

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

FLAVIA REGINA TOMEDI ORTIZ

**TRAUMATISMO DENTÁRIO E O DESEMPENHO DE ATIVIDADES
DIÁRIAS EM ADOLESCENTES DO RIO GRANDE DO SUL**

Porto Alegre, Brasil

2016

FLAVIA REGINA TOMEDI ORTIZ

**TRAUMATISMO DENTÁRIO E O DESEMPENHO DE ATIVIDADES
DIÁRIAS EM ADOLESCENTES DO RIO GRANDE DO SUL**

Dissertação como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

ORIENTADORA: Dr^a. Claides Abegg

Porto Alegre, Brasil.

2016

FLAVIA REGINA TOMEDI ORTIZ

**TRAUMATISMO DENTÁRIO E O DESEMPENHO DE ATIVIDADES
DIÁRIAS EM ADOLESCENTES DO RIO GRANDE DO SUL**

Dissertação como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Aprovado em 12 de julho de 2016

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Alexandre Favero Bulgarelli

Faculdade de Odontologia

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dr^a. Aline Blaya Martins de Santa Helena

Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dr^a. RAMONA FERNANDA CERIOTTI TOASSI,

Faculdade de Odontologia

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Ortiz, Flavia Regina Tomedi
TRAUMATISMO DENTÁRIO E O DESEMPENHO DE ATIVIDADES
DIÁRIAS EM ADOLESCENTES DO RIO GRANDE DO SUL /
Flavia Regina Tomedi Ortiz. -- 2016.
54 f.

Orientador: Claides Abegg.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS,
2016.

1. Traumatismo dentário. 2. Adolescentes. 3.
Qualidade de vida. 4. Saúde coletiva. I. Abegg,
Claides, orient. II. Título.

AGRADECIMENTOS

À Dra. Claides Abegg pela paciência e companheirismo nesta jornada, demonstrando ser uma pesquisadora dedicada, competente e inspiradora, mostrou-se fonte de conhecimento e amizade. Sem ela nada disso teria sido possível.

À minha família e amigos, por terem compreendido minhas ausências e ansiedades, sendo sempre berço de confiança e apoio.

À Prefeitura Municipal de Porto Alegre e a minha equipe, ESF Santa Fé, por acreditar na formação acadêmica como modo de qualificar o serviço.

À pesquisadora Dra. Helenita Correa Ely e demais colaboradores e financiadores pelo empenho na busca pelo conhecimento, que teve como um dos resultados o banco de dados utilizado nesta pesquisa.

RESUMO

Introdução: O traumatismo dentário está entre um dos principais problemas de saúde bucal, apresentando grande importância no contexto de saúde pública. Sua prevalência em adolescentes varia entre 4 e 30% e podem ter grande impacto tanto no sentido físico, quanto no sentido emocional e psicológico. **Objetivo:** Descrever como o traumatismo dentário se apresenta em adolescentes do Rio Grande do Sul, sua prevalência, dentes mais afetados, associações do traumatismo dentário com fatores socioeconômicos e seu impacto no desempenho de atividades diárias. **Metodologia:** Foi realizado um estudo transversal com escolares entre 12 anos e 15 e 19 anos de idade em 36 municípios do Estado do Rio Grande do Sul. A amostra foi de 3.160 escolares. Foi realizado exame clínico e aplicado fichas de avaliação de dados socioeconômicos (sexo, renda familiar, escolaridade da mãe) e dados relacionados ao impacto da saúde bucal no desempenho de atividades diárias, baseadas no instrumento “Oral Impact on Daily Performance” (OIDP). **Resultados:** De todos escolares avaliados, 3037 responderam todas questões relacionadas ao OIDP. A prevalência do traumatismo foi de 18,3%. Destes, 71,8% apresentaram só um dente traumatizado, sendo o incisivo central superior esquerdo afetado com maior frequência. Foi estatisticamente significativo para presença de trauma ser do sexo masculino e as questões relacionadas ao OIDP “deixar de sair e se divertir”, “dificuldade de falar” e “vergonha de falar ou sorrir”. Os adolescentes que apresentavam traumatismo dentário tinham 80% mais chance de “deixar de sair”, uma chance 54% maior de ter “vergonha de sorrir ou falar” e 57% mais chance de ter “dificuldade de falar”. **Discussão:** Estes resultados evidenciam o impacto de fatores associados à estética dentária na atividade diária dos adolescentes. O corpo, para os adolescentes, muitas vezes assume um importante papel na aceitação ou rejeição por parte do grupo. Deste modo, o traumatismo dentário, também pode desencadear problemas de autoestima e baixo desempenho escolar. Os resultados aqui encontrados em relação a prevalência do traumatismo, dente mais acometido, e maior chance de trauma em indivíduos do sexo masculino são semelhantes aos encontrados em outros estudos nacionais e internacionais. Em contrapartida, a relação entre variáveis sociodemográficas e o trauma não é consenso na literatura. Neste estudo as variáveis “renda familiar” e “escolaridade da mãe” não tiveram relação estatisticamente significativa com o traumatismo. **Conclusão:** Os resultados encontrados demonstram a relevância do traumatismo dentário como problema de saúde pública e que sua presença afetou o desempenho de atividades diárias dos adolescentes. Mais estudos sobre o tema, com desenhos mais robustos, tornam-se necessários.

Palavras-chave: “Traumatismo dentário”. “Adolescentes”. “Qualidade de Vida” “Saúde coletiva”.

ABSTRACT

Introduction: Dental trauma is among one of the leading oral health problems, with great importance in the public health context. Its prevalence in adolescents ranges from 4 to 30% and can greatly impact both in the physical sense and in the emotional and psychological sense. **Objective:** To describe how dental trauma is present in adolescents Rio Grande do Sul, its prevalence, most affected teeth, dental trauma associations with Socioeconomic factors and their impact on performance of daily activities. **Methods:** A cross-sectional study of schoolchildren between 12 years and 15 and 19 years of age in 36 municipalities of Rio Grande do Sul State. The sample was 3,160 students. We performed clinical examination and applied availability sheets of socioeconomic data (gender, family income, maternal education) and data relating to the impact of oral health in the performance of daily activities, based on instrument "Oral Impact on Daily Performance" (OIDP). **Results:** Of all schoolchildren, only 3037 answered all questions related to OIDP. The prevalence of injury was 18.3%. Of these, 71.8% had only a traumatized tooth, being the upper left central incisor affected more frequently. Was statistically significant for the presence of trauma being male and issues related to OIDP "let go and have fun," "difficult to speak" and "ashamed to talk or smile." The students who had dental trauma were 80% more likely to "let out" a chance 54% more likely to have "embarrassed to smile or talk" and 57% more likely to have "difficulty speaking." **Discussion:** These results show the impact of factors associated with dental aesthetics in daily activity of students. The body, for teens, often plays an important role in the acceptance or rejection by the group this way, dental trauma, can also trigger self-esteem problems and poor school performance. The present results regarding the prevalence of trauma, most affected tooth, and greater chance of trauma in males are similar to those found in other national and international studies. However, the relationship between sociodemographic and trauma is no consensus in the literature. In this study the variables "family income" and "mother's education" had no statistically significant relationship with the trauma. **Conclusion:** The results demonstrate the importance of dental traumatismo as a public health problem and that their presence can affect the performance of daily activities of adolescents. More studies on the subject, with more robust designs, become necessários.

Key-words: "Dental injury". "Adolescents". "Quality of life". "Public health"

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CPOD – Dentes Cariados, Perdidos e Obturados;

DIEESE (Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos)

ESB – Equipe de Saúde Bucal;

ESF – Equipe de Saúde da Família;

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística;

OIDP - *Oral Impact on Daily Performance*;

OMS – Organização Mundial da Saúde;

ONU - Organização das Nações Unidas;

SES – Secretaria Estadual de Saúde;

SBBRASIL – Inquérito Nacional de Saúde Bucal;

SB/RS - Inquérito Riograndense de Saúde Bucal;

S.M. – Salário Mínimo;

SPSS – Statistical Package for the social sciences;

SUS – Sistema Único de Saúde;

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul;

UNICEF – *United Nations Children's Fund* / Fundo das Nações Unidas para a Infância

WHO – *World Health Organization*

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	14
2.1	CLASSIFICAÇÕES DE TRAUMATISMO DENTÁRIO	14
2.2	REVISÃO DE LITERATURA	15
2.3	ADOLESCÊNCIA	19
3	OBJETIVOS	20
3.1	OBJETIVO GERAL	20
3.2	OBJETIVO ESPECÍFICO	20
4	METODOLOGIA	21
4.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO, LOCAL E POPULAÇÃO ALVO	21
4.2	SELEÇÃO DOS MUNICÍPIOS	21
4.3	SELEÇÃO DA AMOSTRA DOS INDIVÍDUOS	22
4.4	COLETA DE DADOS	23
4.5	VARIÁVEIS E MEDIDAS	24
5	PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	26
6	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	27
7	RESULTADOS	28
8	DISCUSSÃO	32
9	CONCLUSÃO	35
	REFERÊNCIAS	36
	ANEXOS	40
	ANEXO A – Classificação de traumatismo dentário segundo Andreasen	41
	ANEXO B – Classificação de traumatismo dentário segundo Garcia-Godoy	42
	ANEXO C – Classificação de traumatismo dentário segundo Ellis	43
	ANEXO D – Classificação de traumatismo dentário segundo United Kingdom Children's Dental Health Survey	44
	ANEXO E – Ficha de Exame Epidemiológico	46

ANEXO F – Ficha de avaliação socioeconômica, escolaridade, morbidade referida e de uso dos serviços - 12 anos	47
ANEXO G – Questionário de Avaliação Socioeconômica e Autopercepção da Saúde Bucal – 15 A 19 anos	48
ANEXO H – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	50
ANEXO I – Parecer do Comitê de Ética na pesquisa em saúde Escola de Saúde Pública	52
ANEXO J – Aprovação do Comitê de Ética na pesquisa em saúde Escola de Saúde Pública	53
ANEXO K – Parecer da Comissão de Pesquisa da UFRGS	54

APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado intitulada “**TRAUMATISMO DENTÁRIO E O DESEMPENHO DE ATIVIDADES DIÁRIAS EM ADOLESCENTES DO RIO GRANDE DO SUL**”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 2016. Para este estudo foram utilizados os dados coletados na pesquisa principal “Impacto da Estratégia da Saúde da Família no Perfil Epidemiológico de Saúde Bucal no Rio Grande do Sul, publicada em 2014 com o título de “Determinantes sociais e saúde bucal de adolescentes de municípios com e sem Estratégia da Saúde da Família”.

