



CATÓLICA
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA

VISEU

**MALOCCLUSÕES EM CRIANÇAS: ASSOCIAÇÃO COM
DADOS DEMOGRÁFICOS, SOCIOECONÔMICOS,
HÁBITOS ORAIS DELETÉRIOS E QUALIDADE DE VIDA
RELACIONADA A SAÚDE BUCAL**

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Por: Marcelo Araripe Loureiro

Viseu, 2023



CATÓLICA
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA

VISEU

**MALOCCLUSÕES EM CRIANÇAS: ASSOCIAÇÃO COM
DADOS DEMOGRÁFICOS, SOCIOECONÔMICOS, HÁBITOS
ORAIS DELETÉRIOS E QUALIDADE DE VIDA
RELACIONADA A SAÚDE BUCAL**

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Por: Marcelo Araripe Loureiro

Orientador: Professora Doutora Anna Carolina Volpi Mello-Moura
Coorientador: Professor Doutor Nélio Jorge Veiga

Viseu, 2023

*Dedico este trabalho ao meu pai, o
Médico Dentista **Dr. Ivan Loureiro**,
por ser mais que uma inspiração,
um exemplo!*

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Ivan Loureiro e Gizelda Ararípe Barros Loureiro (in memoriam), pelo apoio incondicional em todas as minhas escolhas.

À minha esposa, Renata Tolêdo Alves, por alimentar meus sonhos e me apoiar no caminho.

A aqueles que me acolhem como filho: Rossane, Valéria, Maristela e Braz e partilham comigo mais esta conquista.

Aos meus familiares e amigos, por compreenderem minha ausência e me incentivarem em todos os momentos.

Aos meus orientadores, Profa. Dra. Anna Carolina Volpi Mello-Moura e Prof. Dr. Nélío Jorge Veiga, pela confiança, imensa ajuda e momentos felizes compartilhados.

A toda equipe da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa, direção, docentes e funcionários, pelo acolhimento e partilha ao longo destes anos.

Aos amigos que fiz e memórias que levarei comigo para sempre: Bruninha, Mari, Habib, Lu, Najara e Carol, muito obrigado pelo carinho e paciência.

Aos colegas de curso, pela convivência e pelas trocas diárias. Foi sem dúvida alguma, muito mais divertido com vocês.

Aos pacientes, pela confiança no meu trabalho e por acreditarem que estava fazendo o meu melhor para devolver saúde e sorrisos.

A Deus, por tudo que me concede e permite.

RESUMO

Introdução: A maloclusão é o terceiro maior problema na área da Medicina Dentária e acomete crianças cada vez mais precocemente. O manejo do problema requer conhecimento dos fatores relacionados à maloclusão. **Objetivos:** Este estudo avaliou a prevalência de maloclusão e sua associação com variáveis sociodemográficas, hábitos orais deletérios e qualidade de vida relacionada à saúde bucal em uma população de crianças portuguesas. **Materiais e métodos:** Foram incluídas crianças de 3 a 12 anos assistidas pelo Projeto “Ser Criança” e seus responsáveis legais. Os dados sociodemográficos, hábitos orais deletérios e qualidade de vida aferida pelos instrumentos ECOHIS-Pt ou P-CPQ-Pt foram obtidos por entrevista com os pais. Os dados clínicos foram obtidos pelo exame das crianças. Estes foram descritos e os grupos comparados pelos testes Qui-quadrado de *Pearson* e Teste t de igualdade entre as médias com nível de significância de 5% ($P < 0,05$). **Resultados:** A amostra de 63 crianças, foi predominantemente do sexo feminino, de 6 a 12 anos e renda familiar superior a um salário mínimo. Chucha e biberão foram os hábitos mais comuns. A prevalência de maloclusão variou de 1,6% a 20,6%, sendo a sobremordida e mordida cruzada posterior unilateral as mais prevalentes. Os escores médios de qualidade de vida pelo ECOHIS-Pt e P-CPQ-Pt foram, respectivamente 14,59($\pm 2,13$) e 16,12($\pm 14,86$). A maloclusão não foi associada às características demográficas, socioeconômicas e aos hábitos orais deletérios. Houve associação entre maloclusão e algum aspecto da qualidade na vida. **Conclusão:** A prevalência de maloclusão em crianças variou de 1,6% a 20,6% não foi associada a variáveis demográficas, socioeconômicas e hábitos orais deletérios. Em crianças de 3 a 5 anos, a mordida aberta foi associada qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Entre as crianças de 6 a 12 anos as malcoclusões associadas foram a sobremordida, mordida cruzada anterior e mordida cruzada posterior unilateral.

Palavras-chaves: Maloclusão; Pré-escolar; Criança; Associação; Qualidade de vida.

ABSTRACT

Introduction: Malocclusion is the third biggest problem in Dentistry and affects children at an increasingly early age. Management of the problem requires knowledge of factors related to malocclusion. **Objectives:** This study evaluated the prevalence of malocclusion and its association with sociodemographic variables, deleterious oral habits, and oral health-related quality of life in a population of Portuguese children. **Materials and methods:** Children from 3 to 12 years of age assisted by the “Ser Criança” Project and their legal guardians were included. Sociodemographic data, deleterious oral habits and quality of life measured by the ECOHIS-Pt or P-CPQ-Pt instruments were obtained by interviewing the parents. Clinical data were obtained by examining the children. These were described and the groups compared by Pearson's chi-square test and the t test for equality between means with a significance level of 5% ($P < 0.05$). **Results:** The sample of 63 children was predominantly female, aged between 6 and 12 years and with a family income greater than one minimum wage. Pacifier and bottle were the most common habits. The prevalence of malocclusion ranged from 1.6% to 20.6%, with overbite and unilateral posterior crossbite being the most prevalent. The mean quality of life scores by ECOHIS-Pt and P-CPQ-Pt were, respectively, $14.59(\pm 2.13)$ and $16.12(\pm 14.86)$. Malocclusion was not associated with demographic, socioeconomic and deleterious oral habits. There was an association between malocclusion and some aspect of quality of life. **Conclusion:** The prevalence of malocclusion in children ranged from 1.6% to 20.6% and was not associated with demographic, socioeconomic and deleterious oral habits. In children aged 3 to 5 years, open bite was associated with oral health-related quality of life. Among children aged 6 to 12 years, the associated malocclusions were overbite, anterior crossbite and unilateral posterior crossbite.

Keywords: Malocclusion; Preschooler; Children; Association; Quality of life.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	2
2. MATERIAIS E MÉTODOS	13
2.1 Seleção da amostra	13
2.2 Local de realização	13
2.3 Critérios de inclusão	13
2.4 Critérios de exclusão	13
2.5 Aspectos éticos	14
2.6 Instrumentos e medidas	14
2.7 Estudo piloto.....	14
2.8 Procedimento experimental.....	15
2.9 Procedimentos estatísticos	16
3. RESULTADOS.....	18
4. DISCUSSÃO	25
5. CONCLUSÕES	32
6. BIBLIOGRAFIA.....	34
7. PRODUÇÃO CIENTÍFICA.....	39
ANEXOS	42

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** Dados demográficos e socioeconômicos da amostra
- Tabela 2** Histórico de hábitos orais deletérios na amostra
- Tabela 3** Dados clínicos de maloclusão
- Tabela 4** Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Oral avaliada pelo ECOHIS-Pt de crianças de 3 a 5 anos
- Tabela 5** Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Oral avaliada pelo P-CPQ-Pt de crianças de 6 a 12 anos
- Tabela 6** Associação entre maloclusão e variáveis sociodemográficas
- Tabela 7** Associação entre maloclusão e histórico de hábitos orais deletérios
- Tabela 8** Associação entre maloclusão e qualidade de vida relacionada à saúde bucal

LISTA DE SIGLAS, ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

±	Mais ou menos
%	Por cento
DAI	<i>Dental Aesthetic Index</i>
N	Tamanho de amostra
<i>P</i>	<i>P</i> -valor
CPQ	<i>Child Perceptions Questionnaire</i>
QVRSB	Qualidade de vida relacionada à saúde bucal
ECOHIS	<i>Early Childhood Oral Health Impact Scale</i>
ceo-d	Número de dentes decíduos cariados, perdidos e obturados
>	Maior
<	Menor
OMS	Organização Mundial da Saúde
FMD-UCP	Faculdade de Medicina Dentária – Universidade Católica Portuguesa
MIMD	Mestrado Integrado de Medicina Dentária
P-CPQ-Pt	<i>Parental-Caregiver Perceptions Questionnaire</i> – versão portuguesa
ECOHIS-Pt	<i>Early Childhood Oral Health Impact Scale</i> – versão portuguesa
EPI	Equipamento de proteção individual
=	Igual

1. INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

A maloclusão pode ser definida como um conjunto de alterações dentárias e faciais capazes de alterar ou impedir o bom exercício funcional do sistema estomatognático, requerendo, por isto, intervenção ortodôntica. Segundo a Organização Mundial de Saúde, é considerada, em termos de prevalência, o terceiro maior problema de saúde pública na área de Medicina Dentária, apresentando-se aquém apenas da cárie e doença periodontal.¹

A prevalência de maloclusão vem sendo investigada em todo mundo. Um estudo de revisão sistemática estimou a prevalência de maloclusão em diferentes populações e continentes. Os resultados demonstraram que a prevalência global de Classe I foi a mais alta ($74,7 \pm 15,17\%$), variando de 31% a 96,6%. Houve grande variação na prevalência de Classe II (de 1,6% a 63%), resultando em uma prevalência global de 19,56%. De todas as classes de maloclusão de Angle, a Classe III foi a menos prevalente mundialmente, atingindo prevalência global de 5,93% (de 0,7% a 19,9%). Esta tendência de distribuição das prevalências foi parecida para as dentições mistas e permanentes. As populações africanas apresentaram maior prevalência de Classe I e mordida aberta enquanto as maloclusões de Classe II foram as mais prevalentes entre os caucasianos. O continente europeu, entre todos os continentes, foi o que apresentou maior prevalência de Classe II.²

Lombardo et al.³ quantificaram a prevalência e tipo de maloclusões em crianças e adolescentes em todo o mundo por meio de uma revisão sistemática com metanálise que incluiu 77 estudos com grau de evidência média/alta. Os resultados demonstraram uma prevalência mundial de maloclusão de 56%. A análise da prevalência por continente demonstrou maior prevalência na África (81%) e Europa (72%), seguidos pela América (53%) e Ásia (48%). A prevalência de maloclusão foi a mesma entre dentes decíduos e permanentes (54%), contudo, a presença de diastemas e mordida cruzada diminuiu na dentição permanente enquanto o apinhamento e a mordida em tesoura aumentam. Os dados apresentados sugerem uma alta prevalência mundial de maloclusão e início precoce durante a infância.

