent*. 2014a Sep;24(5):373-9

Abanto J, Tsakos G, Paiva SM, Carvalho TS, Raggio DP, Bönecker M. Impact of dental caries and trauma on quality of life among 5- to 6-year-old children: perceptions of parents and children. *Community Dent Oral Epidemiol* 2014b. 42(5):385-94.

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.

Almeida AM, Loureiro CA, Araújo, VE. Um estudo transcultural de valores de saúde bucal utilizando o instrumento OHIP 14 na forma simplificada. *UFES Rev Odontol* 2004; 6(1):6-15

Al Shamrany M. Oral health-related quality of life: a broader perspective. *East Mediterr Health J* 2006; 12:894-901.

Assumpcao JR, Francisco B; Kuczynski E, Sprovieri MH, Aranha EMG. Escala de avaliação de qualidade de vida: AUQEI (autoquestionnaire Qualité de Vie Infant Imagé) validade e confiabilidade de uma escala para qualidade de vida em crianças de 4 a 12 anos. *Arq neuropsiquiatr*. 2000; 58(1):119-27.

Bae KH, Kim HD, Jung SH, Park DY, Kim JB, Paik DI, *et al.* Validation of the Korean version of the oral health impact profile among the Korean elderly. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2007;35(1):73-9.

Barbieri CH, Rapoport A. Avaliação da qualidade de vida dos pacientes reabilitados com próteses implant-muco-suportadas versus próteses totais convencionais. *Rev Bras Cir Cab e Pesc* 2009; 38(2): 86-7.

Barbosa TS, Gavião MB. Oral health-related quality of life in children: part III. Is there agreement between parents in rating their children's oral health-related quality of life? A systematic review. *Int J Dent Hyg* 2008; 6: 108–13.

Barbosa TS, Mialhe FL, Castilho ARF, Gavião MBD. Qualidade de vida e saúde bucal em crianças e adolescentes: aspectos conceituais e metodológicos. *Physis Rev Saúd Col*, 2010; 20(1): 283-300,

Barbosa TS, Tureli MCM, Nobre-dos-Santos M, Puppim-Rontani RM, Gavião MBD. The relationship between oral conditions, masticatory performance and oral-health-related quality of life in children. *Arch Oral Biol* 2013; 58: 1070–7.

Bastos JM, Saliba NA, Unfer B. Considerações a respeito de SB e classes sociais. *Rev paul odonto.* 1996; 38(4): 38-41.

Behling O, Law KS. Translating questionnaires and other research instruments: problems and solutions. Thousand Oaks: Sage, 2000.

Benedetti TRB, Antunes PC, Rodriguez-Añes CR. Reprodutibilidade e validade do questionário internacional de atividade física (IPAQ) em homens idosos. *Rev Bras Med Esporte* 2007; 13(1): 11-6.

Bergner M, Bobbitt RA, Carter WB, Gilson BS. The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure. *Med Care.* 1981; 19(8): 787-805.

Biazevic MGH. Indicadores subjetivos em saúde bucal: uma revisão sistemática [Dissertação] São Paulo: Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, 2001.

Brasil. Ministério da Saúde Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, 2012. Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. _____. Agência Nacional de Vigilância em Saúde. A ANVISA na redução à exposição involuntária à fumaça do tabaco. ANVISA: 2009.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério de Saúde. 2011.

http://189.28.128.100/dab/docs/geral/projeto_sb2010_relatorio_final.pdf

_____. _____. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. _____. Efetividade de ações de promoção à saúde bucal em populações de alto risco social – estudo de coorte prospectivo intervencional. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

Buczynski AK, Castro GF, de Souza IPR. O impacto da saúde bucal na qualidade de vida de crianças infectadas pelo HIV: revisão de literatura. Cien Saud Col 2008; 13(6): 1797-805,

Campos CC, Manzano GM, Andrade LB, Castelo Filho A, Nóbrega JAM. Tradução e validação do questionário de avaliação de gravidade dos sintomas e do estado funcional na síndrome do túnel do carpo. Arq Neuropsiquiatr 2003; 61(1):51-55.

Cardoso L, Rosing C, Kramer P, Costa CC, Costa Filho LC. Polarização da cárie em município sem água fluoretada. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(1): 237-243, jan./fev., 2003.

Castrejon-Perez RC, Borges-Yanez SA. Derivation of the short form of the Oral Health Impact Profile in Spanish (OHIP-EE-14). Gerodontology. 2012;29(2):155-8.