Este trabalho é apresentado nas seguintes partes:

1. Introdução
2. Revisão da Literatura
3. Objetivos
4. Metodologia
5. Resultados
6. Discussão
7. Conclusão
8. Referências
9. Anexos

1 INTRODUÇÃO

O traumatismo dentário está entre os agravos à saúde bucal que têm despertado crescente interesse da comunidade científica nos últimos anos (MARCENES et al., 1999). O aumento dos níveis de violência, do número de acidentes de trânsito e uma maior participação das crianças em atividades esportivas contribuem para transformar o trauma dentário em um problema de saúde pública emergente (TRAEBERT, 2006).

Nos países, onde a incidência de cárie dentária está diminuindo, o traumatismo dentário tem se tornado o principal problema de saúde bucal em crianças e adolescentes, e métodos preventivos estão sendo investigados com o objetivo de controlar a incidência deste tipo de problema. (NOWJACK-RAYMER; GIFT, 1996; NARVAI; CASTELLANOS; FRAZÃO, 2000; RANALLI, 2000).

A prevalência do trauma em âmbito internacional, de acordo com vários estudos realizados com indivíduos em idade escolar, varia entre 4 e 30% (ANDREASEN; ANDREASEN, 1991). No Brasil, o mais recente Levantamento Nacional de Saúde Bucal, SB Brasil 2010, apontou uma prevalência de 20,5% aos 12 anos de idade (BRASIL, 2012).

De acordo com Andreasen e Andreasen (1991) e Traebert (2006), as injúrias traumáticas nos dentes afetam considerável parte da população infantil e podem ter grande impacto sobre a qualidade de vida das crianças, tanto no sentido físico quanto no sentido emocional e psicológico. Dentre os causadores de impacto negativo na qualidade de vida, o traumatismo dentário adquire um caráter especial por estar, somado à doença cárie e o câncer bucal, entre os principais problemas de saúde bucal em todo o mundo (PETERSEN et al., 2005).

Reconhecendo a influência da qualidade de vida na saúde dos indivíduos, indicadores sócio-odontológicos foram desenvolvidos e testados em várias populações. Para esta mensuração um dos instrumentos criados é o “Oral Impact on Daily Performance” (OIDP), que avalia o impacto da saúde bucal em atividades diárias. Ele é baseado na Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens da OMS (BADLEY, 1987) e é de fácil aplicação e interpretação.

O traumatismo nos dentes apresenta grande importância epidemiológica no contexto da saúde pública. No entanto, o número de publicações sobre o assunto

é baixo, fora de proporção ao tamanho do problema, evidenciando a falta de estudos sobre este tema (ANDREASEN; LAURIDSEN; DAUGAARD-JENSEN, 2009).

Observando a necessidade de mais pesquisas sobre este tema, o objetivo deste estudo é investigar como o traumatismo dentário apresenta-se nos escolares de 12 anos e 15 a 19 anos em 36 municípios do Rio Grande do Sul, sua prevalência e os dentes mais afetados pelo trauma. Além disso, também objetiva-se investigar associações do traumatismo dentário com fatores socioeconômicos e com o impacto deste no desempenho de atividades diárias.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 CLASSIFICAÇÕES DE TRAUMATISMO DENTÁRIO

A maioria dos estudos epidemiológicos sobre traumatismo dentário concentra-se em populações como escolares e em limitadas faixas etárias (BASTONE; FREER; MCNAMARA, 1998). A mensuração do traumatismo é feita de forma cumulativa, o que leva a maiores prevalências em idades mais elevadas (TRAEBERT, 2006).

A comparação entre diferentes estudos é difícil pela diferença de definições e classificações utilizadas. Muitas destas são direcionadas para classificações clínicas e não necessariamente apropriadas para estudos epidemiológicos.

Dentre as classificações mais utilizadas, tem-se a que foi proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) na terceira edição da Classificação Internacional de Enfermidades Aplicadas a Odontologia (QUADRO 1).

QUADRO 1 - Classificação do traumatismo dentário, proposta pela Organização Mundial de Saúde (1997)

Código	Descrição
1	Fratura de esmalte.
2	Fratura de coroa sem exposição pulpar
3	Fratura de coroa com comprometimento pulpar.
4	Fratura radicular.
5	Fratura dentária múltipla.
6	Fratura dentária não-especificada.

Fonte: WHO, 1997 apud ANTUNES; PERES, 2006, p.129.

Antes desta classificação, a OMS apresentou duas versões anteriores, em 1966 e 1978, e como variações destas criaram-se, por exemplo, a classificação de Andreasen, de Garcia-Godoy e de Ellis. Na classificação de Andreasen (1981) há

6 grupos, totalizando 19 categorias, e inclui injúrias não apenas aos dentes, mas também às estruturas de suporte, gengiva e mucosa oral, minimizando interpretações subjetivas (ANEXO A).

A classificação de Garcia-Godoy (1981) separa as fraturas dentais que envolvem cemento das que não o envolvem (ANEXO B). A classificação de Ellis (1952), por sua vez, é uma classificação mais simplificada e que permite uma interpretação mais subjetiva, incluindo termos como fraturas “simples” e “extensas” (ANEXO C). Além disso, há muitos pesquisadores que criam sua própria classificação, investigando injúrias específicas de acordo com o foco da pesquisa (BASTONE; FREER; MCNAMARA, 1998).

Para realizar uma importante pesquisa de base populacional realizada em 1993 no Reino Unido (United Kingdom Children's Dental Health Survey), foram utilizados critérios que compuseram uma classificação própria (ANEXO D). Esta classificação, bem como suas adaptações, também são muito utilizadas em estudos internacionais e brasileiros.

2.2 REVISÃO DE LITERATURA

A maioria dos estudos referentes a este tema é realizada em países industrializados, com prevalências podendo variar de de 2,4% a 58,6%. As diferenças podem decorrer de características metodológicas, tais como o critério utilizado para avaliação e variações na amostragem, além do possível efeito das diferenças geográficas e do estilo de vida (GOETTEMS, 2012).

Em um dos primeiros estudos no Brasil, na cidade de Bauru (São Paulo, Brasil), encontrou-se uma prevalência de 30,2% de dentes traumatizados na dentição decídua. Os casos foram identificados através de um questionário e enviados para a Faculdade de Odontologia de Bauru para exame clínico e radiográfico (BIJELLA et al., 1990).

Em outro estudo com 1.853 crianças em Brasília, as taxas de traumatismo dentário, de acordo com uma classificação própria dos pesquisadores, foram de 10% para crianças abaixo de 2 anos, 12% nas idades entre 3 e 4, e 20% aos 5 anos (MESTRINHO; BEZERRA; CARVALHO, 1998).

Em Belo Horizonte (Minas Gerais, Brasil), onde 3.702 jovens de 9 a 14 anos, de escolas públicas e particulares, foram avaliados de acordo com o critério utilizado em United Kingdom Children's Dental Health Survey, foram encontradas taxas de prevalência de 8% aos 9 anos, 13,6% aos 12 anos e 16,1% aos 14 anos (CORTES; MARCENES; SHEIHAM, 2001).

Avaliando escolares de 13 anos de áreas urbanas de Cianorte (Paraná, Brasil), de acordo com o critério apresentado em United Kingdom Children's Dental Health Survey, observou-se uma prevalência de 20,4% de traumatismo dentário em incisivos permanentes. Estas injúrias foram causadas principalmente por quedas, colisões e acidentes de trânsito. Além disso, crianças com excesso de peso, advindas de famílias não nucleares e meninos tiveram maior propensão ao trauma dentário (NICOLAU; MARCENES; SHEIHAM, 2001). Outro estudo no mesmo ano encontrou uma prevalência de traumatismo dentário de 58,6%, avaliando 652 crianças de 12 anos segundo o critério utilizado em United Kingdom Children's Dental Health Survey, um valor bem elevado em comparação com estudos de metodologia semelhante (MARCENES; ZABOT; TRAEBERT, 2001b).

Em outros estudos realizados no Brasil, avaliando 87.918 escolares de 5 e 12 anos no estado São Paulo, de acordo com o critério utilizado pela OMS, a prevalência de trauma dental em dentes anteriores foi de 2,40%. Este dado provavelmente está subestimado, pois fraturas em dentes com cárie ou fraturas já tratadas eram considerados, respectivamente, cariados e restaurados, e não foram registrados como dentes com traumatismo, apesar de os mesmos terem sofrido injúria traumática (GRIMM et al., 2004).

O estudo de Cavalcanti et al. (2009) encontrou uma prevalência de 21% de traumatismo dentário entre escolares de 7 a 12 anos de Campina Grande (Paraíba, Brasil) segundo a classificação de Andreasen. Em 2010, TRAEBERT, MARCON e LACERDA avaliaram 444 escolares de Palhoça (Santa Catarina, Brasil) de 12 anos segundo critérios utilizados na United Kingdom Children's Dental Health Survey, resultando em uma prevalência de traumatismo dentário de 22,5%.