A prevalência de maloclusão em diferentes regiões geográficas foi objeto da revisão de escopo que incluiu 14 estudos de 10 diferentes países e idade entre 7 e 20 anos. A análise dos dados obtidos evidenciou que a Classe I de Angle foi a mais frequente, seguida pela Classe II e, por último, Classe III. Considerando as demais

anomalias investigadas, o apinhamento (87%) e a presença de diastemas (60%) foram as mais frequentes. A prevalência de mordida cruzada e mordida aberta foi muito variada, enquanto a de mordida profunda foi mais uniforme. Os resultados demonstraram ampla variação para a maioria dos tipos de maloclusão em relação às diferentes populações estudadas.⁴

Outro estudo ainda mais recente investigou a prevalência a maloclusão e características oclusais de crianças e adolescentes por meio de uma revisão sistemática que incluiu estudos epidemiológicos, ensaios clínicos randomizados, ensaios clínicos e estudos comparativos. Os resultados obtidos dos 123 manuscritos incluídos demonstraram que a idade da população incluída variou entre 2 e 18 anos. Uma prevalência média de maloclusões de Classe I de 51,9%; 23,8% de Classe II e 6,5% de Classe III. A prevalência de mordida cruzada anterior, posterior e funcional foram, respectivamente 7,8%; 9,0% e 12,2%. Outras maloclusões, como sobressaliência, sobremordida e mordida aberta não possibilitaram cálculo de prevalência devido a grandes variações nas definições, medidas e pontos de corte para definir ou não como maloclusão, evidenciando a necessidade de padronizar características ortodônticas e traços de maloclusão, bem como protocolos para quantificá-las.⁵

A prevalência de maloclusão também foi objeto de estudo na população portuguesa. Silva et al.⁶ determinaram a prevalência de maloclusão em crianças portuguesas em idade pré-escolar e escolar, bem como identificou os hábitos de saúde oral de risco. Participaram do estudo 224 crianças com idade entre 3 e 10 anos (média de 6 anos) examinadas por um único examinador no ambiente escolar para estimar a maloclusão por meio do Índice de Estética Dentária (*Dental Aesthetic Index* – DAI). Os resultados demonstraram que 21,1% das crianças com idade inferior a 6 anos e 23,8% daquelas com idade superior a 6 anos, apresentaram maloclusão. Neste estudo a maloclusão relacionou-se com hábitos de sucção não nutritiva (chucha e dedo), principalmente se mantidos após os três anos de idade. O autor ressaltou que tanto a prevalência quanto a severidade da maloclusão tendem a aumentar com a idade.

Outro estudo avaliou a necessidade de tratamento ortodôntico em 120 crianças portuguesas de 9 a 14 anos, por meio de modelos de estudo, fotografias e radiografias panorâmicas. A prevalência de maloclusão segundo a classificação de Angle demonstrou que a relação molar em Classe II foi a mais prevalente correspondendo

a 53% da amostra (N = 64). As relações molares em Classe I e III, corresponderam a 31% (N = 37) e 16% (N = 19), respectivamente. Quando avaliado o índice de necessidade de tratamento ortodôntico, considerando o componente de saúde odontológica, 79% da amostra apresentava grande necessidade de tratamento ortodôntico e quando avaliado o componente estético, 27% da amostra apresentava grande necessidade de tratamento. A grande necessidade de tratamento foi relacionada à dentição permanente ($P = 0,002$) e a sobremordida horizontal aumentada e apinhamento foram as características mais prevalentes neste grupo.⁷

Um estudo epidemiológico avaliou a prevalência e gravidade da maloclusão em crianças portuguesas nas faixas etárias entre 6-7 anos, 9-10 anos, 12-13 anos e 15-16 anos. Os participantes (N = 207) foram submetidos a exame clínico para avaliação da oclusão. No que se refere à classificação dos molares, a Classe I foi a mais observada (68,2%). A relação molar em Classe II de meia cúspide (30%) e de uma cúspide (10%) foram mais prevalentes que as maloclusões de Classe III de meia cúspide (6,8%) e de uma cúspide (1%). Na análise da autopercepção da aparência do sorriso segundo o componente estético, 78,2% da amostra apresentou Grau 1 ou 2 (nenhuma ou pequena necessidade de tratamento ortodôntico). A maioria das crianças estava satisfeita (46,3%) ou muito satisfeita (38,2%) com o próprio sorriso. Do mesmo modo, a maioria acredita que não precisa (32,8%) ou definitivamente não precisa (20,2%) de aparelho ortodôntico. Apesar da alta prevalência de maloclusões observada, as crianças apresentaram nível relativamente elevado de satisfação com a própria estética oral.⁸

Pimenta⁹ analisou a prevalência de maloclusão e fatores associados entre 89 crianças portuguesas com idade entre 3 e 5 anos, cujos dados foram obtidos por meio de um questionário direcionado aos pais e exame clínico intraoral às crianças. Os resultados demonstraram uma prevalência de maloclusão de 83,9%, sendo o apinhamento e a distoclusão os tipos mais prevalentes. Idade, nível de instrução da mãe, hábitos de sucção (chucha e dedo), introdução de alimentos menos triturados entre 9-12 meses; ranger ou apertar os dentes; presença de cárie ou perda precoce foram associados à prevalência de maloclusão, que foi considerada elevada.

Um estudo recente avaliou o padrão craniofacial esquelético na população portuguesa por meio de imagens de tomografia computadorizada de crânios dos séculos XVIII a XX e de indivíduos do século XXI. Os resultados evidenciaram que a Classe II esquelética é a maloclusão mais prevalente e que a maxila prognata e a

mandíbula neutra vêm aumentando. Embora haja um aumento na maloclusão de Classe I ao longo dos séculos, o padrão esquelético mais comum nesta população é o padrão esquelético de Classe II.¹⁰

Apesar de prevalências variadas descritas na literatura, estudos mostram aumento progressivo das maloclusões tanto da dentição decídua quanto na permanente, assim, identificar os fatores que influenciam e predisõem ao desenvolvimento ou agravamento desta condição é fundamental para elaborar estratégias adequadas ao manejo desta condição.

A maloclusão em crianças é consequência de múltiplos fatores etiológicos, entre os quais fatores socioeconômicos, genéticos, ambientais e hábitos orais deletérios. Uma revisão integrativa de caráter qualitativo buscou analisar, de maneira ampla, a problemática da maloclusão buscando identificar os impactos da mesma na qualidade de vida de crianças e adolescentes. A análise pormenorizada dos 20 estudos considerados elegíveis revisados demonstrou que hábitos parafuncionais são os fatores etiológicos mais comuns para as alterações oclusais e estas sofrem influência de fatores socioeconômicos, da escolaridade e de outras condições patológicas. Além das consequências funcionais, há implicações no contexto social, autoestima e autoaceitação afetando, desta forma a qualidade de vida, especialmente entre os adolescentes. Os autores enfatizam a necessidade de diagnóstico precoce e acesso à intervenção, especialmente nos casos de vulnerabilidade social.¹¹

Um estudo que investigou a associação entre maloclusão e variáveis socioeconômicas, demográficas, hábitos, cuidados e internações hospitalares em uma amostra de 441 crianças de cinco anos mostrou que 41,7% das crianças tinham maloclusão. Após a análise multivariada, a maloclusão acometeu igualmente crianças de diferentes níveis socioeconômicos. O uso de chucha por mais de dois anos; dormir de boca aberta e passar por internações hospitalares por outros motivos que não fosse bronquite ou asma aumentou o risco de apresentar a maloclusão de maneira significativa.¹²

A influência do estado de saúde oral, fatores socioeconômicos e características do ambiente familiar na qualidade de vida de crianças (N = 286) de 12 anos e seus pais foi avaliada em um estudo transversal. Após ajustes de potenciais confundidores, mantiveram-se associados a todos os domínios de saúde do *Child Perceptions Questionnaire* (CPQ11-14) as variáveis: sexo; renda familiar mensal e escolaridade das mães. A necessidade de tratamento ortodôntico teve forte efeito negativo no

domínio limitações funcionais ($P = 0,0021$). Os dados apresentados evidenciam a necessidade de que estas condições sejam consideradas ao planejar estratégias de saúde bucal para crianças em idade escolar.¹³