Castro R AL, Portela MC, Leao AT. Adaptação transcultural de índices de qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Cad. Saud Publ. 2007;23(10): 2275-84.

Ciconelli R.M, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). Rev Bras Reumatol. 1999; 39(3):143-50.

Choi SH, Kim BI, Cha JY, Hwang CJ. Impact of malocclusion and common oral diseases on oral health-related quality of life in young adults. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2015 May;147(5):587-95.

Costa SM, Vasconcelos M, Abreu MHNG. Impacto da cárie dentária na qualidade de vida de adultos residentes no entorno de Belo Horizonte, MG, Brasil. Cienc Saud Col. 18(7):1971-80.

Ekanayake L, Perera I. Validation of a Sinhalese translation of the Oral Health Impact Profile-14 for use with older adults. Gerodontology. 2003; 20(2):95-9.

Fayers PM, Machin D. Quality of life: the assessment, analysis, and interpretation of patient-reported outcomes. 2. ed. John Wiley, 2007. Disponível em: <
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9780470024522.fmatter/pdf>> Acesso em: 16/09/2015.

Fernandes IB, Ramos-Jorge J, Ramos-Jorge ML, Bönecker M, Abanto J, Marques LS *et al.* Correlation and comparative analysis of discriminative validity of the Scale of Oral Health Outcomes for Five-Year-Old Children (SOHO-5) and the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS) for dental caries. BMC Oral Health 2015; 15(29):1-7.

Ferreira CA, Loureiro CA, Araújo VE. Propriedades psicométricas de indicador subjetivo aplicado em crianças. Rev Saud Publ. 2004;38(3):445-52.

Fleck MPA, Leal OF; Louzada S. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). Rev Bras Psiquiatr. 1999; 21(1):19-28.

Filstrup SL, Briskie D, da Fonseca M, Lawrence L, Wandera A, Inglehart MR. Early childhood caries and quality of life: child and parent perspectives. Pediatr Dent. 2003 Sep-Oct; 25(5):431-40.

Foster Page LA, Boyd D, Thomson WM. Do we need more than one Child Perceptions Questionnaire for children and adolescents? BMC Oral Health 2013; 13:26.

Freire MCM, Sheiham A, BINO YA. Hábitos de higiene bucal e fatores sociodemográficos em adolescentes. Rev. bras. epidemiol. 2007; 10(4): 606-14.

Ghijssels I, Brosens V, Willems G, Fieuws S, Clijmans M, Lemiere J. Normative and self-perceived orthodontic treatment need in 11-to 16-year-old children. Eur J Orthod 2014; 36: 179–185.

Góes PSA, Fernandes LMA, Lucena LBSL. Validação de instrumentos de coleta de dados. In: Antunes JLF, Peres MA. Epidemiologia da saúde bucal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

Guedes DP, Lopes CC, Guedes JERP. Reprodutibilidade e validade do questionário internacional de atividade física em adolescentes. Rev Bras Med Esporte 2005; 11(2):151-8.

Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. J clin epidemiol, 1993; 46(12):1417-32.

Griep RH, Chor D, Faerstein E, Lopes C. Apoio social: confiabilidade teste-reteste de escala no estudo pró-saúde. Cad Saud Publ. 2004 Mar-Abr Rio de Janeiro; 19(2):625-34.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2014. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/>> Acesso em: 01 Set 2014.

Jokovic A, Locker D, Stephens M, Kenny D, Tompson B. Validity and reliability of a questionnaire for measuring child oral health-related quality of life. J Dent Res. 2002; 81: 459–463.

John MT, Miglioretti DL, LeResche L, Koepsell TD, Hujoel P, Micheelis W. German short forms of the Oral Health Impact Profile. Community Dent Oral Epidemiol. 2006;34(4):277-88.

Kushnir D, Zusman SP, Robinson PG. Validation of a Hebrew version of the Oral Health Impact Profile 14. *J Public Health Dent.* 2004;64(2):71-5.

Lacerda JT, Castilho EA, Calvo MCM, Freitas SFT. Saúde bucal e o desempenho diário de adultos em Chapecó, Santa Catarina, Brasil. *Cad Saud Publ.* 2008; 24(8): 1846-58.

Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1977; 33: 159-174.

Lawrence HP, Thomson WM, Broadbent JM, Poulton R. Oral health related quality of life in a birth cohort of 32-year olds. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2008; 36(4):305-16.