Também no ano de 2010, realizou-se no Brasil o Levantamento Nacional de Saúde Bucal que apresentou uma prevalência de 20,5% dos indivíduos de 12 anos com, pelo menos, um dente incisivo apresentando lesão traumática, não havendo diferença significativa entre as regiões do país. Este estudo utilizou uma medida específica para o traumatismo, baseado nos critérios da OMS, com critérios

que indicavam sinais de fratura coronária (envolvendo apenas esmalte dentário; esmalte e dentina ou esmalte, dentina e polpa) e avulsão dentária devido ao trauma, nos incisivos superiores e inferiores de uma amostra de 7.247 (BRASIL, 2012).

Em relação ao gênero, a maioria dos estudos mostra que as crianças do sexo masculino sofrem mais injúrias traumáticas nos dentes do que crianças do sexo feminino (MARCENES; ZABOT; TRAEBERT, 2001b; NICOLAU et al., 2001; GRIMM et al., 2004). Porém, algumas pesquisas apontam para diminuição da diferença da prevalência entre os gêneros, o motivo provável para que isto ocorra é o fato de as meninas estarem cada vez mais expostas aos mesmos fatores que os meninos da mesma idade.

De acordo com a literatura, os dentes mais afetados pelo trauma são os incisivos centrais (ÇALISTAN; TÜRKÜN, 1995; BASTONE; FREER; MCNAMARA, 2000; GRIMM et al., 2004), e na maioria dos estudos, o trauma geralmente acomete um único dente (ÇALISTAN; TÜRKÜN, 1995; OULIS; BERDOUSES, 1996)

Em relação a associação entre trauma dental e condições socioeconômicas, os resultados são conflitantes. Marcenes e Murray (2001a), em um estudo no Reino Unido, mostraram que a prevalência de trauma dentário foi maior na área mais pobre de Londres do que em outros locais da região. Resultados semelhantes a este foram incomuns no Brasil (TRAEBERT, 2006).

Cortes, Marcenes e Sheiham (2001) observaram em Belo Horizonte que maior prevalência de traumatismo dentário foi encontrada entre as crianças de níveis socioeconômicos maiores. Em Blumenau (Santa Catarina, Brasil) foi encontrado por Marcenes, Zabot e Traebert (2001b) que filhos de mães com mais de 8 anos de escolaridade tinham mais chance de ter traumatismo dentário. Em contrapartida, estudos realizados em Biguaçu, (Santa Catarina, Brasil) (TRAEBERT et al., 2004), e Cianorte, (Paraná, Brasil) (NICOLAU, 2001) mostraram que níveis de escolaridade dos pais não explicaram diferenças na prevalência do traumatismo.

No que diz respeito ao impacto do traumatismo dentário no desempenho das atividades diárias e qualidade de vida, poucos estudos foram encontrados. Em uma das primeiras investigações abordando este tema, Cortes, Marcenes e Sheiham (2001) utilizou o índice OIDP (*Oral Impact on Daily Performances*) para mensurar o impacto do traumatismo dentário no desempenho de crianças de 12 a 14 anos em realizarem atividades diárias. Este índice, inclui 8 atividades físicas, psicológicas e sociais: comer e apreciar a comida; falar e pronunciar corretamente as palavras;

limpar os dentes; dormir e relaxar; sorrir e mostrar os dentes sem ficar constrangido; manter um estado emocional sem ficar irritado; manter cargo profissional ou posição social; aproveitar o contato com outras pessoas.

Neste estudo foi encontrado uma associação estatisticamente significativa entre os itens: “comer e apreciar a comida”, “limpar os dentes”, “manter um estado emocional sem ficar irritado”, “aproveitar o contato com outras pessoas” e “sorrir e mostrar os dentes sem ficar constrangido”.

O maior impacto do traumatismo dentário foi para a atividade “sorrir e mostrar os dentes sem ficar constrangido”, no qual a razão de chance de ter impacto foi 15,7 vezes maior nas crianças com trauma comparadas com aquelas sem trauma. Nas demais atividades como “comer e mostrar os dentes”, “Manter um estado emocional sem ficar irritado”, “aproveitar o contato com outras pessoas” e “limpar os dentes” as razões de chance foram de, respectivamente, 13,4; 11,8; 10 e 3,9 vezes maior nos indivíduos com dentes traumatizados em comparação àqueles sem trauma. De modo geral, crianças com traumatismo dentário tinham 20 vezes mais chance de ter algum impacto das suas atividades diárias do que crianças sem traumatismo.

Analisando estes estudos sobre traumatismo dentário evidencia-se a grande complexidade em realizar comparações entre os mesmos, uma vez que eles utilizam diferentes abordagens metodológicas e muitas vezes contém escassez de dados adicionais como, por exemplo, informações referentes sequelas causadas pelas injúrias.

2.3 ADOLESCÊNCIA

Para a UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância), a adolescência compreende o período entre 10 a 19 anos. No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990) define a adolescência como a fase entre 12 e 18 anos incompletos. Neste período cada indivíduo passa por mudanças físicas, psicológicas, sociais e comportamentais.

Falta de oportunidades educacionais e profissionais pode tornar o grupo mais vulnerável a determinados riscos como o desemprego, violência, criminalidade, uso de drogas, HIV/AIDS e consequente redução da qualidade de vida (FARMER; HANRATTY, 2012). As oportunidades são ainda mais escassas quando se considera as dimensões das iniquidades como renda, condição pessoal, escolaridade e vínculos familiares, local de moradia, gênero, raça ou etnia o que pode acarretar em um aumento da vulnerabilidade desse segmento populacional aos mais diversos agravos à saúde (BRASIL, 2010).

É reconhecido que a adolescência como um período em que se verifica o agravamento de doenças bucais especialmente entre os grupos mais vulneráveis, entre elas o traumatismo dentário (VETTORE et al., 2012). Em inquérito nacional, os adolescentes relataram alto impacto negativo da saúde bucal na qualidade de vida (PERES et al., 2013)

Em geral, o adolescente não procura a Unidade Básica de Saúde para resolver seus problemas. No entanto, quando envolve questões estéticas, o faz com maior facilidade (BRASIL, 2006) o que evidencia a importância que aspectos que interfiram na estética dos seus dentes, como traumatismo, impacta na vida do adolescente.

O Brasil tem cerca de 17,5 milhões de adolescentes entre 10 e 14 anos e 17 milhões entre 15 a 19 anos. A grande maioria destes está na escola, com 98% e 84% para as faixas de 10 a 14 e de 15 a 17, respectivamente (IBGE, 2010). Assim, a escola tem sido eleita como local apropriado para a investigação da situação de saúde do jovem e posterior desenvolvimento de ações de promoção de saúde.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Investigar o traumatismo dentário em escolares de 12 e 15 a 19 anos em 36 municípios com menos de 50 mil habitantes no Rio Grande do Sul.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Descrever a prevalência do traumatismo dentário;
- Verificar quais dentes são mais afetados pelo trauma;
- Investigar a relação entre o traumatismo dentário e sexo; escolaridade da mãe e renda familiar;
- Investigar a associação do traumatismo dentário com desempenho de atividades diárias.

4 METODOLOGIA

Considerando que esta pesquisa utilizou o banco de dados de uma pesquisa principal, a metodologia descrita está de acordo ao que foi utilizado na pesquisa de ELY (2014).

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO, LOCAL E POPULAÇÃO ALVO

Esta pesquisa caracterizou-se como um estudo epidemiológico analítico com delineamento transversal, de base escolar.

Os dados utilizados neste estudo foram coletados para um projeto de pesquisa principal intitulado “Determinantes sociais e saúde bucal de adolescentes de municípios com e sem Saúde da Família”, realizada em 2011.

A população alvo foi o conjunto de adolescentes escolares de ambos os sexos, das faixas etárias de 12 anos e de 15 a 19 anos, residentes em 36 municípios de diferentes portes populacionais e de diferentes macrorregiões do Estado do Rio Grande do Sul.

4.2 SELEÇÃO DOS MUNICÍPIOS

A seleção dos municípios observou, inicialmente, a distribuição das 86 cidades utilizadas no levantamento epidemiológico realizado entre 2001 e 2003, denominado SB/RS, Condições de Saúde Bucal na população do Rio Grande do Sul (2003), que tinha como objetivo realizar levantamento das condições de saúde bucal da população do Estado do Rio Grande do Sul.

A partir disso, iniciou-se uma seleção entre estes 86 municípios seguindo os critérios de presença ou não de equipes de estratégias de saúde da família com equipes de saúde bucal (ESB), a fim de atender aos objetivos da pesquisa principal de 2011. Foram incluídos os municípios com tempo de implantação da ESB/ESF igual ou maior que cinco anos e com cobertura populacional da ESB/ESF maior 90%, totalizando 57 municípios.

O passo seguinte foi agrupar municípios por semelhança (proximidade geográfica e porte populacional), resultando em uma amostra de 38 municípios,

sendo 19 com ESB na ESF e 19 sem ESB na ESF. Dois municípios foram excluídos, um por ausência de manifestação (não envio de consentimento para a pesquisa) e outro por recusa, totalizando uma amostra final de 36 municípios (TABELA 1).

TABELA 1 – Municípios selecionados para a pesquisa

Municípios porte 1 Até 5.000 hab		Municípios porte 2 5001 a 10.000 hab		Municípios porte 3 10.001 a 50.000 hab	
Com ESB/ESF	Sem ESB/ESF	Com ESB/ESF	Sem ESB/ESF	Com ESB/ESF	Sem ESB/ESF
Cotiporã	Boa Vista do Sul	Ipê	Arroio do Sal	Horizontina	F. Westphalen
Dois Lajeados	André da Rocha	Tuparendi	Entre-Ijuis	Charqueadas	Teutônia
Braga	Três Arroios	Independência	Formigueiro	Vale do Sol	Dom Feliciano
S. José Herval	Montauri	Ibiraiaras	Gen Camara	P. Machado	Jaguari
Jaboticaba	Campos Borges	São Nicolau	Lavras do Sul		
Coxilha	Colorado	Turuçu	Cristal		
Gramado Xavier	Mariana Pimentel				
Cerro Grande	Pinhal Grande ^a				
Pirapó	Cacique Doble ^b				
9 pares municípios		6 pares municípios		4 pares municípios	
18mun		12 mun		8 mun	

^a municípios excluído por recusa

^b ausência de manifestação

Fonte: ELY, 2014.