Uma revisão sistemática com metanálise investigou a relação entre o estado de saúde bucal, características demográficas e socioeconômicas com qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB) em crianças de 3 a 12 anos. Os resultados demonstraram que pior estado de saúde bucal, maior idade, sexo feminino e nível socioeconômico mais baixo são associados à pior qualidade de vida. Estes dados sugerem que as estratégias de promoção de saúde devem considerar, além do estado de saúde oral, aspectos sociais e ambientais.¹⁴

Dovigo et al., em 2021, avaliaram o impacto de fatores clínicos, funcionais e sociais na QVRSB de crianças e suas famílias. As crianças ($N = 753$) foram submetidas ao exame bucal para avaliar cárie e maloclusão e os pais responderam a um inquérito para avaliação socioeconômica e QVRSB avaliada por meio da escala *Early Childhood Oral Health Impact Scale* (ECOHIS). Os resultados demonstraram que as chances de o impacto na qualidade de vida ser acima da média da amostra aumentou com as seguintes variáveis: pertencer à classe D ou E; apresentar três ou mais tipos de maloclusão; apresentar número de dentes decíduos cariados, extraídos e obturados ($ceo-d > 0$); ronco, alergia e trauma dentário.¹⁵

Neste mesmo ano, um estudo transversal avaliou a relação entre hábitos orais deletérios, maloclusões e problemas respiratórios em crianças de cinco anos ($N = 753$). Um exame clínico avaliou a maloclusão enquanto um questionário respondido pelos pais avaliou condição socioeconômica e demográfica; hábitos e QVRSB avaliada por meio da escala ECOHIS, que avalia a percepção dos pais sobre a qualidade de vida dos filhos. Os resultados mostraram que a prevalência de maloclusão entre as crianças foi 58,7% e 12,0% delas apresentavam algum tipo de hábito oral deletério foi de 12,0%. Crianças com hábito tiveram 1,95 vezes mais chance de apresentarem problemas respiratórios ou alergias.¹⁶

Os fatores associados à maloclusão foram investigados em crianças portuguesas. Silva et al.⁶ determinaram a prevalência de cárie e maloclusão em crianças ($N = 224$) e sua associação com hábitos de saúde oral e nível socioeconômico. A maloclusão acometeu 21,1% das crianças com menos de seis anos de idade e 23,8% daquelas com mais de seis anos. A maloclusão foi associada de maneira significativa ($P < 0,05$) ao uso atual de chucha; ao uso de chucha para

além dos três anos e à ingestão diária de doces. O uso de biberão também foi associado ao hábito de sucção de chucha e sucção digital ($P < 0,05$). Os autores enfatizaram que a prevalência de maloclusão é elevada, tende a aumentar com a idade e associa-se a fatores passíveis de intervenção.

Outro estudo determinou a relação entre hábitos de sucção não nutritivos (chucha e sucção digital), classe molar de Angle e sexo. Foram avaliadas 326 escolares da cidade do Porto, PT, com idade entre seis e 12 anos, que foram examinadas clinicamente segundo as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS). Os responsáveis responderam a um questionário relativo ao histórico médico e hábitos odontológicos. Das 326 crianças participantes, apenas 45 não tinham hábitos de sucção não nutritiva, as demais ($N = 281$) apresentavam pelo menos um tipo desse hábito. Quando comparadas a crianças sem hábito, os meninos com hábito apresentaram maior percentagem de Classe III enquanto as meninas, de Classe II. Os autores concluíram que crianças com hábito de sucção não nutritivos apresentam prevalência significativamente maior de ter relação molar de Classe II e que existe relação entre gênero e Classe molar.¹⁷

Um estudo avaliou a prevalência de maloclusão e os fatores associados a ela em crianças de 3 a 5 anos de Lisboa, PT. Os dados foram recolhidos por meio de um questionário aplicado aos pais no qual foram investigadas informações sociodemográficas, de saúde e hábitos orais, alimentares e respiratórios. Os dados oclusais foram obtidos por exame intraoral. Os resultados apontaram para uma prevalência geral de maloclusão de 83,9% e o apinhamento foi o tipo mais prevalente. A prevalência de hábitos de sucção não nutritiva foi de 68,2% sendo a chucha o mais frequente, estando presente em 81,6% das crianças com hábito e permanecendo após os três anos em 67,8% delas. Associaram-se à maloclusão de maneira significativa ($P < 0,05$) a idade; nível de escolaridade da mãe; hábitos de sucção (chucha e dedo), introdução de alimentos menos triturados entre 9-12 meses; apertar e ranger dentes; cárie ou perda de elementos dentários. Os autores consideraram alta a prevalência de maloclusão e frequente a presença de hábitos e ressaltaram a necessidade de diagnóstico e intervenção precoces como meio de evitar alterações anatômicas e funcionais.⁹

Outro fator frequentemente associado a maloclusão em crianças e adolescentes é a QVRSB. Esta deve ser compreendida como um construto que faz uma avaliação subjetiva da saúde bucal do indivíduo incluindo o bem-estar funcional,

emocional, expectativas e satisfação com o cuidado e senso de si, sendo parte integrante da saúde geral e bem-estar. O estudo da QVRSB aumentou notavelmente nos últimos anos nas áreas de Odontopediatria e Ortodontia e possibilita compreender que tratar o paciente vai além do conceito biológico centrado na doença oral e dirige-se para uma abordagem mais ampla que contempla aspectos biopsicossociais.¹⁸

Uma vez que a maloclusão promove alterações funcionais (respiração, mastigação, deglutição e fonação); relaciona-se com a aparência, autoimagem e autoestima e tem impacto na socialização da criança, seu impacto na qualidade de vida de crianças e adolescentes vem sendo investigada.

Um estudo de revisão sistemática avaliou a relação entre maloclusão ou necessidade de tratamento ortodôntico e qualidade de vida. Após busca bibliográfica eletrônica, complementada por buscas manuais, 23 estudos foram revisados. A maioria (18 de 23) foram conduzidos em populações de crianças e/ou adolescentes. Os resultados apontaram uma associação modesta entre maloclusão e qualidade de vida relacionada à saúde, independentemente da forma como estes foram avaliados. Os autores destacaram a necessidade de novos estudos e da padronização dos métodos de avaliação para que os resultados sejam mais uniformes e passíveis de metanálise.¹⁹

Outro estudo de revisão sistemática avaliou o impacto das maloclusões na QVRSB em crianças e adolescentes. Para tal, foram pesquisadas cinco bases de dados em busca de estudos quantitativos que incluíssem crianças ou adolescentes saudáveis, sem histórico de intervenção ortodôntica e que investigassem maloclusão e qualidade de vida por meio de medidas padronizadas e validadas. Dos 22 estudos que atenderam aos critérios de inclusão, seis foram revisados após a extração e interpretação dos dados. Quatro dos estudos foram considerados de alta qualidade de evidência e estes apontaram que a maloclusão anterior teve impacto negativo na QVRSB. Dois outros estudos, de qualidade de evidência moderada, sugeriram que o aumento da necessidade de tratamento ortodôntico impactou negativamente na QVRSB. Os autores concluíram que a evidência científica foi considerada forte e que as maloclusões têm efeitos negativos na QVRSB, especialmente quando consideradas as dimensões de bem-estar emocional e social.²⁰

Um estudo de revisão sistemática com metanálise conduzido em 2016, teve por objetivo avaliar o impacto das maloclusões na QVRSB de crianças e adolescentes. Após a extração, síntese e avaliação da qualidade dos estudos, 40 foram incluídos na

metanálise. De modo geral, os resultados mostraram que maloclusões em crianças e adolescentes com idades entre 8 e 18 anos estão associadas a uma QVRSB reduzida. Crianças com maloclusão apresentaram 1,74 vezes mais chances de ter impacto na QVRSB que crianças sem maloclusão. Houve grande heterogeneidade entre os estudos no que diz respeito aos critérios para avaliar a maloclusão, idade das crianças e países de realização dos estudos. Ainda assim os dados obtidos apontam para uma relação inversa entre maloclusão e QVRSB cuja força de associação variava com a idade da criança e seu ambiente cultural.²¹

O impacto que a maloclusão e hábitos orais na qualidade de vida foi avaliado em crianças pré-escolares de 3 a 5 anos de idade por meio de um estudo transversal do qual participaram 93 crianças. Os responsáveis responderam a um questionário sobre hábitos orais e também sobre a QVRSB, avaliada pelo questionário ECOHIS, destinado à pré-escolares. Os dados relativos à oclusão foram obtidos por exame clínico. Os resultados apresentados evidenciaram impacto na qualidade de vida, com o aumento da idade, nos domínios sintomas, aspetos psicológicos, autoimagem e interação social e função familiar. Hábitos de sucção de chucha e respiração oronasal tiveram impacto negativo na QVRSB. Não foi observada associação entre maloclusão e QVRSB.²²

Outro estudo transversal avaliou o impacto da maloclusão na QVRSB de crianças de um a seis anos e suas famílias. As crianças foram submetidas ao exame clínicos para identificar presença e gravidade da maloclusão segundo os critérios da OMS. Para avaliar a QVRSB da criança foi utilizada a versão turca do *Early Childhood Oral Health Impact Scale* (T- ECOHIS) que foi preenchido pelas famílias enquanto as crianças eram examinadas. Os resultados demonstraram que a maloclusão teve efeito negativo na QVRSB das crianças e dos pais. Apenas a maloclusão grave afetou de maneira significativa a qualidade de vida das crianças, mas tanto condições graves quanto simples tiveram efeito significativo nos pais.²³