Leal SC, Bronkhorst EM, Fan M, Frencken JE. Untreated cavitated dentine lesions: impact on children's quality of life. *Caries Res* 2012; 46: 102–106.

Leao A, Sheiham A. Relation between clinical dental status and subjective impacts on daily living. *J Dent Res.* 1995;74(7):1408-13.

Locker D, Jokovic A, Stephens M, Kenny D, Tompson B, Guyatt G. Family impact of child oral and oro-facial conditions. *Community dent oral epidemiol.* 2002; 30(6): 438-48.

Lopes J, Kaimen-Maciel DR, Matsuo T. Adaptação transcultural e validação da escala de impacto de esclerose múltipla. *Rev Neurocienc* 2011;19(3):433-40.

López R, Baelum V. Oral health impact of periodontal diseases in adolescents. *J Dent Res.* 2007; 86(11):1105-9.

Machado CSM, Ruperto N, Silva CHM, Ferriani VPL, Roscoe I, Campos LMA, *et al.* The Brazilian version of the Childhood Health Assessment Questionnaire (CHAQ) and the Child Health Questionnaire (CHQ). *Clin Exp Rheumatol.* 2001;19 (Suppl 23):25-29.

McGrath C, Broder H, Wilson-Genderson M. Assessing the impact of oral health on the life quality of children: implications for research and practice. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2004;32:81-85.

Martins AMEBL, Jones KM, Souza JGS, Pordeus IA. Associação entre impactos funcionais e psicossociais das desordens bucais e qualidade de vida entre idosos. *Ciênc Saúde Coletiva* 2014; 19(8):3461-78.

Martins GA. Sobre a confiabilidade e validade. *RBGN* 2006; 8(20):1-12.

Miotto MHMB, Barcellos LA, Velten DB. Avaliação do impacto na qualidade de vida causado por problemas bucais na população adulta e idosa em município da Região Sudeste. *Ciênc Saúd Col* 2012, 17(2):397-406.

Mulhern RK, Horowitz ME, OCHS J. Assessment of quality of life among pediatric patients with cancer: Psychological assessment. *J Consult Clinic Psychol.* 1989;1: 130-6.

Navabi N, Nakhaee N, Mirzadeh A. Validation of a Persian Version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-14). *Iran J Public Health.* 2010; 39(4):135-9.

Ng SK, Leung WK. Oral health-related quality of life and periodontal status. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2006;34(2):114-22.

Oliveira MAP, Parente RCM. Estudos de coorte e de caso-controle na era da medicina baseada em evidência. *Braz J Video Endosc Surg* 2010; 3(3):115-25.

Oliveira BH, Nadanovsky P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile—short form. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005; 33:307–14.

Pahel BT, Rozier RG, Slade GD. Parental perceptions of children's oral health: The Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). *Health Qual Life Outcomes.* 2007 Jan 30;5:6.

Papagiannopoulou V, Oulis CJ, Papaioannou W, Antonogeorgos G, Yfantopoulos J. Validation of a Greek version of the oral health impact profile (OHIP-14) for use among adults. *Health Qual Life Outcomes.* 2012;10:7.

Peres KG, Cascaes AM, Leão ATT, Côrtes MIS, Vettore MV. Sociodemographic and clinical aspects of quality of life related to oral health in adolescents. *Rev Saud Publ.* 2013; 47 suppl.3: 19-28.

Pereira JCR. Processamento e análise de variáveis qualitativas. *In: Análise dos dados qualitativos: estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais.* 3. ed. São Paulo: EDUSP, 2001

Pucca Jr GA, Costa JFR, Chagas LD, Silvestre RM. Oral health policies in Brazil. *Braz Oral Res.* 2009; 23 Suppl 1:9-16.

Rebok G, Riley A, Forrest C, Starfield B, Green B, Robertson J, Tambor E. Elementary school-aged children's reports of their health: a cognitive interviewing study. *Qual Life Res.* 2001; 10(1):59-70.

Sanders AE, Slade GD, Lim S, Reisine, ST. Impact of oral disease on quality of life in the US and Australian populations. *Community Dent Health* 2009; 37(2):171-181.

Santos HHANM, Aguiar AGO, Baeck HE, VAN BORSEL J. Translation and preliminary evaluation of the Brazilian Portuguese version of the Transgender Voice Questionnaire for male-to-female transsexuals. *CoDAS* 2015;27(1):89-96.