4.3 SELEÇÃO DA AMOSTRA DOS INDIVÍDUOS

A amostra de indivíduos foi constituída por adolescentes escolares de 12 anos (nascidos no ano de 1999) e de 15 a 19 anos (nascidos entre janeiro de 1992 a dezembro de 1996), residentes na área urbana ou rural dos municípios da pesquisa.

Para o cálculo amostral foram usadas as médias CPOD obtidas no SB Brasil 2003 dos mesmos municípios. Estimando-se um nível de significância de 0,05 e um poder de 95%, obteve-se um tamanho amostral de 465 indivíduos de cidades cobertas pelas ESB/ESF e 465 indivíduos de cidades não cobertas por ESB/ESF. Ao considerar uma taxa de não resposta de 20% e um efeito de delineamento de 1,5, a amostra mínima necessária foi de 790 indivíduos em cada grupo etário e em cada situação (com ESB e sem ESB), o que resultou em uma amostra final de 3.160 adolescentes.

Esta amostra foi distribuída proporcionalmente à população residente por município (IBGE, 2010) nas duas idades pesquisadas e distribuídas de forma ponderada entre as escolas amostrais, com a seleção dos escolares sendo realizada

por meio de um processo casual sistemático. Desta forma, foi calculado o intervalo para o sorteio da amostra de cada escola em cada município. Após a escolha aleatória do primeiro número do intervalo, foram sorteados os demais alunos, mantendo-se constante o intervalo do sorteio até a totalização do número amostral da escola e, na sequência, do município.

Participaram 125 escolas que possuíam ensino fundamental completo e/ou ensino médio, das quais, 98 eram urbanas e 27 localizadas em área rural distantes até 10 km da cidade. Destas, cinco escolas eram instituições privadas e as demais públicas (municipais ou estaduais).

4.4 COLETA DE DADOS

Para a coleta dos dados foram utilizados como instrumentos uma ficha de avaliação epidemiológica e uma ficha de avaliação socioeconômica, escolaridade, morbidade referida e de uso dos serviços de saúde bucal.

A ficha de avaliação epidemiológica (ANEXO E) foi desenvolvida baseada na ficha utilizada pelo SB Brasil 2010 para registro das condições clínicas segundo os índices e critérios recomendados pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 1997).

Para caracterização inicial foram coletados os dados sobre sexo (masculino ou feminino), idade (12 ou 15 a 19 anos), cor/raça (autodeclaração de ser amarelo, branco, índio, pardo ou preto) e tipo de escola frequentada (pública ou privada).

Os dados socioeconômicos e demográficos foram coletados por meio de um formulário estruturado desenvolvido para o estudo a partir de uma adaptação do instrumento utilizado pelo SB Brasil 2010, incluindo ainda informações sobre uso de serviços odontológicos, escolaridade, autopercepção e impacto da saúde bucal no desempenho diário. Os questionários foram enviados aos pais dos escolares das idades de 12 anos (ANEXO F) e respondidos em entrevista direta pelos adolescentes de 15 a 19 anos (ANEXO G) previamente ao exame.

Após a assinatura do termo de consentimento livre esclarecido (ANEXO H) e do preenchimento do questionário, os exames clínicos foram realizados por quatro cirurgiões-dentistas previamente treinados e calibrados, utilizando-se sonda

periodontal da OMS e espátula de madeira, de acordo com metodologia proposta pelo SB Brasil 2010 e SB/RS 2003 realizados pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria da Saúde do RS, sendo referendados pelo que consta no Manual de Instruções para Levantamento Epidemiológico Básico em Saúde Bucal da Organização Mundial da Saúde, observando-se as normas de biossegurança

Foi realizado um processo de calibração anterior à coleta de dados segundo proposta pela OMS (WHO, 1993) e recomendação do Ministério da Saúde. Estudos pilotos foram realizados para testar e adequar os instrumentos de pesquisa.

A reprodutibilidade dos exames clínicos em 2011 foi avaliada durante a pesquisa com a duplicação dos mesmos em 5% da amostra e obteve valores kappa $\geq 0,90$ (0,90 a 0,99). A confiabilidade dos exames avaliada na calibração entre examinadores para condição dental apresentou valores kappa $\geq 0,76$ (0,76 a 0,94).

4.5 VARIÁVEIS E MEDIDAS

Ainda que tenham sido coletados outros dados, são descritos a seguir apenas os índices utilizados para os objetivos do presente estudo.

Em relação ao trauma dental, objeto principal deste estudo, foi considerado como traumatizado o dente que teve parte da superfície coronária perdida em consequência de trauma e sem evidência de cárie. Para esta avaliação foi utilizada uma adaptação da Classificação do traumatismo dentário, proposta pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 1997), sendo dente hígido/sem trauma (0), com fratura de esmalte (1), fratura de esmalte e dentina (2), fratura de esmalte e dentina com exposição pulpar (3) e dente perdido por trauma (4).

As variáveis sociodemográficas utilizadas foram:

- sexo (masculino e feminino),
- idade (12 anos e 15 a 19 anos);
- renda familiar (até 1 salário mínimo; de 1 a 3 salários mínimos; mais de 3 salários mínimos) e
- escolaridade da mãe (até 4 anos; de 5 a 9 anos; 10 anos ou mais).

Para avaliar a renda familiar foi levado em consideração o salário mínimo vigente na época da coleta de dados da pesquisa, o equivalente a 545,00 reais, segundo DIEESE (Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos).

Os dados relacionados ao impacto no desempenho das atividades diárias, descritos abaixo, foram obtidos do Questionário de Avaliação Socioeconômica e Autopercepção da Saúde Bucal (Apêndice G).

- “Teve dificuldade para comer por causa dos dentes ou sentiu dor nos dentes ao tomar líquidos gelados ou quentes?”
- “Os seus dentes o incomodaram ao escovar?”
- “Os seus dentes o deixaram nervoso(a) ou irritado(a)?”
- “Deixou de sair, se divertir, ir a festas, passeios por causa dos seus dentes?”
- “Deixou de praticar esportes por causa dos seus dentes?”
- “Teve dificuldade para falar por causa dos seus dentes?”
- “Os seus dentes o fizeram sentir vergonha de sorrir ou falar?”
- “Os seus dentes atrapalharam para estudar/trabalhar ou fazer tarefas da escola/trabalho?”
- “Deixou de dormir ou dormiu mal por causa dos seus dentes?”

Essas questões, cujas respostas poderiam ser “sim” ou “não”, são iguais às utilizadas no SB Brasil 2010, sendo baseadas no Oral Impacts on Daily Performances (OIDP), que mede o grau de interferência da condição bucal no desempenho das atividades diárias (ADULYANON; SHEIHAM, 1997).

5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi realizada utilizando-se o programa *Statistical Package for the social sciences (SPSS) for Windows 18* e incluiu a distribuição de frequência, teste de associação pelo teste quiquadrado de Pearson e análise de Regressão Logística.

6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo enquadrou-se na modalidade de pesquisa de risco mínimo e por se tratar de pesquisa envolvendo o exame bucal de seres humanos, tal procedimento pressupõe a utilização do consentimento livre e esclarecido. O termo de consentimento assinado foi exigido de todos os indivíduos participantes da amostra ou de seus responsáveis, sendo devidamente assinado. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública da Secretaria da Saúde Estado da Saúde do Rio Grande do Sul (nº. 624/11).

7 RESULTADOS

Dos 3531 adolescentes que foram avaliados, 3037 responderam todas as questões baseadas no OIDP, sendo que somente estes indivíduos serão considerados nos resultados deste estudo.

A prevalência do traumatismo foi de 18,3%, ou seja, dos 3037 escolares, 557 apresentaram algum tipo trauma dentário nos incisivos segundo a classificação adaptada da OMS. Destes, 71,8% têm apenas um dente traumatizado, 23,5% têm dois dentes acometidos e 4,7% apresentam traumatismo em três dentes ou mais. Desta forma, considerando que um indivíduo possa ter mais de um dente traumatizado, o total de dentes afetados na população deste estudo foi de 749.

Os dentes mais afetados pelo trauma foram o incisivo central superior esquerdo (dente 21), o incisivo central superior direito (dente 11) e o incisivo central inferior esquerdo (dente 31) com prevalência, respectivamente, de 37,1%, 34,3% e 8,5% do total de dentes traumatizados.

Em relação ao sexo, 1647 eram do sexo feminino e 1390 do sexo masculino. Verificou-se que, dos meninos 23,5% tinham pelo menos algum dente traumatizado, sendo que das meninas 14% apresentavam algum tipo de traumatismo dentário. O teste do quiquadrado demonstrou que ser do sexo masculino foi estatisticamente significativo para a presença de trauma dental.

Analisando a escolaridade da mãe, constatou-se que 39,1% tinham 5 a 9 anos de estudo, 35,2% tinham 10 ou mais anos de estudo e 25,7% com até 4 anos de estudo. A maior parte das famílias, 45,1 %, tinham renda média de 2 a 3 salários mínimos, 31,1% mais de 3 salários mínimos e 23,5% tinham renda até 1 salário mínimo. Não houve relação estatisticamente significativa entre presença de trauma e a escolaridade da mãe ou renda familiar.

Levando em consideração as questões relacionadas ao OIDP, após o Teste do Quiquadrado, houveram relações estatisticamente significativas entre traumatismo dentário e aos que responderam “sim” a “ Deixou de sair, se divertir, ir a festas, passeios por causa dos seus dentes?”, “ Teve dificuldade para falar por causa dos seus dentes?” e “Os seus dentes o fizeram sentir vergonha de sorrir ou

falar?”. Na análise a seguir, essas questões foram citadas como “deixou de sair”, “dificuldade de falar” e “vergonha de falar e sorrir”, respectivamente.