Um estudo transversal determinou a associação entre nível socioeconômico, escolaridade materna, visitas ao dentista e maloclusão na dentição mista com a QVRSB. Os dados foram obtidos por meio de um questionário enviado aos responsáveis dos participantes com informações pessoais da criança e percepções relacionadas à condição oral da criança e em que grau isto afeta seu bem-estar. A QVRSB foi avaliada usando o questionário de percepção infantil para crianças de 8 a 10 anos (CPQ 8-10). O exame clínico identificou a presença e gravidade da

maloclusão pelo índice de estética dentária (DAI). A análise estatística multivariada avaliou a associação entre as variáveis independentes e os quatro domínios do CPQ 8-10 (sintomas; limitações funcionais; bem-estar emocional e bem-estar social). Entre as 480 crianças participantes, 381 (79,4%) apresentaram algum tipo de maloclusão. A maloclusão grave foi associada de maneira significativa à idade; menor frequência ao dentista e níveis mais baixos de renda. Crianças com maloclusão grave ou muito grave apresentaram impacto negativo significativamente maior em termos de pontuação geral, quanto em cada domínio do CPQ 8-10. Maiores desigualdades em saúde também tiveram impacto negativo na QVRSB.²⁴

Um estudo coorte de sete anos avaliou a influência da maloclusão na QVRSB em 639 pré-escolares de 1 a 5 anos. Os responsáveis responderam um questionário para coletar dados sobre nível socioeconômico, comportamentos em saúde bucal e padrões de atendimento odontológico. A QVRSB foi avaliada por meio da versão brasileira do questionário de percepção infantil para crianças de 8-10 anos (CPQ 8-10). A avaliação da maloclusão foi realizada considerando sobressaliência e cobertura labial. Os dados foram coletados na linha de base e no acompanhamento. Do total de crianças inicialmente incluídas, 439 foram reexaminadas (70,3%). As pontuações gerais do CPQ 8-10 foram associadas à sobressaliência ($P < 0,05$). Crianças que apresentaram sobressaliência acentuada (13,5%) e cobertura labial inadequada (11,9%) no início do estudo apresentaram pontuações médias mais altas no CPQ 8-10, sugerindo que a maloclusão na primeira infância é um fator de risco para baixa qualidade de vida.²⁵

Baskaradoss et al.²⁶ investigaram a associação entre maloclusão e qualidade de vida entre crianças entre 11 e 14 anos, por meio de um estudo transversal. Participaram do estudo 250 crianças e seus responsáveis. Os dados de QVRSB foram obtidos por meio do questionário de percepção infantil para crianças de 11 a 14 anos (CPQ 11-14) e a gravidade da maloclusão foi avaliada pelo índice de estética dentária (DAI). Os escores do CPQ 11-14 variaram de 0 a 64 e escores mais baixos representam melhor qualidade de vida. Os resultados demonstraram que 37,6% dos participantes apresentaram maloclusão leve; 22,4% moderada; 15,2% grave e 24,8% incapacitante. Ao avaliar os dados relativos à qualidade de vida, crianças portadoras de maloclusões incapacitantes apresentaram escores significativamente mais altos no domínio bem-estar social ($P < 0,05$) que crianças sem maloclusão, sugerindo pior qualidade de vida nesta população.

Pelo exposto, estudos recentes demonstram alta prevalência de maloclusão em crianças, contudo, não foi identificado estudo anterior desenvolvido em população de crianças portuguesas em condições socioeconômicas desfavorecidas. Assim, este estudo avaliou a prevalência de maloclusões em crianças nesta condição e sua associação com dados demográficos, socioeconômicos, hábitos orais deletérios e QVRSB, com vistas a estabelecer as estratégias necessárias à promoção de saúde nesta população.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

2. MATERIAIS E MÉTODOS

2.1 Seleção da amostra

Foram incluídas crianças de 3 a 12 anos, assistidas pelo Projeto “Ser Criança”. Este projeto é uma parceria entre a Faculdade de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa (FMD-UCP) e a Reencontro - associação social, educativa e cultural, que se destina a promover saúde oral e conhecimento científico na população portuguesa em condições socioeconômicas desfavorecidas. Este acordo foi firmado por meio do Protocolo de colaboração entre as instituições (Anexo I).

Foram convidadas a participar todas as crianças da rede pré-escolar e escolar (1º ciclo), matriculadas no ano letivo 2022/2023, cujos pais/responsáveis consentiram na sua participação e na participação da criança, por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE – Anexo II).

Atualmente conta-se com 104 crianças de 3 a 5 anos e 325 crianças dos 6 a 12 anos matriculadas para no ano letivo de 2022/2023 e todas serão convidadas a participar do presente estudo, uma vez que fazem parte do Projeto “Ser Criança”.

2.2 Local de realização

A recolha de dados foi desenvolvida no Concelho de Gouveia onde a Associação Social Reencontro tem a sua atuação e sede. Em junho de 2022 foi promovido pela Reencontro um dia de rastreio de saúde, onde por exemplo houve a presença da área Médica, com a Oftalmologia, e a área da Medicina Dentária do qual faz parte o presente estudo.

2.3 Critérios de inclusão

Foram incluídas crianças saudáveis, em fase de dentição decídua (de 3 a 5 anos) ou mista (de 6 a 12 anos), sem distinção de sexo, cujos pais/responsáveis e cuidadores eram fluentes no idioma português.

2.4 Critérios de exclusão

Crianças com graves comprometimentos sistémicos ou cognitivos; com alterações de comportamento; que se recusaram a participar ou realizar o exame e

cujos pais/responsáveis não consentiram com a participação no estudo ou não foram fluentes no idioma português foram excluídas.

2.5 Aspectos éticos

O Projeto “Ser Criança” já foi submetido à Comissão de Ética para a Saúde (CES) da Universidade Católica Portuguesa (UCP) sob o nº 30/2019 e obteve, em 06/02/2020, um parecer favorável (Anexo III), sendo que a equipa de investigação foi atualizada no presente ano, recebendo parecer favorável em 09/02/2023 (Anexo IV).

2.6 Instrumentos e medidas

Os dados não-clínicos foram obtidos por meio de questionários estruturados, destinados aos pais/responsáveis, os quais coletaram informações sobre: dados sociodemográficos; hábitos bucais deletérios e QVRSB.

Os dados clínicos foram obtidos por exame bucal da criança para coleta das seguintes informações: tipo de dentição (decídua ou mista) e maloclusões.

Todos dados obtidos foram registados em formulário próprio, construído com vistas a atender o propósito do estudo (Anexo V).

2.7 Estudo piloto

Previamente à coleta dos dados, um estudo piloto foi realizado com o objetivo de calibrar os examinadores e testar os instrumentos de coleta de dados. Duas especialistas em Odontopediatria e Ortodontia (padrão-ouro) foram responsáveis pelo treinamento dos examinadores quanto aos parâmetros avaliados. Este treinamento consistiu em explanação teórica auxiliada pelo uso de imagens e modelos com objetivo de familiarizar os examinadores às condições e critérios de avaliação utilizados. Na etapa seguinte, os examinadores aplicaram o questionário e exame clínico em 20 crianças e pais/responsáveis selecionadas entre crianças assistidas na FMD-UCP e não incluídas no estudo. O exame das 20 crianças/responsáveis foi repetido após 7 dias.

Os dados obtidos foram utilizados para ajustes dos instrumentos e para a avaliação da concordância inter-examinador e intra-examinador, que foi analisada por

meio do coeficiente de *Kappa*, obtendo valores que variaram de 0,87 a 1,0 e de 0,92 a 1,0, respectivamente.

2.8 Procedimento experimental

Foi organizada uma ação de promoção de saúde oral na sede da Reencontro, por docentes e discentes do Mestrado Integrado de Medicina Dentária (MIMD) da UCP. Neste dia, previamente ao exame da criança, a mesma foi dessensibilizada por meio de ações lúdicas educativas em saúde oral enquanto seu responsável foi convidado a participar. O instrumento foi aplicado por um pesquisador, na presença do entrevistado e antes do exame clínico da criança.

Foram coletados dados socioeconômicos (nome da criança, idade, sexo e renda familiar) e história de hábitos de sucção não nutritiva (dedo, chucha e biberão e outros). Os dados relativos à QVRSB, foram obtidos por meio de dois instrumentos previamente adaptados e validados para a população do estudo, o *Parental-Caregiver Perceptions Questionnaire* versão Portugal (P-CPQ-Pt; alfa de *Crombach* de 0,64), destinado as crianças em idade pré-escolar; e *Early Childhood Oral Health Impact Scale* versão Portugal (ECOHIS-Pt; alfa de *Crombach* de 0,93), para as crianças em idade escolar.²⁷

Após a coleta de dados com os pais/responsáveis e a ação educativa com a criança, a mesma foi conduzida ao exame clínico. As crianças foram examinadas individualmente, em decúbito dorsal sobre uma mesa adaptada em salas da Reencontro. Os examinadores utilizaram equipamento de proteção individual (EPI), lanterna e materiais para auxiliar no exame, como espátulas de madeiras e compressas de gaze. Cada criança foi submetida ao exame clínico da cavidade oral por um operador auxiliado por um anotador que registou os os dados relativos ao tipo de dentição e maloclusão, avaliada da mesma forma para dentição decídua e mista.