Saub R, Locker D, Allison P. Derivation and validation of the short version of the Malaysian Oral Health Impact Profile. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2005;33(5):378-83.

Segre M, Ferraz F C. O conceito de saúde. *Rev Saud Publ.* 1997; 31(5): 538-42.

Segu M, Collesano V, Lobbia S, Rezzani C. Cross-cultural validation of a short form of the Oral Health Impact Profile for temporomandibular disorders. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2005;33(2):125-30.

Sheiham A. Dental caries affects body weight, growth and quality of life in pre-school children. *Br Dent J* 2006; 201:625–6.

Schuch HS, Costa FS, Torriani DD, Demarco FF, Goettems ML. Oral-health-related quality of life of schoolchildren: impact of clinical and psychosocial variables. *Int J Paediatr Dent.* 2015; 25:358-65.

Slade GD. Derivation and validation of a Short-Form Oral Health Impact Profile. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1997; 25:284–90.

Slade GD, Spencer AJ. Social impact of oral disease among older adults. *Aust Dent J*. 1994; 39: 358-64.

Sousa TF, Fonseca SA, José HPM, Nahas MV. Validade e reprodutibilidade do questionário Indicadores de Saúde e Qualidade de Vida (Isaq-A). *ACES* 2012; 1(1): 21-30.

Theunissen NC, Vogels TG, Koopman HM *et al*. The proxy problem: child report versus parent report in health related quality of life research. *Qual Life Res*. 1998; 7: 387–397.

Tsakos G, Blair YI, Yusuf H, Wright W, Watt RG, Macpherson LMD. Developing a new self-reported scale of oral health outcomes for 5-year-old children (SOHO-5). *Health Qual Life Outcomes*. 2012; 10: 62.

Vetter TR, Bridgewater CL, McGwin G. An observational study of patient versus parental perception of health-related quality of life in children and adolescents with a chronic pain condition: who should the clinical believe? *Health Qual Life Outcomes* 2012; 10:85.

Wallander JL, Schmitt M, Koot HM. Quality of life measurement in children and adolescents: issues, instruments, and applications. *J Clin Psycho* 2001; 57(4): 571-85.

Weintraub J.A. Uses of oral health related quality of life measures in public health. *Community dent health* 1998; 15(1): 8-12.

World Health Organization. WHOQOL:measuring quality of life. The World Health Organization quality of life instruments. Geneva: World Health Organization, 1997. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf > Acesso em: 15/09/2015.

Yiengprugsawan V, Somkotra T. Oral Health-Related Quality of Life among a large national cohort of 87,134 Thai adults. *Health Qual Life Outcomes* 2011; 9(1):42.

Xin WN, Ling JQ. Validation of a Chinese version of the oral health impact profile-14. *Zhonghua Kou Qiang Yi Xue Za Zhi*. 2006; 41(4):242-5.

Zhang M, McGrath C, Hägg U. Who knows more about the impact of malocclusion on children's quality of life, mothers or fathers? *Eur J Orthod.* 2007; 29:180–185.

* De acordo com as normas do PPGO/UFPB, baseadas na norma do International Committee of Medical Journal Editors - Grupo de Vancouver. Abreviatura dos periódicos em conformidade com o Medline.

ANEXO

UNIVERSIDADE FEDERAL DA
PARAÍBA - CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EFETIVIDADE DE AÇÕES DE PROMOÇÃO À SAÚDE BUCAL EM POPULAÇÕES DE ALTO RISCO SOCIAL : ESTUDO DE CÓORTE PROSPECTIVO INTERVENÇIONAL

Pesquisador: Fabio Correia Sampaio

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 33087414.0.0000.5188

Instituição Proponente: Universidade Federal da Paraíba

Patrocinador Principal: COLGATE-PALMOLIVE COMERCIAL LTDA.

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 732.160

Data da Relatoria: 24/07/2014

Apresentação do Projeto:

O referido projeto justifica-se pela criação de novas práticas em saúde, de acordo com a Política Nacional de Saúde bucal, nas quais haja integração das ações clínicas e de saúde pública coletiva, com uma relação de trabalho baseada na atuação multiprofissional e interdisciplinar do conhecimento.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

O objetivo geral desta pesquisa é implantar e avaliar a efetividade de uma frente da Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil, que segue os princípios da intersetorialidade, equidade e universalização do acesso aos cuidados preventivos, restauradores e reabilitadores, em cidades de alto risco social, visando reduzir a incidência de cárie e de outros agravos a saúde bucal nesta população e levar à conscientização sobre hábitos saudáveis para a manutenção da saúde.