Realizou-se então a Regressão Logística univariada (descrita nas tabelas como “RL não ajustada”) e multivariada (descrita nas tabelas como “RL ajustada”) e, dessa forma, calculada a razão de chance para cada variável analisada, com intervalos de confiança de 95% (IC95%) e nível de significância de 5% (Tabela 2, Tabela 3 e Tabela 4)

Tabela 2 – Regressão Logística para avaliar fatores associados com a questão de OIDP “Deixou de sair”

	RL Não ajustada	IC 95%	p	RL Ajustada	95% CI	p
SEXO						
Masculino	1					
Feminino	0,77	(0,56 – 1,05)	0,10	0,77	0,56-1,06	0,11
IDADE						
12 anos	1					
15 a 19 anos	1,04	(0,77-1,41)	0,77	0,89	0,65-1,23	0,49
ESCOLARIDADE DA MÃE						
Até 4anos	1					0,03
5 a 9 anos	2,43	(1,61-3,67)	0,00	1,79	1,16-2,77	0,01
10 anos ou mais	1,81	(1,21-2,69)	0,00	1,53	1,02-2,31	0,04
RENDA FAMILIAR						
Até 1 salário mínimo	1					0,00
2 a 3 salários mínimos	3,02	(1,96-4,65)	0,00	2,62	1,63-4,19	0,00
Mais de 3 salários mínimos	1,68	(1,11-2,57)	0,01	1,54	1,00-2,37	0,047
PRESENÇA DE TRAUMA						
Não	1					
Sim	1,68	(1,19-2,38)	0,00	1,80	1,26-2,57	0,00

Aqueles indivíduos cuja mãe apresentava escolaridade de 5 a 9 anos tinham cerca de 80% mais chance de deixar de sair. Nos casos em que as mães tinham 10 anos ou mais de estudo esta porcentagem era de 53%.

Dos que tinham renda familiar entre 2 e 3 salários mínimos a chance de deixar de sair era 162% maior comparado aos que tinham renda até 1 saláriosmínimo. Esta razão de chance ficou em 54% quando a renda familiar é superior a 3 salários mínimos.

Os adolescentes que apresentaram traumatismo dentário tinham 80% mais chance de deixar de sair.

Tabela 3 – Regressão Logística para avaliar fatores associados com a questão de ODP “Vergonha de sorrir ou falar”

	RL Não ajustada	95% CI	p	Ajustada	95% CI	p
SEXO						
Masculino	1					
Feminino	0,76	0,63-0,91	0,00	0,75	0,62-0,90	0,02
IDADE						
12 anos	1					
15 a 19 anos	0,94	0,49-0,94	0,48	0,87	0,72-1,06	0,17
ESCOLARIDADE DA MÃE						
Até 4 anos	1					0,33
5 a 9 anos	1,66	1,31-2,09	0,00	1,37	1,07-1,76	0,13
10 anos ou mais	1,40	1,13-1,74	0,00	1,26	1,01-1,58	0,04
RENDA FAMILIAR						
Até 1 salário mínimo	1					0,00
2 a 3 salários mínimos	1,88	1,46-2,40	0,00	1,76	1,34-2,31	0,00
Mais de 3 salários mínimos	1,45	1,16-1,82	0,00	1,39	1,11-1,74	0,01
PRESENÇA DE TRAUMA						
Não	1					
Sim	1,46	1,18-1,82	0,00	1,55	1,24-1,93	0,00

Os indivíduos do sexo feminino tinham 25% menos chance de apresentar “vergonha para sorrir ou falar”.

Os adolescentes que a mãe apresentava escolaridade de 10 anos ou mais tinham cerca de 26% mais chance de ter vergonha de sorrir ou falar comparados aos que a mãe tinha escolaridade até 4 anos.

Em relação à renda, os indivíduos cuja família recebia entre 2 e 3 salários mínimos tinham 76% mais chance de ter vergonha de sorrir ou falar e os que tinham renda familiar superior a 3 salários mínimos apresentavam uma chance 39% maior de apresentar este comportamento.

Os estudantes com traumatismo dentário apresentaram uma chance 54% maior ter vergonha de sorrir ou falar.

Tabela 4 – Regressão Logística para avaliar fatores associados com a questão de OIDP “Dificuldade de falar”

	RL Não ajustada	95% CI	p	RL Ajustada	95% CI	p
SEXO						
Masculino	1					
Feminino	0,73	0,58 – 0,93	0,01	0,73	0,57-0,93	0,01
IDADE						
12 anos	1					
15 a 19 anos	0,72	0,57-0,91	0,00	0,62	0,48-0,79	0,00
ESCOLARIDADE DA MÃE						
Até 4anos	1					0,10
5 a 9 anos	1,57	1,15-2,14	0,00	1,22	0,88-1,69	0,27
10 anos ou mais	1,55	1,17-2,06	0,00	1,37	1,03-1,84	0,03
RENDA FAMILIAR						
Até 1 salário mínimo	1					0,00
2 a 3 salários mínimos	1,93	1,42-2,62	0,00	2,12	1,51-2,98	0,00
Mais de 3 salários mínimos	1,11	0,87-1,48	0,50	1,09	0,81-1,47	0,56
PRESENÇA DE TRAUMA						
Não	1					
Sim	1,52	1,16-1,99	0,00	1,57	1,19-2,08	0,00

O fato de ser do sexo feminino e ter idade de 15 a 19 anos foi fator de proteção para a variável “dificuldade de falar” em relação ao sexo masculino e a idade de 12 anos.

Os adolescentes que apresentavam renda familiar entre 2 e 3 salários mínimos tinham 112% mais chance de ter dificuldade de falar comparado aos que tinham renda familiar até 1 salário mínimo.

A presença de traumatismo dentário representou uma chance 57% maior de apresentar esta dificuldade.

8 DISCUSSÃO

Neste estudo, a prevalência do traumatismo foi de 18,3%, geralmente acometendo um único dente. Foi estatisticamente significativo para presença de trauma ser do sexo masculino e as questões relacionadas ao OIDP “deixar de sair e se divertir”, “dificuldade de falar” e “vergonha de falar ou sorrir”.

Adolescentes com dentes traumatizados apresentaram quase duas vezes mais chance de “deixar de sair”, comparados com aqueles sem traumatismo. Além disso, também observou-se uma chance mais elevada de o traumatismo dentário causar impacto no desempenho das atividades diárias como, ter “vergonha de sorrir ou falar” e “dificuldade de falar”.

Resultados semelhantes foram encontrados por Cortes, Marcenes e Sheiham (2002) em estudo com escolares de Belo Horizonte, no qual a atividade mais afetada pelo traumatismo dentário foi “sorrir e mostrar os dentes sem ficar constrangido”. Estes resultados evidenciam o impacto de fatores associados à estética dentária na atividade diária dos estudantes.

A necessidade de adequação física, sexual e social é dinâmica e pressiona o jovem a buscar a aceitação por seus grupos de iguais. Se não for aceito, podem surgir tensões e conflitos que ocasionarão sentimentos de ansiedade, inferioridade, baixa autoestima e retraimento súbito ou gradual (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997). Segundo Outeiral (1994), o corpo, nesse momento, assume um importante papel na aceitação ou rejeição por parte da turma.

Na sociedade contemporânea, há uma normatização da beleza em que são estabelecidos os limites do normal, do aceitável e do estético (WOLF, 1992). As propagandas existentes afirmam, de uma forma indireta, que a aparência física é responsável pela felicidade e sucesso. Desse modo, geram uma ilusão de bem-estar cuja conquista esta vinculada ao enquadramento do sujeito aos padrões de beleza vigentes (THOMSEN et al., 2002). Assim, é possível inferir que a presença do trauma dental pode impactar as atividades dos adolescentes e a sua autoestima. Por exemplo, um jovem que deixa de sair devido a um traumatismo dentário, pode tornar-se mais introspectivo, com menos amizades, o que pode levar a um quadro de depressão e até mesmo de baixo desempenho escolar (SENOS; DINIZ, 1998).

Analisando as variáveis socioeconômicas, pode-se verificar que em situações em que a renda familiar era maior houve uma chance maior do

adolescente “deixar de sair”, apresentar “vergonha de sorrir ou falar” e “dificuldade de falar”. Além disso, nos casos em que a escolaridade da mãe era mais alta, havia maior chance de o escolar “deixar de sair” e apresentar “vergonha de sorrir ou falar”. Esta associação pode ser atribuída ao fato de que pessoas com maior escolaridade e de classes sociais mais altas tendem a ter uma maior autopercepção dos problemas de saúde e importam-se mais com a opinião dos outros (FAGUNDES; SOUZA, 2013).

Em relação à prevalência do traumatismo, os resultados encontrados neste estudo são semelhantes ao Levantamento Nacional de Saúde Bucal, de 20,5% (BRASIL, 2012). Demonstrando, desse modo, que o trauma dental examinado nos adolescentes destes municípios do Rio Grande do Sul está em consonância com o que foi encontrado no restante do país, utilizando-se metodologias e instrumentos semelhantes.

Estes valores também estão similares aos verificados em países desenvolvidos, como a prevalência de traumatismo dentário de 17% encontrada no Reino Unido (O'BRIAN, 1994) e de 18 % nos Estados Unidos (KASTE, 1996).

O fato de o Brasil, um país em desenvolvimento, ter dados semelhantes aos de países desenvolvidos sugere que o traumatismo dentário parece não estar relacionado de forma significativa a questões socioeconômicas, o que foi demonstrado em alguns estudos.

Da mesma forma do que foi encontrado por Çalistan e Türkün (1995) e Oulis e Berdouses (1996) o trauma acomete na maioria dos casos um único dente, sendo geralmente o incisivo central.

Neste estudo, a variável “renda familiar” não mostrou-se estatisticamente significativa para presença ou não de traumatismo dentário, dado também evidenciado por Traebert (2006).