A avaliação dos parâmetros oclusais seguiu as referências dos estudos de Baume²⁸ e Bjork et al.²⁹ As maloclusões investigadas foram registradas como presentes ou ausentes e incluíram: mordida aberta anterior (falta de contato vertical entre os dentes incisivos do arco superior e inferior); sobremordida (*overbite* maior que 4mm medido com régua plástica); sobressaliência (*overjet* maxilar maior que 4mm

medido com réguas plásticas), mordida cruzada anterior, mordida cruzada posterior unilateral (direita ou esquerda) e mordida cruzada posterior bilateral.

No momento do exame clínico da cavidade oral, quando detetada alguma patologia sugestiva de intervenção urgente, como por exemplo relatos de dor ou focos de infeção, a criança foi direcionada imediatamente para a Unidade Curricular de Odontopediatria da Universidade Católica Portuguesa para solucionar o problema. Além disto, todas as crianças assistidas pela Reencontro foram encaminhadas para a realização das intervenções odontológicas necessárias, independentemente de serem ou não incluídas no estudo.

2.9 Procedimentos estatísticos

Os dados obtidos foram organizados, tabulados e submetidos ao tratamento estatístico no programa SPSS. A análise estatística descritiva verificou a frequência absoluta e relativa das variáveis investigadas.

A análise estatística inferencial, determinada pela comparação de proporções pelo teste Qui-quadrado de *Pearson*, avaliou a associação entre maloclusão (presente ou ausente), variáveis sociodemográficas (sexo, idade e renda familiar mensal) e história de hábitos orais deletérios (sucção de dedo, chucha, biberão e outros).

Para avaliar a associação entre maloclusão e qualidade de vida relacionada à saúde bucal pelos instrumentos P-CPQ-Pt e ECOHIS-Pt considerou-se a média da pontuação das subescalas dos instrumentos e do escore total obtido. Os grupos foram comparados pelo Teste t de igualdade entre as médias. O nível de significância adotado foi 5% ($P < 0,05$).

3. RESULTADOS

3. RESULTADOS

Inicialmente, 74 crianças participaram da ação educativa juntamente com os seus responsáveis e foram incluídas no estudo. Após a análise dos dados, 6 foram excluídas por estarem fora da faixa de idade pretendida; 1 por não permitir o exame e 4 por preenchimento incompleto ou incorreto dos instrumentos relativos à qualidade de vida. A amostra total foi constituída por 63 crianças, predominantemente do sexo feminino, em idade escolar (6 a 12 anos) e rendimento familiar mensal superior a um salário mínimo (Tabela 1).

A Tabela 2 apresenta os dados relativos ao histórico de hábitos orais. Chucha e biberão foram os hábitos orais mais prevalentes, estando presente em mais de 25% da amostra. Entre outros hábitos investigados, a onicofagia foi relatada para mais de 20% das crianças.

Tabela 1. Dados demográficos e socioeconômicos da amostra (N = 63)

Dados socioeconômicos	N	%
Sexo		
Masculino	27	42,9
Feminino	36	57,1
Idade		
3 a 5 anos	22	34,9
6 a 12 anos	41	65,1
Rendimento familiar mensal (em euros - €)		
Não informado	5	7,9
Até um salário mínimo	19	30,1
Mais que um salário mínimo	39	62,0

Fonte: Os autores

Tabela 2. Histórico de hábitos orais deletérios na amostra (N = 63)

Hábitos orais deletérios	N	%
Chupa ou chupou dedo?		
Não	59	93,7
Sim, mas parou	1	1,6
Sim, ainda tem o hábito	3	4,8
Chupa ou chupou chucha?		
Não	47	74,6
Sim, mas parou	15	23,8
Sim, ainda tem o hábito	1	1,6
Usa ou usou biberão?		
Não	47	74,6
Sim, mas parou	15	23,8
Sim, ainda tem o hábito	1	1,6
Tem ou teve algum desse hábitos?		
Nenhum hábito	37	58,7
Chuchar objetos (fralda, lápis, brinquedos)	1	1,6
Roer as unhas	13	20,7
Roer objetos	4	6,3
Bruxismo	2	3,2
Chuchar a mão	1	1,6
Hábitos associados	5	7,9

Fonte: Os autores

Do total de crianças, 32 encontravam-se em fase de dentição decídua e 31, em fase de dentição mista. Para as crianças em dentição decídua o arco Tipo I de Baume e a relação molar em degrau mesial foram mais prevalentes. A Classe I de Angle foi a relação molar mais prevalente entre as crianças de dentição mista. Considerando o total da amostra (N = 63), a sobremordida e mordida cruzada posterior unilateral foram as maloclusões mais prevalentes.

Na Tabela 4 encontram-se descritos os valores relativos à qualidade de vida das crianças de 3 a 5 anos de idade (N = 22). Os valores médios obtidos para as subescalas do instrumento, bem como para o instrumento como um todo demonstram que estas crianças apresentam boa qualidade de vida.

Tabela 3. Dados clínicos de maloclusão (N = 63)

Dentição decídua	N = 32	100%
Tipo de arco		
Tipo I de Baume	20	62,5%
Tipo II de Baume	12	37,5
Relação molares decíduos		
Plana	2	6,2
Degrau M	18	56,3
Degrau D	3	9,4
Não avaliado	9	28,1
Dentição mista		
N = 31		
100%		
Relação molar (Angle)		
Classe I	13	20,6
Classe II	4	6,3
Classe III	1	1,6
Não avaliado	12	20,6
Mordida aberta anterior*		
N		
%		
Presente	6	9,5
Ausente	57	90,5
Sobremordida (Overbite)*		
N		
%		
Presente	13	20,6
Ausente	50	79,4
Sobressaliência (Overjet)*		
N		
%		
Presente	10	15,9
Ausente	53	84,1
Mordida cruzada anterior*		
N		
%		
Presente	8	12,7
Ausente	55	87,3
Mordida cruzada posterior unilateral*		
N		
%		
Presente direita	5	7,9
Presente esquerda	6	9,5
Ausente	52	82,5
Mordida cruzada posterior bilateral*		
N		
%		
Presente	1	1,6
Ausente	62	98,4

* Dados relativos à amostra total (N = 63)

Fonte: Os autores

Tabela 4. Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Oral avaliada pelo ECOHIS-Pt de crianças de 3 a 5 anos (N = 22)

Escala (Itens – pontos)	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Subescala criança (Itens 1 a 9 – 9 a 45 pontos)	9	15	10,09	± 1,82
Subescala família (Itens 10 a 13 – 4 a 20 pontos)	4	7	4,36	± 0,95
Total da escala (Itens 1 a 13 – de 13 a 65 pontos)	13	21	14,59	± 2,13

Fonte: Os autores

Para as crianças de 6 a 12 anos de idade (N = 41), os valores médios foram muito próximos do mínimo em todas subescalas e no instrumento como um todo, indicando boa qualidade de vida também nesta idade (Tabela 5).

Tabela 5. Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Oral avaliada pelo P-CPQ-Pt de crianças de 6 a 12 anos (N = 41)

Escala (Itens – pontos)	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Subescala sintomas orais (Itens 1 a 6 – 0 a 24 pontos)	0	11	3,98	± 2,78
Subescala limitações funcionais (Itens 7 a 14 – 0 a 32 pontos)	0	18	4,22	± 4,28
Subescala bem estar emocional (Itens 15 a 22 – 0 a 32 pontos)	0	12	2,29	± 3,24
Subescala bem estar social (Itens 23 a 33 – 0 a 44 pontos)	0	16	1,95	± 3,39
Subescala impacto familiar (Itens 34 a 47 – 0 a 56 pontos)	0	24	3,46	± 5,81
Total da escala (Itens 1 a 47 – de 0 a 188 pontos)	0	62	16,12	± 14,86

Fonte: Os autores

A associação da maloclusão com as demais variáveis investigadas considerou cada condição oclusal separadamente. O teste Qui-quadrado não identificou diferença entre os grupos em relação ao sexo, idade ou renda familiar (Tabela 6). Quanto aos hábitos orais deletérios, (Tabela 7) apenas o histórico de chucha foi associado à mordida cruzada posterior unilateral ($P = 0,047$), os demais hábitos orais investigados não alcançaram valor significativo.