Objetivo Secundário:

Os objetivos específicos foram divididos em 4 fases: 3.1.1 Fase I – Identificação da prevalência das condições de saúde bucal e seus indicadores de risco (Baseline – Estudo transversal). Avaliar a prevalência da cárie dentária e outras condições de saúde bucal no Estado da Paraíba em 5 grupos etários: crianças aos 5 anos, crianças aos 12 anos, adolescentes de 15 a 19 anos, adultos de 35 a

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOÃO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: eticacccs@ccs.ufpb.br

Continuação do Parecer: 732.160

44 anos e idosos de 65 a 74 anos. Avaliar o perfil e grau de conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) sobre saúde bucal. Avaliar a associação de variáveis socioeconômicas, ambientais e comportamentais na prevalência de cárie dentária. Avaliar o impacto da cárie dentária na qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB). 3.1.2 Fase II – Intervenção nos problemas por meio de atividades curativas, educativas e preventivas ao longo do estudo na amostra do baseline (Estudo de coorte). Oferecer o atendimento clínico odontológico e procedimentos de atenção básica em relação às necessidades de tratamento priorizando a eliminação de focos infecciosos. Implantar e promover o acesso universalizado à escova e ao creme dental fluoretado à população total dos municípios envolvidos. Aplicar flúor tópico profissional em verniz a cada 6 meses nos domicílios por meio de cirurgiões-dentistas quando nos indivíduos que apresentam lesões de mancha branca e/ou lesões de cárie cavitadas (Coorte de expostos). Orientar a higiene bucal domiciliar (quantidade e técnica de escovação com uso de dentífrico fluoretado), dieta em relação a alimentos cariogênicos e prevenção de câncer bucal a cada 6 meses, por meio de ACS. 3.1.3 Fase III – Acompanhamento e reavaliação das condições de saúde bucal e seus fatores de risco na amostra do baseline (Estudo de coorte). Reavaliar anualmente a incidência de cárie dentária e outras condições de saúde bucal dos indivíduos pelo período de cinco anos. Reavaliar anualmente o grau de conhecimento dos ACS sobre saúde bucal pelo período de cinco anos. Reavaliar a associação de variáveis socioeconômicas, ambientais e comportamentais na incidência de cárie dentária. Reavaliar anualmente o impacto das condições de saúde bucal na QVRSB pelo período de cinco anos. 3.1.4 Fase IV – Identificação da prevalência da cárie dentária e seus indicadores de risco (Final – Estudo transversal). Avaliar a prevalência da cárie dentária no estado da Paraíba em 5 novos grupos etários: crianças aos 5 anos, crianças aos 12 anos, adolescentes de 15 a 19 anos, adultos de 35 a 44 anos e idosos de 65 a 74 anos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos previsíveis são mínimos uma vez que serão adotados os mesmos critérios recomendados pelo Ministério da Saúde para estudos de base populacional. O desconforto para a realização do exame intra-bucal durante a visita domiciliar é esperado e pode ser relatados por indivíduos de 65-74 anos. O mesmo se aplica as medidas de intervenção (aplicação de flúor) que serão as mesmas medidas adotadas pelos CDs no PSF.

Benefícios:

O presente projeto representa uma oportunidade de avaliar o impacto de medidas simples em

Endereço: UNIVERSITÁRIO S/N
Bairro: CASTELO BRANCO CEP: 58.051-900
UF: PB Município: JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 Fax: (83)3216-7791 E-mail: eticaccs@ccs.ufpb.br

Continuação do Parecer: 732.180

saúde bucal em uma população de risco social. O grande benefício do projeto é mensurar o impacto social das medidas em saúde pública como acesso a kits de higiene, orientações em saúde e mínima intervenção. É importante ressaltar que esse projeto representa uma das mais importantes iniciativas do Ministério da Saúde avaliar políticas públicas em saúde bucal que tenham impacto em populações de risco social. Ressaltamos que o projeto de de longo prazo (5 anos) para garantir uma avaliação consistente e sistemática desse processo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante para a avaliação e melhoria dos serviços de saúde pública no Brasil com metodologia bem atualizada e fundamentada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória estão dentro dos padrões do CEP.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há lista de inadequações ou pendências. Sou de parecer favorável para a execução do projeto salvo melhor juízo.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