Além disso, não houve relação estatisticamente significativa entre presença de trauma e a escolaridade da mãe, resultado semelhante ao encontrado por Traebert et al. (2004) e Nicolau (2001).

A relação entre variáveis sociodemográficas e o trauma não é consenso na literatura. Marcenes, Zabot e Traebert (2001) encontraram que filhos de mães com mais de 8 anos de escolaridade tinham mais chance de ter traumatismo dentário. Em estudo com adolescentes britânicos, Marcenes e Murray (2001)

evidenciaram que zonas mais pobres do Reino Unido apresentavam maiores índices de trauma dental.

No presente estudo, observou-se associação entre o sexo dos adolescentes e o traumatismo dentário. Ser do sexo masculino aumentou a chance de apresentar traumatismo. Resultado semelhante foi encontrado pela grande maioria dos estudos analisados (MARCENES; ZABOT; TRAEBERT, 2001 NICOLAU; MARCENES; SEIHAM, 2001 e GRIMM et al., 2004 e TRAEBERT et al. 2004). Uma possível explicação para esta associação é que meninos possam estar mais expostos a violência ou atividades esportivas do que as meninas (KALLEL et al., 2015). Outro resultado observado foi o de que ser do sexo feminino foi fator de proteção para as “vergonha de sorrir ou falar” e “ dificuldade de falar”, provavelmente pelo fato de que a prevalência de traumatismo é maior nos meninos e, conseqüentemente, causa mais impacto nas atividades diárias dos indivíduos do sexo masculino.

Este estudo apresenta as limitações inerentes aos estudos transversais, nos quais não é possível estabelecer relação de causa e efeito. Além disso, não se pode descartar a possibilidade de que outras variáveis de saúde bucal, não integrantes do modelo explicativo analisado, podem estar influenciando as associações encontradas.

Desta forma, apesar da demonstração dos impactos que o traumatismo dentário não tratado ocasiona no desempenho das atividades diárias dos adolescentes, mais estudos sobre o tema, com desenhos mais robustos, tornam-se necessários.

9 CONCLUSÃO

Os resultados da presente investigação permitem concluir que a presença de trauma dental afetou o desempenho de atividades diárias dos adolescentes, podendo fazer com que os mesmos deixassem de sair e se divertir, apresentassem dificuldade de falar e vergonha de falar e sorrir, podendo ocasionar retraimento social e baixa autoestima. Assim, demonstrando a relevância do traumatismo dentário como problema de saúde pública e que necessita especial atenção tanto na prática clínica quanto no enfoque social.

Além disso, também foi demonstrado que quase um quinto (18,3%) dos adolescentes apresentavam traumatismo dentário, sendo o dente mais acometido o incisivo central superior esquerdo. Não houve relação estatisticamente significativa entre traumatismo dentário e escolaridade da mãe e renda familiar.

REFERÊNCIAS

ADULYANON, S.; SHEIHAM, A. Oral impacta on daily performances. In: SLADE, G.D. **Measuring oral health and quality of life**. Chapel Hill: University of North Carolina; 1997

ANDREASEN J.O., ANDREASEN F.M. **Traumatismo Dentário: Soluções Clínicas**. São Paulo: Panamericana, 1991.

_____. **Text book and color atlas of traumatic injuries to the teeth**, 3rd edn. Copenhagen: Munksgaard; 1994.

ANDREASEN, J. O.; LAURIDSEN, E.; DAUGAARD-JENSEN J. Dental traumatology: an orphan in pediatric dentistry. **Pediatr Dent**, 31(2):153-156, 2009.

ANTUNES, L.A.A.; LEÃO, A.T.; MAIA, L.C. Impacto do traumatismo dentário na qualidade de vida de crianças e adolescentes: revisão crítica e instrumentos de medida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(12):3417-3424, 2012.

BADLEY, E.M. The ICIDH: format, application in different settings and distinction between disability and handicap. **Int Disabil Stud**, v9, 122–5, 1987

BASTONE, E.B.; FREER, T.J.; MCNAMARA, J.R. Epidemiology of dental trauma to maxillary incisors in the mixed dentition. **J Clin Pediatr Dent**; 22(4): 281-284, 1998

_____. Epidemiology of dental trauma. A review of the literature. **Aust Dent J**; 45(1): 2-9, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica, n. 17, Saúde Bucal – Brasília : Ministério da Saúde, 2006**

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Condições de Saúde Bucal na População Brasileira: manual da equipe de campo**. 2010

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. **SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BIJELLA, M.F. et al. Occurrence of primary incisor traumatism in Brazilian children: a house- by-house survey. **J Dent Child**; 57:424-7,1990.

CAVALCANTI et al. Traumatic anterior dental injuries in 7-to-12-year-old Brazilian children. **Dental Traumatology**, 2009.

ÇALISKAN, M.K.; TÜRKÜN, M. Clinical investigation of traumatic injuries of permanent incisors in Izmir, Turkiye. **Endod Dent Traumatol**, 11:210-3, 1995.

CORTES, M.I.S.; MARCENES, W., SHEIHAM, A. Prevalence and correlates of traumatic injuries to the permanent teeth of schoolchildren aged 9-14 years in Belo Horizonte, Brazil. **Dent Traumatol**, 17(1):22-6, 2001.

_____. Impact of traumatic injuries to the permanent teeth on the oral health-related quality of life in 12–14-year-old-children. **Community Dent Oral Epidemiol**, Blackwell Munksgaard ,30: 193–8., 2002.

DELATTRE, J.P. et al. Dental injuries among schoolchildren aged 6 to 15, in Rennes (France). **Endod Dent Traumatol**, 5(4): 186-188, 1995

ELY, H. C. **Determinantes sociais e saúde bucal de adolescentes de municípios com e sem Estratégia da Saúde da Família**. Tese (doutorado em Saúde Bucal Coletiva) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 2014.

FAGUNDES, A. L.; SOUZA, G. A. D. B. Bullying e a realidade escolar. **Rev Universidade Vale do Rio Verde**, v11., n2. 2013.

FARMER, S.; HANRATTY, B. The relationship between subjective wellbeing, low income and substance use among schoolchildren in the north west of England: a cross-sectional study. **Journal of Public Health**. Vol. 34, n. 4, p. 512–22, 2012.

FOSBERG, C.M.; TEDESTAM, G. Etiological and predisposing face related to traumatic injuries to permanent teeth. **Swed Denm Clin Integ**; 2(1): 16-19, 2002

GOETTEMS, M. L. **Traumatismo dentário em escolares de 8 a 12 anos do município de Pelotas/RS**. Tese (Doutorado em Odontologia). Faculdade de Odontologia. Universidade Federal de Pelotas, Rio Grande do Sul. 166f. 2012.

GRIMM, S. et al. Dental injury among Brazilian schoolchildren in the state of São Paulo. **Dent Traumatol**, Blackwell Munksgaard, 20: 134-138. 5 2004.

KALLEL et al. Epidemiology Of Traumatic Dental Injuries In Tunisia: A Prospective Study. **Afr J Trauma**, 4:51 - 6, 2015.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; GREBB, J. A. **Compêndio de Psiquiatria: Ciências Comportamentais e Psiquiatria Clínica**. 7 edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 138- 143. 1997

KASTE, L. M.; GIFT, G.H.; BHAT, M; SWANGO, P.A. Prevalence of incisor trauma in persons 6 to 50 years of age: United States 1988–1991. **J Dent Res**;75 (Spec Iss):696–705, 1996.

MARCENES, W. et al. Epidemiology of traumatic injuries to the permanent incisors of 9-12-year-old schoolchildren in Damascus, Syria. **Endod Dent Traumatol**,15(3): 117-123, 1999.

MARCENES, W.; MURRAY, S. Social deprivation and traumatic dental injuries among 14-years-old schoolchildren in Newham, London. **Endod Dent Traumatol**,17(1): 17-21, 2001.

MARCENES, W.; ZABOT, N.E.; TRAEBERT, J. Socio-economic correlates of traumatic injuries to the permanent incisors in schoolchildren aged 12 years in Blumenau, Brasil. **Dent Traumatol**, 17(5): 222-226. 2001.

MESTRINHO, H.D.; BEZERRA, A.C.B.; CARVALHO, J.C. Traumatic dental injuries in Brazilian pre-school children. **Braz Dent J**, 9(2):101-4, 1998.

NARVAI, P.C.; CASTELLANOS, R.A.; FRAZÃO, P. Dental caries prevalence in permanent teeth of school children in Brazil,1970-1996. **Rev Saúde Pública**, 34: 196-200, 2000

NICOLAU, B.; MARCENES, W.; SHEIHAM, A. Prevalence, causes and correlates of traumatic dental injuries among 13-year-olds in Brazil. **Dent Traumatol**; C Munksgaard, 17: 213–217. 2001.

NOWJACK-RAYMER, R.E.; GIFT, H.C. Use of mouthguards and headgear in organized sports by school-aged children. **Public Health Rep** ,111:82-6. 1996

O'BRIAN M. **Children's dental health in the United Kingdom** 1993. In: Report of Dental Survey, Office of Population Censuses and Surveys. London: Her Majesty's Stationery Office; 1994.

OULIS, C.J.; BERDOUSES, E.D. Dental injuries of permanent teeth treated in private practice in Athens. **Endod Dent Traumatol**, 12:60-5, 1996;

OUTEIRAL, J. O. **Adolescer: estudo sobre adolescência**. Porto Alegre: Artes médicas. 1994, 232 - 237.

PERES, M.A.; BARBATO, P.R.; REIS, S.C.G.B.; FREITAS, C.H.S.M.; ANTUNES, J.L.F. Perdas dentárias no Brasil: análise da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010. **Rev. Saúde Pública**. Vol. 47, supl. 3, p. 78-89, 2013.

PETERSEN, P.E. et al. The global burden of oral diseases and risks to oral health. **Bull World Health Organ**, 83(9):661-669, 2005.