Tabela 6. Associação entre maloclusão e variáveis sociodemográficas

Maloclusão	Variáveis sociodemográficas – P valor		
	Sexo	Idade em anos	Renda familiar mensal
Tipo de arco decíduo	0,647	0,333	0,948
Relação molar decíduo	0,323	0,314	0,493
Relação molar permanente	0,265	0,982	0,286
Sobremordida (overbite)	0,787	0,423	0,087
Sobressaliência (overjet)	0,842	0,190	0,968
Mordida aberta anterior	0,710	0,666	0,375
Mordida cruzada anterior	0,275	0,331	0,758
Mordida cruzada posterior unilateral	0,190	0,837	0,943
Mordida cruzada posterior bilateral	0,244	0,071	a

Teste Qui-quadrado de Pearson para comparação de proporções

Nível de significância adotado 5% ($P < 0,05$)

a: a variável é uma constante

Fonte: Os autores

Tabela 7. Associação entre maloclusão e histórico de hábitos orais deletérios

Maloclusão	Histórico de hábitos orais deletérios – P valor			
	Dedo	Chucha	Biberão	Outros
Tipo de arco decíduo	0,823	0,291	0,286	0,282
Relação molar decíduo	0,215	0,703	0,517	0,430
Relação molar permanente	0,500	0,882	0,653	0,751
Sobremordida (overbite)	0,292	0,100	0,352	0,301
Sobressaliência (overjet)	0,054	0,715	0,715	0,929
Mordida aberta anterior	0,503	0,639	0,606	0,678
Mordida cruzada anterior	0,431	0,978	0,978	0,591
Mordida cruzada posterior unilateral	0,367	0,047	0,910	0,901
Mordida cruzada posterior bilateral	0,793	0,556	0,556	0,398

Teste Qui-quadrado de Pearson para comparação de proporções

Nível de significância adotado 5% ($P < 0,05$)

Fonte: Os autores

A Tabela 8 apresenta a associação entre a qualidade de vida e maloclusão. A única maloclusão associada à qualidade de vida em crianças de 3 a 5 anos foi a mordida aberta anterior apresentando associação com a subescala impacto familiar. Para as crianças de 6 a 12 anos, houve associação entre a sobremordida e as subescalas limitação funcional e impacto familiar; mordida cruzada anterior e as subescalas limitação funcional e bem-estar emocional; a mordida cruzada posterior unilateral foi associada à subescala bem estar emocional.

Tabela 8. Associação entre maloclusão e qualidade de vida

Maloclusão	Qualidade de vida – P-valor								
	ECOHIS – Pt*			P-CPQ-Pt**					
	S1	S2	T	S1	S2	S3	S4	S5	T
Tipo de arco decíduo	0,470	0,347	0,308	0,469	0,614	0,737	0,833	0,445	0,721
Relação molar decíduo	0,769	0,473	0,684	0,919	0,017	0,884	0,986	0,233	0,412
Relação molar permanente	0,237	0,864	0,521	0,897	0,737	0,834	0,979	0,964	0,884
Sobremordida (overbite)	0,386	0,106	0,261	0,456	0,015	0,235	0,085	0,014	0,045
Sobressaliência (overjet)	0,196	0,103	0,456	0,827	0,446	0,243	0,762	0,135	0,742
Mordida aberta anterior	0,407	0,054	0,815	0,369	0,817	0,797	0,186	0,145	0,612
Mordida cruzada anterior	a	a	a	0,965	0,017	0,003	0,111	0,914	0,201
Mordida cruzada posterior unilateral	a	a	a	0,091	0,247	0,030	0,140	0,379	0,121
Mordida cruzada posterior bilateral	a	a	a	a	a	a	A	A	a

* ECOHIS-Pt - S1: Subescala criança; S2: Subescala família; T: Escore total

** P-CPQ-Pt - S1: Subescala sintomas orais; S2: Subescala limitações funcionais; S3: Subescala bem estar emocional; S4: Subescala bem estar social;

S5: Subescala impacto familiar; T: Escore total

a: Não pode ser calculado porque um dos grupos está vazio

Teste t para igualdade das médias

Nível de significância adotado 5% ($P < 0,05$)

Fonte: Os autores

4. DISCUSSÃO

4. DISCUSSÃO

Este estudo avaliou a prevalência de maloclusões em uma população de crianças portuguesas e sua associação com dados demográficos, socioeconômicos, hábitos orais deletérios e qualidade de vida relacionada à saúde bucal e apresenta como resultado principal uma baixa prevalência de maloclusão sendo esta não associada a dados demográficos e socioeconômicos e hábitos orais deletérios, contudo, com associação com algum aspecto da qualidade de vida de pré-escolares e escolares.

Das crianças avaliadas, a maioria apresentou condições oclusais favoráveis ao desenvolvimento da oclusão tanto em fase de dentição decídua, na qual a maioria apresentou arco de Baume tipo I e relação molar plana ou degrau mesial; quanto na dentição mista, cuja relação molar mais prevalente foi Classe I de Angle. Em ambas etapas de desenvolvimento dental predominou o padrão de maloclusão de Classe II (9,4% das crianças em dentição decídua e 6,3% das crianças na dentição mista) acompanhando a tendência mundial e do continente europeu,^{1,2,10} contudo, com menor prevalência que as relatadas em termos globais¹⁻⁵ e também para outras populações de crianças portuguesas.^{6,8,9} Os dados apresentados estão de acordo com estudos anteriores que também observaram a mesma tendência de distribuição das maloclusões na dentição decídua e permanente.^{2,3}

Quando avaliadas as alterações oclusais verticais e transversais, a sobremordida e a mordida cruzada posterior unilateral foram as mais prevalentes, acometendo, respectivamente, 20,6% e 17,4% das crianças. A mordida cruzada anterior foi identificada em 8 crianças (12,7%). Um estudo que investigou a prevalência de maloclusão em crianças de 8 a 9 anos identificou a sobremordida como o achado mais comum (88,9% das crianças), seguida de apinhamento (60,9%) e falta de espaço (30,9%).³⁰ Entre crianças de 6 a 12 anos, a sobremordida, mordida posterior em topo e maloclusões tipo Classe II foram as mais prevalentes.³¹ Em um estudo de base populacional de crianças brasileiras de 12 anos, 41% apresentaram algum tipo de maloclusão, o que foi considerada alta prevalência.³² Entre crianças portuguesas de 9 a 14 anos a sobressalência e apinhamento foram as maloclusões mais prevalentes.⁷ Neste mesmo país, em crianças de 3 a 13 anos de idade, 29,2% apresentaram alguma maloclusão e os tipos mais prevalentes foram a mordida cruzada posterior (16,1%) e a mordida aberta anterior.³³ Uma revisão sistemática

identificou, entre crianças e adolescentes, que as maloclusões mais prevalentes foram a mordida cruzada posterior funcional (12,2%) e a mordida cruzada posterior (9,0%).⁵ Pelo exposto, este estudo fornece evidências adicionais que atribuem estas diferentes prevalências encontradas às diferenças populacionais e aos parâmetros utilizados para definir e avaliar a maloclusão.^{4,5}

Os resultados deste estudo não demonstraram associação entre maloclusão e características demográficas ou socioeconômicas dos participantes ($P > 0,05$), estando de acordo com outros estudos que também demonstraram que a maloclusão atinge igualmente as crianças, independentemente de sexo, idade, escolaridade e renda familiar.^{6,12,34} Apesar de não confirmar esta relação, a literatura sugere que piores condições demográficas e socioeconômicas podem favorecer o desenvolvimento de hábitos orais deletérios¹², e repercutir de forma negativa na qualidade de vida relacionada à saúde bucal.^{11,13} Cumpre ressaltar que a população deste estudo apresenta características semelhantes à população portuguesa. Dados não demonstrados indicaram que 77,8% das mães e 52,5% dos pais apresentaram mais de 9 anos de estudo; 87,3% dos pais e 84,1% das mães estavam empregados e mais de 60% das famílias apresentava renda média familiar superior a dois salários mínimos. Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (<https://www.ine.pt/>) 80,5% da população portuguesa apresenta o nível de ensino básico (9 anos de estudo); 93,1% dos homens e 92,5% das mulheres estavam empregados no primeiro trimestre de 2023 sendo a remuneração média mensal por indivíduo de € 1.082,77.

Os hábitos orais deletérios são, reconhecidamente, o principal fator etiológico de maloclusão em crianças,³⁵ razão pela qual sua prevalência foi investigada. Os mais prevalentes foram os hábitos de sucção de chucha (25,4%), biberão (25,4%) e onicofagia (20,6%). Entre crianças de 6 a 12 anos, os hábitos orais mais prevalentes foram a respiração mista, a deglutição atípica e a onicofagia.³¹ Um estudo conduzido com crianças de 5 anos encontrou que 12% das crianças apresentava algum tipo de hábito oral deletério, sendo os mais prevalentes o bruxismo (6,6%), sucção de chucha (1,5%), dedo (1,2%) e biberão (1,1%)¹⁶. Uma revisão sistemática avaliou a prevalência de hábitos orais deletérios em população de crianças entre 3 e 12 anos e a onicofagia (58%) e disfunção lingual (38%) foram os hábitos mais prevalentes.³⁵ Em crianças portuguesas de 3 a 13 anos de idade, a onicofagia foi o hábito mais prevalente (29,2%), seguido do hábito de morder os lábios (7,6%) e interposição lingual (5,1%).³³ À semelhança da maloclusão, os hábitos orais deletérios foram investigados em

diferentes populações e por meio de critérios diversos, dificultando a comparação de resultados.