JOAO PESSOA, 30 de Julho de 2014

Assinado por:
Eliane Marques Duarte de Sousa
(Coordenador)

Endereço: UNIVERSITARIO S/N
Bairro: CASTELO BRANCO CEP: 58.051-900
UF: PB Município: JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 Fax: (83)3216-7791 E-mail: eticaccs@ccs.ufpb.br

APÊNDICE

Apêndice A

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA- CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Programa de Pós-graduação em Odontologia – PPGO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: REPRODUTIBILIDADE DE QUESTIONÁRIOS DE QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL ATRAVÉS DO SOHO-5 E OHIP-14: ESTUDO DE COORTE EM CURTO PRAZO

Pesquisadores responsáveis: Marcos Alexandre Casimiro de Oliveira
Prof. Dr. Fábio Correia Sampaio

Prezado (a) Senhor (a),

Este é um convite para você e/ou seu filho participar da pesquisa promovida pelo Programa de Pós-graduação em Odontologia da Universidade Federal da Paraíba. Trata-se de um projeto que tem por objetivo avaliar o impacto da cárie dentária na qualidade de vida relacionada à saúde bucal.

A 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.** Para realizar este estudo será necessário que você e/ou seu filho(a) respondam a dois questionários relacionados às suas condições socioeconômicas, ambientais, comportamentais e qualidade de vida relacionada à saúde bucal por meio de uma entrevista com o próprio pesquisador que o visitará no seu domicílio. **Como este estudo se trata apenas de entrevistas, existe um risco de desconforto mínimo previsto pela sua participação ou a do seu filho(a).** Os benefícios que você terá será a indicação para elaboração de estratégias para melhor eficácia das intervenções clínicas para tratar os problemas bucais, utilizando a qualidade de vida como um dos principais parâmetros. **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. Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhuma publicação.

Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Consentimento Livre e Esclarecido: Declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos e concordo em participar voluntariamente dessa pesquisa.

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o pesquisador Fábio Correia Sampaio, telefone: (83) 32167795. End. NEPIBIO-CCS-UFPB, Castelo Branco, João Pessoa- PB

e-mail: fabios@ccs.ufpb.br

(Assinatura do pesquisador)

(Assinatura do participante da pesquisa)



(Nome do responsável no caso de participante menor de idade, e anexar termo de assentimento)

Em caso de dúvidas quanto aos seus direitos, você pode entrar em contato com:

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde no endereço: Universidade Federal da Paraíba, Campus I - Cidade Universitária - Castelo Branco - CEP: 58.051-90 - João Pessoa-PB - Telefone: (083) 3216 7791.

Apêndice B

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA- CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
Programa de Pós-graduação em Odontologia – PPGO

TERMO DE ASSENTIMENTO

Título do projeto: REPRODUTIBILIDADE DE QUESTIONÁRIOS DE QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL ATRAVÉS DO SOHO-5 E OHIP-14: ESTUDO DE COORTE EM CURTO PRAZO

Pesquisadores responsáveis: Marcos Alexandre Casimiro de Oliveira
Prof. Dr. Fábio Correia Sampaio

Olá, você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA CÁRIE DENTÁRIA NA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL ATRAVÉS DO SOHO-5 E OHIP-14” Seus pais permitiram que você participasse.

Queremos saber se você escova os dentes e cuida dos dentes. Se você já domina a escrita pode confirmar sua participação com este documento. **Se você não quiser participar da pesquisa não tem problema em desistir.**

A pesquisa vai ser realizada aqui na sua casa. Tudo o que você tem que fazer é responder a sete perguntas sobre os seus dentes.

Caso aconteça algum incômodo ou algo de errado, você deve avisar aos seus pais para ligar para o telefone do pesquisador Fabio Correia Sampaio 3216 7795.

Ninguém saberá que você está participando da pesquisa, não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que você nos der.

Os resultados da pesquisa vão ser publicados, mas sem divulgar o nome ou qualquer informação que possa te identificar. Quando terminarmos a pesquisa explicaremos os resultados para os seus pais e para você.

Assim,

Eu _____ aceito participar da pesquisa apresentada no texto acima.