RANALLI, D.N. Prevention of sports-related traumatic dental injuries. **Dent Clin North Am**, 44:35-51, 2000.

SENOS, J.; DINIZ, T. Auto-estima, resultados escolares e indisciplina. Estudo exploratório numa amostra de adolescentes. **Análise Psicológica**, Lisboa , v. 16, n. 2, p. 267-276, 1998.

THOMSEN, S.R. et al. Motivations for Reading beauty and fashion magazines and anorexic risk in college-age women. **Media Psychology**, Vol 2, 113-135 2002.

TRAEBERT, J. et al. Prevalência, necessidade de tratamento e fatores predisponentes do traumatismo na dentição permanente de escolares de 11 a 13 anos de idade. **Cad Saúde Pública**, 20(2): 403-410, 2004.

TRAEBERT, J. L. **Traumatismo Dentário**. In: ANTUNES, J.P.F.; PERES, M. A. Epidemiologia da Saúde Bucal – Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2006.

TRAEBERT J., MARCON K.B., LACERDA J.T. Prevalência de traumatismo dentário e fatores associados em escolares do município de Palhoça (SC). **Ciênc Saúde Coletiva**, 15:1849-55, 2010.

VETORE, M.V.; MOYSÉS, S.J.; SARDINHA, L.M.V.; ISER, B.P.M. Condição socioeconômica, frequência de escovação dentária e comportamentos em saúde em adolescentes brasileiros: uma análise a partir da Pesquisa Nacional de Saúde Escolar (PeNSE). **Cad. Saúde Pública**, n. 28, sup: s101-13, 2012.

WOLF, N. **O mito da beleza: como as imagens de beleza são usadas contra as mulheres**. Rio de Janeiro: Rocco. 1992.

World Health Organization. **Calibration of examiners for oral health epidemiological surveys**. Geneva: ORH/EPID; 1993.

_____. **Oral health surveys: basic methods**, 4th edn. Geneva: WHO; 1997.

ANEXOS

ANEXO A – Classificação de traumatismo dentário segundo Andreasen

ANEXO B – Classificação de traumatismo dentário segundo Garcia-Godoy

ANEXO C – Classificação de traumatismo dentário segundo Ellis

ANEXO D – Classificação de traumatismo dentário segundo United Kingdom Children's Dental Health Survey

ANEXO E – Ficha de Exame Epidemiológico;

ANEXO F – Ficha de avaliação socioeconômica, escolaridade, morbidade referida e de uso dos serviços de saúde bucal – 12 anos

ANEXO G – Questionário de Avaliação Socioeconômica e Autopercepção da Saúde Bucal – 15 A 19 anos

ANEXO H – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

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

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

ANEXO K – Parecer da Comissão de Pesquisa da UFRGS

ANEXO A – Classificação de traumatismo dentário segundo Andreasen

Classificação de traumatismo dentário segundo Andreasen	
Código	Descrição
1	<p>Fratura da coroa</p> <p>1a – Fratura de esmalte, incluindo trinca do esmalte</p> <p>1b – Fratura de esmalte e dentina</p> <p>1c – Fratura de esmalte e dentina com exposição pulpar</p> <p>1d – Não específica (descoloração)</p>
2	<p>Fratura de coroa e raiz</p> <p>2a – Fratura de esmalte, dentina e cimento sem envolvimento pulpar</p> <p>2b – Fratura de esmalte, dentina e cimento com envolvimento pulpar</p> <p>2c – Fratura de raiz</p>
3	<p>Luxação</p> <p>3a – Concussão</p> <p>3b – Subluxação</p> <p>3c – Intrusão</p> <p>3d – Extrusão</p> <p>3e – Luxação lateral</p>
4	Avulsão
5	<p>Injúria aos tecidos de proteção</p> <p>5a – Injúria gengival</p> <p>5b – Laceração</p> <p>5c – Contusão</p> <p>5d - Abrasão</p>
6	Outros tipos e injúria

ANEXO B – Classificação de traumatismo dentário segundo Garcia-Godoy

Classificação de traumatismo dentário segundo Garcia-Godoy	
Código	Descrição
0	Trinca do esmalte; fratura incompleta do esmalte, sem perda da estrutura dentária
1	Fratura de esmalte, com perda de substância dental, não envolvendo polpa
2	Fratura de esmalte/dentina, não envolvendo a polpa
3	Fratura de esmalte/dentina/cimento sem exposição pulpar
4	Fratura de esmalte/dentina/cimento com exposição pulpar
5	Fratura de raiz envolvendo esmalte/dentina/cimento sem exposição pulpar
6	Fratura de raiz envolvendo esmalte/ dentina/ cimento com exposição pulpar
7	Concussão, injúria no dente com anormal afrouxamento ou deslocamento, mas sem sinal de reação a percussão após algum tempo da injúria, podendo manifestar alteração de cor, trato fistuloso ou ambos
8	Luxação, injúria no dente com afrouxamento anormal, mas sem deslocamento
9	Luxação lateral, representada por um deslocamento do dente, mas que não tenha sido no sentido axial do dente
10	Intrusão, deslocamento do dente em direção ao osso alveolar
11	Extrusão, parcial deslocamento do dente para fora do alvéolo
12	Avulsão, completo deslocamento do dente para fora do osso alveolar

ANEXO C – Classificação de traumatismo dentário segundo Ellis

Classificação de traumatismo dentário segundo Ellis	
Código	Descrição
1	Fratura simples da coroa envolvendo pequena parte ou nenhuma dentina
2	Fratura externa da coroa envolvendo parte considerável da dentina, mas sem exposição pulpar
3	Fratura extensa da coroa, envolvendo parte considerável da dentina e com exposição pulpar
4	Dentes traumatizados, os quais necrosam com ou sem perda de estrutura da coroa
5	Dentes perdidos como resultado do traumatismo
6	Fratura de raiz com ou sem perda de estrutura da coroa
7	Deslocamento do dente sem fratura da coroa ou raiz
8	Fratura da coroa e sua reposição (restauração)
9	Injúria traumática em dentes decíduos

Fonte: ANTUNES; PERES, 2006, p.129

**ANEXO D – Classificação de traumatismo dentário segundo United Kingdom
Children's Dental Health Survey**

Classificação de traumatismo dentário segundo United Kingdom Children's Dental Health Survey	
Código	Descrição
0	Sem evidência de traumatismo
1	Fratura de esmalte: fratura que se limita a perda de substância do esmalte, não atingindo a dentina
2	Fratura do esmalte e descoloração: perda de estrutura do esmalte com alteração de cor do dente, quando comparado com os adjacentes
3	Fratura do esmalte e trato fistuloso: perda de estrutura do esmalte com edema ou fístula na região vestibular ou lingual do dente examinado
4	Fratura do esmalte, descoloração e trato fistuloso: perda de estrutura de esmalte com alteração de cor do dente, quando comparado com os adjacentes, edema ou fístula na região vestibular ou lingual do dente examinado ou dentes adjacentes
5	Fratura do esmalte/dentina: Fratura com perda de estrutura do esmalte e dentina, sem exposição pulpar
6	Fratura do esmalte/dentina e descoloração: fratura com perda de estrutura do esmalte e dentina, com alteração de cor do dente quando comparado com adjacentes
7	Fratura do esmalte/dentina e trato fistuloso: fratura com perda de estrutura do esmalte e dentina, com edema ou fístula na região vestibular ou lingual do dente examinado ou adjacentes
8	Fratura do esmalte/dentina com descoloração e trato fistuloso: fratura com perda de estrutura de esmalte e dentina, com alteração de cor de dente, quando comparado com os adjacentes, com edema ou fístula na região vestibular ou lingual do dente examinado ou dentes adjacentes

9	Fratura de esmalte/dentina com exposição pulpar: fratura com perda de estrutura de esmalte e dentina com exposição pulpar
10	Fratura do esmalte/dentina com exposição pulpar e descoloração: fratura com perda de estrutura de esmalte e dentina com exposição pulpar e com alteração de cor do dente, quando comparado com os adjacentes.
11	Fratura de esmalte/dentina com exposição pulpar e trato fistuloso: fratura com perda de estrutura de esmalte e dentina com exposição pulpar e com edema ou fístula na região vestibular ou lingual do dente examinado ou dentes adjacentes
12	Fratura do esmalte/dentina com exposição pulpar, com descoloração e trato fistuloso: fratura com perda de esmalte e dentina com exposição pulpar, com alteração de cor do dente quando comparado com os adjacentes e com edema ou fístula na região vestibular ou lingual do dente examinado ou dentes adjacentes
13	Dente faltante devido ao traumatismo: espaço vazio entre os dentes anteriores onde o examinado relata que houve a perda do dente por motivo de traumatismo
14	Descoloração somente: presença somente de alteração de cor do dente, quando comparado com os adjacentes
15	Trato fistuloso somente: presença somente de edema ou fístula na região vestibular ou lingual do dente examinado ou dentes adjacentes
16	Outros: traumatismo que não se enquadra nos critérios anteriores

ANEXO E – Ficha de Exame Epidemiológico;

Ficha de Exame

MUNICÍPIO

Nº QUESTIONÁRIO

ESCOLA

SEXO IDADE COR/RAÇA EXAMINADOR ANOTADOR

OCCLUSÃO DENTÁRIA – DAI (12 E 15 A 19 ANOS)					FLUOROSE	
DENTIÇÃO Número de incisivos, caninos e pré-molares perdidos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					12 ANOS 15 A 19NOS	
ESPAÇO					<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Apinhamento na região de incisivos	Espaçamento na região de incisivos	Diastema em mm	Desalinhamento maxilar em mm	Desalinhamento mandibular em mm	ALTERAÇÕES TECIDOS MOLES	
OCCLUSÃO					<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Overjet maxilar anterior em mm	Overjet mandibular anterior em mm	Mordida aberta vertical anterior em mm	Relação molar antero-posterior	0 = Não 1 = Sim		