Este estudo não encontrou associação entre hábitos orais deletérios e a maloclusão, confirmada em estudos anteriores. Em uma população de crianças de 5 anos demonstrou que o hábito de sucção de chucha por mais de dois anos aumentou de maneira significativa o risco de apresentar maloclusão.¹² Entre escolares, a deglutição atípica apresentou associação significativa com maloclusões sagitais, transversais e verticais e a respiração mista foi associada à maloclusão transversal.³¹ Em crianças portuguesas de 3 a 13 anos de idade, a presença de hábitos foi associada a alterações oclusais. A sucção de chucha foi associada à mordida aberta anterior; a interposição de língua à mordida aberta anterior e posterior e a sucção de lábio também foi associado à mordida aberta anterior.³³

É sabido que, mais do que a simples presença do hábito, seus efeitos adversos relacionam-se à intensidade, frequência e duração do hábito que não foi, entretanto, objetivo deste estudo. Nas 63 crianças avaliadas, apenas 5 ainda apresentavam o hábito e dados não demonstrados das que já tinham abandonado o hábito indicaram que a maioria o fez antes dos três anos, este abandono precoce do hábito pode ter reduzido o impacto dos mesmos sobre a oclusão das crianças, uma vez que as maloclusões decorrentes de hábitos tende à autocorreção quando estes são removidos até esta idade.³⁶

Considerando o conceito amplo de saúde que inclui, além da ausência de doenças, o bem estar físico, mental e social, o esperado é que a maloclusão afete de maneira adversa a qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Assim, a avaliação de parâmetros puramente clínicos já não reflete a totalidade das consequências dos problemas de saúde oral para a saúde. Na tentativa de determinar as repercussões das alterações orais de forma integral foram criados instrumentos destinados a avaliar a qualidade de vida relacionada bucal e estes vem sendo empregados com frequência na área da medicina dentária.^{18,37,38}

Os instrumentos mais utilizados para aferir a qualidade de vida de crianças e adolescentes relacionada à maloclusão foram o CPQ^{13,19, 20, 23, 24,39} e o ECOHIS.^{15, 21-23,25} Um estudo utilizou o Oral Health Impact Profile – OHIP e a escolha foi justificada pelos autores pelo acompanhamento longitudinal que pretendia reavaliar os participantes em idade adulta, para a qual este instrumento foi especialmente desenvolvido.³⁴ Existem vários instrumentos destinados a avaliar a qualidade de vida

relacionada à saúde bucal em crianças e adolescentes,²¹ mas o *Child Perception Questionnaire* (CPQ) foi apontado como o mais utilizado na população de crianças.¹⁹

Este estudo utilizou o relato dos pais para aferir a qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Para tal, a versão brasileira do *Parental-Caregiver Perceptions Questionnaire P-CPQ*³⁷ e o *Early Childhood Oral Health Impact Scale – ECOHIS*³⁸ foi submetida à tradução e adaptação transcultural para a população portuguesa. Os instrumentos P-CPQ-Pt e ECOHIS-Pt foram validados pelo método da consistência interna para a população do estudo e os coeficientes obtidos indicam que os dados são considerados válidos.²⁷

A avaliação do relato dos pais para aferir a qualidade de vida das crianças vem sendo apontada como uma alternativa, especialmente para as muito pequenas ou, para aquelas que, por motivos físicos ou cognitivos, são incapazes de responder ao questionário.⁴⁰ Além disto, a condição bucal da criança pode impor limitações que afetam, não só o bem-estar da criança, mas também de suas famílias. Somado a isto, são os responsáveis que tomam as iniciativas em relação aos cuidados de saúde das crianças, assim sua percepção sobre a qualidade de vida deve ser valorizada no planejamento de estratégias que facilitem a comunicação entre profissionais, pacientes e famílias.⁴¹

De modo geral, crianças com maloclusão apresentaram algum impacto da maloclusão na qualidade de vida. Uma revisão sistemática com metanálise confirmou esta associação em crianças de 3 a 12 anos. Crianças com necessidade de tratamento ortodôntico apresentaram probabilidade 13% maior de ter pior qualidade de vida.¹⁴ Dados de uma metanálise considerando crianças e adolescentes de 8 a 18 anos evidenciou a relação inversa entre maloclusão e qualidade de vida. Ter maloclusão representou 1,74 vezes mais chance de ter impacto na qualidade de vida que não ter maloclusão.²¹ Outra revisão sistemática demonstrou que esta associação é modesta e enfatizou a necessidade de que os métodos utilizados para avaliar maloclusão e qualidade de vida sejam padronizados para facilitar a comparação de resultados.¹⁹

Neste estudo, entre as crianças de 3 a 5 anos, houve discreta associação entre a mordida aberta e a subescala da família do questionário ECOHIS-Pt ($P = 0,054$). Outro estudo que avaliou a associação entre a qualidade de vida avaliada pelo mesmo instrumento em crianças de 5 anos demonstrou que apresentar três ou mais tipos de maloclusão resulta em valores de qualidade de vida acima da média, indicando pior

qualidade de vida.¹⁵ Um estudo em crianças brasileiras de 3 a 5 anos não demonstrou associação entre maloclusão e qualidade de vida.⁴² Maloclusões graves também tiveram impacto negativo entre crianças turcas de 1 a 6 anos e em suas famílias.²³ Em outra amostra de crianças de 3 a 5 anos, também avaliada pela ECOHIS, não foi observada associação entre a qualidade de vida e maloclusão.²² Outro estudo que utilizou metodologia semelhante demonstrou que apenas a maloclusão grave afetou a qualidade de vida de crianças de 1 a 6 anos, contudo, a qualidade de vida de suas famílias foi afetada mesmo nas maloclusões simples.²³ Os diferentes resultados relatados na literatura quanto ao impacto e dimensão do mesmo na qualidade de vida de pré-escolares, bem como de suas famílias, vem sendo atribuído a diferenças populacionais e também culturais.^{21,22} Dados de uma coorte avaliaram o efeito da maloclusão em longo prazo e os resultados obtidos indicaram que os escores gerais do CPQ 8-10 para crianças com sobressalência e cobertura labial inadequada no início do estudo apresentaram pontuações médias significativamente mais altas, sugerindo que a maloclusão na primeira infância é fator de risco para baixa qualidade de vida.²⁵

Quando a associação entre maloclusão e qualidade de vida foi avaliada para as crianças de 6 a 12 anos pelo P-CPQ-Pt, houve associação entre a sobremordida com as subescalas de limitações funcionais ($P = 0,015$) e subescala impacto familiar ($P = 0,014$). A mordida cruzada anterior foi associada com as subescalas de limitações funcionais ($P = 0,017$) e bem-estar emocional ($P = 0,003$). A mordida cruzada posterior unilateral também foi associada à subescala de bem-estar emocional ($P = 0,030$).

Os dados indicam que a maloclusão parece exercer maior impacto na qualidade de vida de crianças em idade escolar que em crianças pré-escolares. Uma análise pormenorizada das subescalas e maloclusões associadas sugerem maior impacto nas maloclusões que afetam a região anterior, tanto para as crianças quanto para suas famílias. Em resultados obtidos por outra amostra de crianças entre 6 e 12 anos, os piores escores para qualidade de vida também foram associados a mordida profunda e mordida aberta anterior.³⁹ A literatura demonstra que a estética afeta de maneira importante a qualidade de vida e está relacionada também na decisão pelo tratamento.^{13,39} Uma revisão sistemática demonstrou, por meio de estudos com alta qualidade de evidência, que a mordida aberta anterior tem impacto na qualidade de vida de crianças e adolescentes, especialmente nas dimensões bem estar social e emocional.²⁰

Além da questão estética, a gravidade da maloclusão, que não foi investigada neste estudo, também parece ter papel importante na qualidade de vida. Estudos que buscaram esta associação em crianças em fase de dentição mista indicaram que a maloclusão grave ou muito grave tiveram impacto significativamente maior tanto em termos de pontuação geral, quanto em cada domínio.^{24,26} Outros identificaram que crianças com necessidade de tratamento ortodôntico apresentaram pior qualidade de vida que crianças sem necessidade de tratamento.³⁴

Características demográficas, socioeconômicas e outras condições bucais, como cárie, trauma e hábitos orais deletérios, podem repercutir tanto na maloclusão quanto na qualidade de vida.^{6,9,14,15} Assim, a análise multivariada pode ser mais adequada para determinar o papel da maloclusão na qualidade de vida após controle destes fatores de confusão e deve ser considerada em estudos futuros.

Apesar das limitações deste estudo transversal que utilizou uma amostra de conveniência de crianças que são assistidas em termos de saúde, os resultados apresentados fornecem informações importantes para o planejamento das estratégias necessárias para esta população e fornecem evidência adicional sobre a importância que crianças e adolescentes, especialmente nesta idade de construção de autoestima e autoconfiança, sejam avaliadas quanto à necessidade de intervenção ortodôntica com vistas a melhorar sua qualidade de vida e a de suas famílias.

5. CONCLUSÕES

5. CONCLUSÕES

Os dados apresentados permitiram concluir:

- ✓ A prevalência de maloclusão entre crianças variou de 1,6% a 20,6%, de acordo com a maloclusão avaliada. Os tipos de maloclusão mais prevalentes na amostra foram a sobremordida (20,6%) e a mordida cruzada posterior unilateral (17,4%).
- ✓ A maloclusão não foi associada a variáveis demográficas, socioeconômicas e hábitos orais deletérios investigados.
- ✓ Houve associação entre maloclusão e algum aspecto da qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Entre as crianças de 3 a 5 anos, a mordida aberta foi associada à subescala da família ($P = 0,054$). Em crianças de 6 a 12 anos a sobremordida foi associada às subescalas de limitações funcionais ($P = 0,015$) e impacto familiar ($P = 0,014$). A mordida cruzada anterior foi associada com as subescalas de limitações funcionais ($P = 0,017$) e bem-estar emocional ($P = 0,003$). A mordida cruzada posterior unilateral também foi associada à subescala de bem-estar emocional ($P = 0,030$).
- ✓ Os dados apresentados sugerem que a crianças de 3 a 12 anos de idade podem se beneficiar de intervenções ortodônticas destinadas a tratar as maloclusões, especialmente aquelas que acometem a região anterior. Esta medida pode repercutir de forma favorável na qualidade de vida das crianças e de suas famílias.