Entendi as coisas ruins e as coisas boas que podem acontecer. Entendi que posso dizer “sim” e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer “não” e desistir que ninguém vai ficar com raiva por isso. Os pesquisadores tiraram minhas dúvidas e conversaram com os meus responsáveis/pais. Recebi uma cópia deste termo de assentimento e li e concordo em participar da pesquisa marcando e/ou assinando este documento:

- () **SIM** vou participar da pesquisa
() **NÃO** quero participar da pesquisa

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura do menor

Assinatura do(a) pesquisador(a)

Apêndice C

REPRODUTIBILIDADE DE QUESTIONÁRIOS DE QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL ATRAVÉS DO SOHO-5 E OHIP-14: ESTUDO DE COORTE EM CURTO PRAZO



FICHA PARA EXAME

IDENTIFICAÇÃO DA ESCOLA		CIDADE		EXAMINADOR		
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		IDADE	SEXO		PERMITIU A REALIZAÇÃO DO EXAME	
			M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não

Condições comportamentais

ESCOVA DE DENTES PRÓPRIA		USO DE PASTA DE DENTES COM FLUOR		FREQUENCIA DE ESCOVAÇÃO	
<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não

CONSUMO DE BEBIDA ALCOÓLICA		USO DE TABACO	
<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
FREQUENCIA DO CONSUMO		FREQUENCIA DO CONSUMO	
<input type="checkbox"/> diário	<input type="checkbox"/> diário	<input type="checkbox"/> diário	<input type="checkbox"/> diário
<input type="checkbox"/> semanal	<input type="checkbox"/> semanal	<input type="checkbox"/> semanal	<input type="checkbox"/> semanal
<input type="checkbox"/> mensal	<input type="checkbox"/> mensal	<input type="checkbox"/> mensal	<input type="checkbox"/> mensal
<input type="checkbox"/> eventos sociais	<input type="checkbox"/> eventos sociais	<input type="checkbox"/> eventos sociais	<input type="checkbox"/> eventos sociais
<input type="checkbox"/> nunca	<input type="checkbox"/> nunca	<input type="checkbox"/> nunca	<input type="checkbox"/> nunca

Condições Socioeconômicas

NÚCLEO FAMILIAR	NÚMERO DE IRMÃOS (5, 12, 15-19 ANOS)	GRAU DE ESCOLARIDADE
<input type="checkbox"/> mora sozinho	<input type="checkbox"/> nenhum	<input type="checkbox"/> analfabeto
<input type="checkbox"/> mãe e pai	<input type="checkbox"/> um	<input type="checkbox"/> ensino fundamental completo
<input type="checkbox"/> mãe solteira	<input type="checkbox"/> dois	<input type="checkbox"/> ensino fundamental incompleto
<input type="checkbox"/> pai solteiro	<input type="checkbox"/> três	<input type="checkbox"/> ensino médio completo
<input type="checkbox"/> divorciado (a)	<input type="checkbox"/> mais de três	<input type="checkbox"/> ensino médio incompleto
<input type="checkbox"/> viúvo (a)		<input type="checkbox"/> ensino superior completo
<input type="checkbox"/> outros		<input type="checkbox"/> ensino superior incompleto

NÚMERO DE PESSOAS QUE RESIDEM EM CASA	NÚMERO DE CÔMODOS

CÁRIE DENTÁRIA (ceod/CPOD) E NECESSIDADE DE TRATAMENTO (PARA TODAS AS IDADES)

CÁRIE DENTÁRIA E NECESSIDADE DE TRATAMENTO

Todos os grupos etários. Condição de Raiz, somente de 35 a 44 e 65 a 74 anos

	18	17	16	15	14	13	12	11	61	62	63	64	65	26	27	28
Coroa																
Raiz																
Trat.																

	48	47	46	45	44	43	42	41	71	72	73	74	75	36	37	38
Coroa																
Raiz																
Trat.																

Dentes Decíduos	Código		Condição
	Dentes Permanentes		
	Coroa	Raiz	
A	0	0	Higido
B	1	1	Cariado
C	2	2	Restaurado mas com cárie
D	3	3	Restaurado mas sem cárie
E	4	Não se aplica	Perdido devido à cárie
F	5	Não se aplica	Perdido por outra razão
G	6	Não se aplica	Apresenta selante
H	7	7	Apoio de ponte ou coroa
K	8	8	Não erupcionado - raiz não exposta
L	9	9	Dente excluído
T	t	Não se aplica	Trauma (fratura)

ALTERAÇÕES DO TECIDO (PARA TODAS AS IDADES)

--	--

Código	Tratamento	Código	Tratamento
0	Nenhum	5	Tratamento pulpar e restauração
1	Restauração de 1 superfície	6	Extração
2	Restauração de 2 ou mais superfície	7	Remineração de mancha branca
3	Coroa por qualquer razão	8	Selante
4	Faceta estética	9	Sem informação