CÁRIE DENTÁRIA E NECESSIDADE DE TRATAMENTO

	→															
	18	17	16	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	26	27	28
	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28			
COROA	<input type="checkbox"/>															
TRAT.	<input type="checkbox"/>															
	48	47	46	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	36	37	38
	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38			
COROA	<input type="checkbox"/>															
TRAT.	<input type="checkbox"/>															
	←															

DOENÇA PERIODONTAL CPI	17/16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	26/27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	36/37	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	31	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	46/47	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	SANGRAMENTO GENGIVAL	CÁLCULO DENTÁRIO	BOLSA PERIODONTAL	
				TRAUMATISMO DENTÁRIO
	12	11	21	22
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	42	41	31	32
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO F – Ficha de avaliação socioeconômica, escolaridade, morbidade referida e de uso dos serviços de saúde bucal – 12 anos

PÁGINA 2								
QUESTIONÁRIO PARA PAIS OU RESPONSÁVEIS				MUNICÍPIO				
				CONTROLE				
Marque apenas uma resposta em cada pergunta							Não escreva aqui 	
10	Qual foi o motivo que levou seu filho(a) nesta última consulta? Marque só um número.	0	Não levou o filho ao dentista	3	Por dor.			
		1	Para fazer revisão de rotina	4	Para extrair dentes.			
		2	Para fazer revisão do aparelho	5	Para tratamento.			
		9	Não sabe/não quer responder.					
11	Onde foi esta última consulta que levou seu filho(a)?	0	Não levei.	3	No dentista do plano de saúde ou da empresa.			
		1	No SUS. (serviço público)					
		2	Consultório particular	4	Não sabe/não quer responder			
12	O que o Sr.(a) achou do atendimento dado a seu filho(a)?	0	Não levei	3	Regular			
		1	Muito Bom	4	Ruim			
		2	Bom	5	Muito Ruim			
		9	Não sabe/não quer responder.					
Classificação da saúde geral e saúde bucal dos filhos de acordo com a percepção dos pais					Respondido pelo pai, mãe ou responsável			
13	Como você classifica a sua saúde geral de seu filho ou filha?	1 Ótima	2 Boa	3 Regular	4 Ruim	5 Péssima	9 Não sabe / Não quer responder.	
14	Com relação aos dentes e boca de seu filho ou filha você está:	1 Muito satisfeito	2 Satisfeito	3 Nem satisfeito, nem insatisfeito	4 Insatisfeito	5 Muito insatisfeito	9 Não sabe / Não quer responder.	
15	Como você classifica a saúde bucal de seu filho ou filha?	1 Ótima	2 Boa	3 Regular	4 Ruim	5 Péssima	9 Não sabe / Não quer responder.	

ANEXO G – Questionário de Avaliação Socioeconômica e Auto percepção da Saúde Bucal – 15 A 19 anos

CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONOMICA DA FAMÍLIA	
01	Quantas pessoas, incluindo você residem na sua casa?.....
02	<p>Marque o número correspondente a quanto receberam, em reais, no mês passado, juntas todas as pessoas que moram na sua casa, incluindo salários, bolsa-família, pensão, aluguel, aposentadoria, ou outros rendimentos?</p> <p>1 – Até 250 reais 2 – De 250 a 500 reais 3 – De 501 a 1.500 reais 4 – De 1.501 a 2.500 reais 5 – De 2.501 a 4.500 reais 6 – De 4.501 a 9.500 reais 7 – Mais de 9.000 reais</p>
ESCOLARIDADE, MORBIDADE REFERIDA E USO DE SERVIÇOS	
03	<p>Até que série sua mãe estudou ?</p> <p>Fazer a conversão e anotar o total de anos de estudos. Marcar (99) para não sabe.</p>
04	<p>Até que série seu pai estudou ?</p> <p>Fazer a conversão e anotar o total de anos de estudos. Marcar (99) para não sabe.</p>
05	<p>Você acha que precisa de tratamento dentário atualmente?</p> <p>Marque no quadrado ao lado, o número correspondente a sua resposta: (0) Não (1) Sim (9) Não sabe / não quer responder</p>
06	<p>Nos últimos 6 meses você teve dor de dente? (0) Não (1) Sim (9) Não sabe / não quer responder</p>
07	<p>Aponte na escala o quanto você acha que foi esta dor significa : (1) muita pouca dor OU (5) significa uma dor muito forte. (mostrar a escala conforme manual).</p>
08	<p>Alguma vez na vida você já foi ao consultório de um dentista? (0) Não (1) Sim (9) Não sabe / não quer responder</p>
09	<p>Quando foi a última vez? (0) Nunca foi (1) Menos de 1 ano (2) Um a dois anos (3) Três anos ou mais (9) Não sabe / não quer responder</p>
10	<p>Qual foi o motivo desta última consulta? Marque só um número</p> <p>(0) – Não levou o filho ao dentista (1) – Para fazer uma revisão de rotina/preventiva (2) Para fazer revisão do aparelho (3) Por dor (4) – Para extrair dentes (5) – Para tratamento (6) - Outros (9) – Não sabe / não quer responder</p>
11	<p>Onde foi esta última consulta ?</p> <p>(0) – Não consultei (1) – No SUS (serviço público) (2) Consultório particular (3) – No dentista do plano de saúde ou da empresa (9) – Não sabe / não quer responder</p>
12	<p>O que você achou do atendimento/tratamento na última consulta?</p> <p>(0) Não consultei (1) Muito Bom (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim (9) Não sabe/não quer responder</p>

**ANEXO G – Questionário de Avaliação Socioeconômica e Auto percepção da
Saúde Bucal – 15 A 19 anos
(Continuação)**

AUTOPERCEÇÃO E IMPACTOS EM SAÚDE	
13	Como você classifica sua saúde geral? (1) Ótima; (2) Boa; (3) Regular; (4) Ruim; (5) Péssima; (9) Não sabe,não respondeu
14	Com relação aos seus dentes/boca você está: (1) Muito satisfeito; (2) Satisfeito; (3) Nem satisfeito nem insatisfeito; (4) Insatisfeito; (5) Muito insatisfeito;(9) Não sabe/não respondeu
15	Como você classifica sua saúde bucal? (1) Ótima; (2) Boa; (3) Regular; (4) Ruim; (5) Péssima; (9) Não sabe,não respondeu
16	Como classifica a aparência dos seus dentes e gengivas? (1) Ótima; (2) Boa; (3) Regular; (4) Ruim; (5) Péssima; (9) Não sabe,não respondeu
17	Como classifica a sua mastigação? (1) Ótima; (2) Boa; (3) Regular; (4) Ruim; (5) Péssima; (9) Não sabe,não respondeu
18	Como classifica a sua fala devido a seus dentes e gengivas? (1) Ótima; (2) Boa; (3) Regular; (4) Ruim; (5) Péssima; (9) Não sabe,não respondeu
Algumas pessoas têm problemas que podem ter sido causados pelos dentes. Das situações abaixo, quais se aplicam a você, nos últimos seis meses? 0-Não; 1-Sim; 9-Não sabe / Não respondeu	
19	Teve dificuldade para comer por causa dos dentes ou sentiu dor nos dentes ao tomar líquidos gelados ou quentes?
20	Os seus dentes o incomodaram ao escovar?
21	Os seus dentes o deixaram nervoso (a) ou irritado (a)?
22	Deixou de sair, se divertir, ir a festas, passeios por causa dos seus dentes?
23	Deixou de praticar esportes por causa dos seus dentes?
24	Teve dificuldade para falar por causa dos seus dentes?
25	Os seus dentes o fizeram sentir vergonha de sorrir ou falar?
26	Os seus dentes atrapalharam para estudar / trabalhar ou fazer tarefas da escola / trabalho?
27	Deixou de dormir ou dormiu mal por causa dos seus dentes?

ANEXO H – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

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

Esclarecimentos

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

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

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

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

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

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

Consentimento Livre e Esclarecido – Para participante individual

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

Data ____/____/____

Nome em letra de forma Assinatura ou impressão dactiloscópica

Consentimento Livre e Esclarecido – Para Pais ou Responsáveis

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

Responsável

Nome em letra de forma Assinatura ou impressão dactiloscópica

Pesquisador

Nome em letra de forma Assinatura

**ANEXO I – Parecer do Comitê de Ética na pesquisa em saúde – Escola de
Saúde Pública**



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE**

**COMITÊ DE ÉTICA NA PESQUISA EM SAÚDE
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA**

PARECER DE APROVAÇÃO

Data da aprovação: 28/04/2011

Protocolo CEPS-ESP n.º 624/11

**Projeto: “ IMPACTO DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA NO PERFIL
EPIDEMIOLÓGICO DE SAÚDE BUCAL NO RS ”**

Pesquisadora: Helenita Corrêa Ely

Orientadora: Cláides Abegg

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

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

**ANEXO J – Aprovação do Comitê de Ética na pesquisa em saúde – Escola de
Saúde Pública**



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE**

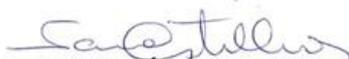
Of. CEP/ESP- 49/2011

Porto Alegre, 28 de abril de 2011.

Senhor(a) Pesquisador(a)

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

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


Comitê de Ética na Pesquisa em Saúde
da ESP/SES/RS

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

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

ANEXO K – Parecer da Comissão de Pesquisa da UFRGS**PARECER DA COMISSÃO DE PESQUISA**

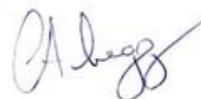
Parecer aprovado em reunião do dia 01 de abril de 2011 ATA 02/11.

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

PROJETO: Nº15370. IMPACTO DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA NO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE SAÚDE BUCAL NO RS.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Profa. CLÁIDES ABEGG

OUTROS PESQUISADORES: Fernando Neves Hugo.



Porto Alegre, 01 de abril de 2011.



Profa. Dra. Deise Ponzoni
Coordenadora da Comissão de Pesquisa

Profa. Deise Ponzoni
Coordenadora da COMPEQ/000