OHIP-14 VERSÃO CURTA (de Oliveira BH, Nadanovsky P, 2005)

NOS ÚLTIMOS SEIS MESES, POR CAUSA DE PROBLEMAS COM SEUS DENTES, SUA BOCA OU DENTADURA:	NUNCA	RARAMENTE	AS VEZES	REPETIDAMENTE	SEMPRE
1. você teve problemas para falar alguma palavra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. você sentiu que o sabor dos alimentos tem piorado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. você sentiu dores em sua boca ou nos seus dentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. você se sentiu incomodada(o) ao comer algum alimento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. você ficou preocupada(o)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. você se sentiu estressada(o)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. sua alimentação ficou prejudicada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. você teve que parar suas refeições?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. você encontrou dificuldade para relaxar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. você se sentiu envergonhada(o)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. você ficou irritada(o) com outras pessoas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. você teve dificuldade para realizar suas atividades diárias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. você sentiu que a vida, em geral, ficou pior?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. você ficou totalmente incapaz de fazer suas atividades diárias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SOHO-5 VERSÃO DA CRIANÇA (Abanto et al. 2013)

ALGUMA VEZ FOI DIFÍCIL PARA VOCÊ.....	Não	Um pouco	Muito
1. ...comer por causa dos seus dentes/dentinhos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...beber por causa dos seus dentes/dentinhos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ...falar por causa dos seus dentes/dentinhos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...brincar por causa dos seus dentes/dentinhos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ...dormir por causa dos seus dentes/dentinhos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Alguma vez você deixou de sorrir porque não gostou dos seus dentes (dentinhos)/ porque achou seus dentes (dentinhos) feios?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Alguma vez você deixou de sorrir porque os seus dentes (dentinhos) estavam doendo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



NÃO



UM POUCO



MUITO

Apêndice D

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

Ilma Sra. Prof. Ana Paula Lopes Pereira

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada *REPRODUTIBILIDADE DE QUESTIONÁRIOS DE QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL ATRAVÉS DO SOHO-5 E OHIP-14: ESTUDO DE COORTE EM CURTO PRAZO* a ser realizada na Escola Estadual de Ensino Fundamental e Médio Valdemiro Wanderley de Oliveira, pelo **aluno de pós-graduação Marcos Alexandre C. de Oliveira**, sob orientação do **Prof. Dr. Fábio Correia Sampaio**, com o objetivo de avaliar a reprodutibilidade de questionários de qualidade de vida relacionada à saúde bucal através do SOHO-5 e OHIP-14 aplicados à escolares nesta instituição. Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final bem como em futuras publicações na forma de artigo científico.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados sejam utilizados tão somente para realização deste estudo.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Diretoria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessária.

Santa Cruz, 15 de março de 2015.

Marcos Alexandre C. de Oliveira
Marcos Alexandre C. de Oliveira
Pesquisador Responsável do Projeto

Concordamos com a solicitação Não concordamos com a solicitação

Ana Paula Lopes Pereira
Ana Paula Lopes Pereira
Diretora Escolar

Ana Paula Lopes Pereira
Diretora
Aut. N° 10.053

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA


Ilma Sra. Prof. Marilene Soares da Silveira

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada *REPRODUTIBILIDADE DE QUESTIONÁRIOS DE QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL ATRAVÉS DO SOHO-5 E OHIP-14: ESTUDO DE COORTE EM CURTO PRAZO* a ser realizada no **Centro Educacional Francisca Vitória de Oliveira**, pelo **aluno de pós-graduação Marcos Alexandre C. de Oliveira**, sob orientação do **Prof. Dr. Fábio Correia Sampaio**, com o objetivo de avaliar a reprodutibilidade de questionários de qualidade de vida relacionada à saúde bucal através do SOHO-5 e OHIP-14 aplicados à escolares nesta instituição. Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final bem como em futuras publicações na forma de artigo científico.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados sejam utilizados tão somente para realização deste estudo.

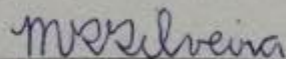
Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Diretoria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessária.

Santa Cruz, 15 de março de 2015.



Marcos Alexandre C. de Oliveira
Pesquisador Responsável do Projeto

Concordamos com a solicitação Não concordamos com a solicitação



Marilene Soares da Silveira
Diretora Escolar