6. BIBLIOGRAFIJA

6. BIBLIOGRAFIA

1. Petersen PE, Baez, RJ & World Health Organization. (2013). Oral health surveys: basic methods, 5th ed. World Health Organization.
2. Alhammadi MS, Halboub E, Fayed MS, Labib A, El-Saaidi C. Global distribution of malocclusion traits: A systematic review. *Dental Press J Orthod*. 2018 Nov-Dec;23(6):1-10.
3. Lombardo G, Vena F, Negri P, Pagano S, Barilotti C, Paglia L, et al. Worldwide prevalence of malocclusion in the different stages of dentition: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Paediatr Dent*. 2020 Jun;21(2):115-122.
4. Cenzato N, Nobili A, Maspero C. Prevalence of Dental Malocclusions in Different Geographical Areas: Scoping Review. *Dent J (Basel)*. [Internet] 2021 Oct [cited 2022 Nov 2] 11;9(10):117. Available from: <https://www.mdpi.com/2304-6767/9/10/117> doi: 10.3390/dj9100117.
5. De Ridder L, Aleksieva A, Willems G, Declerck D, Cadenas de Llano-Pérula M. Prevalence of Orthodontic Malocclusions in Healthy Children and Adolescents: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Jun 17;19(12):7446.
6. Silva MJ, Ferreira AC, Silva CS, Teixeira ME, Pratas Valente CA. O estado de saúde oral de crianças em idade pré-escolar e escolar de uma área urbana. *Nascer e Crescer*, 2009, 18(2):78-84.
7. Santos NR, Cabo I, Almeida F, Castro S, Ponces MJ, Lopes JD. Aplicação do índice de necessidade de tratamento ortodôntico numa população ortodôntica portuguesa. *Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac*, 2014, 55(3):159-66.
8. Mansur SC. Prevalência de má oclusão em crianças com idade escolar: Norte de Portugal. [Dissertação] Lisboa (PT): Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa; 2015.
9. Pimenta ACM. Prevalência de má-oclusão e fatores associados numa população pré-escolar do concelho de Lisboa. [Dissertação] Lisboa (PT): Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa; 2018.
10. Alves H, Raposo R, Sato S, Slavicek R. Three-dimensional study of different skeletal craniofacial patterns from the eighteenth to the twenty-first century in a Portuguese population. *Cranio*. 2022 May;40(3):274-281.
11. Silva SRC da, Moura VS de, Oliveira LKBF, Andrade AM da C, Santos LRS, Silva JM de L, Rastelli AS, Passos JEM dos S, Romão DA. Impacts of malocclusion on the quality of life of children and adolescents: An integrative review. *RSD* [Internet]. 2021 Jul.4 [cited 2023 Jan. 25];10(8): e4510816910. Available from: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/16910>
12. Campos FL, Vazquez L, Cortellazzi KL, Guerra LM, Ambrosano GMB, Meneghim M de C, et al. A má oclusão e sua associação com variáveis socioeconômicas, hábitos e cuidados em crianças de cinco anos de idade. *Rev odontol UNESP* [Internet]. 2013 May [cited 2022 Dec 1];42(3). Available from: <https://www.scielo.br/j/rounesp/a/snZ4bn6Lqc89JCrJskx8MSj/>

13. Paula JS, Leite IC, de Almeida AB, Ambrosano GM, Mialhe FL. The impact of socioenvironmental characteristics on domains of oral health-related quality of life in Brazilian schoolchildren. *BMC Oral Health*. [Internet] 2013 Jan 28 [cited 2022 Nov 22];13:10.
Available from: <https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6831-13-10>.
14. Moghaddam LF, Vettore MV, Bayani A, Bayat AH, Ahounbar E, Hemmat M, et al. The Association of Oral Health Status, demographic characteristics and socioeconomic determinants with oral health-related quality of life among children: a systematic review and Meta-analysis. *BMC Pediatr* [Internet] 2020 Oct 22 [cited 2022 Nov 12];20(1):489.
Available from: <https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12887-020-02371-8>
15. Dovigo G, Pessoa MN, Santos PR dos, Vedovello SAS, Marcantonio E. Avaliação da qualidade de vida relacionada a saúde bucal de crianças e suas famílias e fatores associados. *Rev odontol UNESP* [Internet]. 2021 [cited 2022 Dec 3];50 Available from: <https://doi.org/10.1590/1807-2577.04821>
16. Marcantonio CC, Ferraz LE, Kruger SL, Dovigo G, Marcantonio E. Associação entre hábitos orais e má oclusão com problemas respiratórios em escolares de 5 anos. *Rev odontol UNESP* [Internet]. 2021 [cited 2022 Dec 2];50
Available from: <https://doi.org/10.1590/1807-2577.05521>
17. Machado SC, Manzanares-Céspedes MC, Ferreira-Moreira J, Ferreira-Pacheco JJ, Rompante PA, Ustrell-Torrent JM. A sample of non-nutritive sucking habits (pacifier and digit) in portuguese children and its relation with the molar classes of angle. *J Clin Exp Dent* [Internet] 2018 Dec 1 [cited 2023 Jan 1];10(12):e1161-e1166
Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6343975/>
18. Sischo L, Broder HL. Oral health-related quality of life: what, why, how, and future implications. *J Dent Res*. [Internet] 2011 Nov [cited 2022 Nov 3];90(11):1264-70
Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0022034511399918>
19. Liu Z, McGrath C, Hägg U. The impact of malocclusion/orthodontic treatment need on the quality of life. A systematic review. *Angle Orthod*. 2009 May;79(3):585-91.
20. Dimberg L, Arnrup K, Bondemark L. The impact of malocclusion on the quality of life among children and adolescents: a systematic review of quantitative studies. *Eur J Orthod*. 2015 Jun;37(3):238-47.
21. Kragt L, Dharmo B, Wolvius EB, Ongkosuwito EM. The impact of malocclusions on oral health-related quality of life in children-a systematic review and meta-analysis. *Clin Oral Investig*. 2016 Nov;20(8):1881-1894.
22. Carminatti M, Lavra-Pinto B de, Franzon R, Rodrigues JA, Araújo FB de, Gomes E. Impacto da cárie dentária, maloclusão e hábitos orais na qualidade de vida relacionada à saúde oral em crianças pré-escolares. *Audiol, Commun Res* [Internet]. 2017[cited 2022 Dec 2];22.
Available from: <https://doi.org/10.1590/2317-6431-2016-1801os>
23. Sakaryali D, Bani M, Cinar C, Alacam A. Evaluation of the impact of early childhood caries, traumatic dental injury, and malocclusion on oral health-Related quality of life for Turkish preschool children and families. *Niger J Clin Pract*. 2019 Jun;22(6):817-823.

24. García Pérez A, González-Aragón Pineda ÁE, Gonzalez Olivares H. Oral health-related quality-of-life scores differ by socioeconomic status, mother's level of education, dental visits and severity of malocclusion in mixed dentition of eight-to-ten-year-old schoolchildren. *PeerJ* [Internet]. 2021 Sep 1 [cited 2022 Dec 5];9:e12062. Available from: <https://peerj.com/articles/12062/>
25. Tondolo Junior J, Knorst JK, Menegazzo GR, Emmanuelli B, Ardenghi TM. Influence of malocclusion on oral health-related quality of life in children: a seven-year cohort study. *Dental Press J Orthod* [Internet] 2021 Apr 30 [cited 2022 Oct 18];26(2):e2119244. Available from: <https://doi.org/10.1590/2177-709.26.2.e2119244.oar>
26. Baskaradoss JK, Geevarghese A, Alsaadi W, Alemam H, Alghaihab A, Almutairi AS, Almthen A. The impact of malocclusion on the oral health related quality of life of 11-14-year-old children. *BMC Pediatr* [Internet] 2022 Feb 14 [cited 2022 Oct 22];22(1):91. Available from: <https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12887-022-031272>
27. Dias BG. Eficácia de intervenções educativas na saúde oral da criança: Proposta para o "Projeto Ser Criança" [Dissertação]. Viseu (PT): Faculdade de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa; 2020.
28. Baume LJ. Physiological tooth migration and its significance for the development of Occlusion: I. The biogenetic course of the deciduous dentition. *Journal of Dental Research*, Alexandria 1950;29(2):123-132.
29. Björk A, Krebs A, Solow B. A method for epidemiological registration of malocclusion. *Acta Odontologica Scandinavica*. 1964;22:27-41.
30. Jordan AR, Kuhr K, Frenzel Baudisch N, Kirschneck C. Prevalence of malocclusions in 8- and 9-year-old children in Germany-Results of the Sixth German Oral Health Study (DMS 6). *J Orofac Orthop*. 2023 Jan;84(Suppl 1):1-9. doi: 10.1007/s00056-022-00437-z. Epub 2023 Feb 1. PMID: 36723620; PMCID: PMC9892134.
31. Rodríguez-Olivos LHG, Chacón-Uscamaita PR, Quinto-Argote AG, Pumahuallca G, Pérez-Vargas LF. Deleterious oral habits related to vertical, transverse and sagittal dental malocclusion in pediatric patients. *BMC Oral Health*. 2022 Mar 23;22(1):88. doi: 10.1186/s12903-022-02122-4. PMID: 35321719; PMCID: PMC8944101.
32. Bauman JM, Souza JGS, Bauman CD, Flório FM. Aspectos sociodemográficos relacionados à gravidade da maloclusão em crianças brasileiras de 12 anos [Sociodemographic aspects related to severity of malocclusion among 12-year-old Brazilian children]. *Cien Saude Colet*. 2018 Mar;23(3):723-732. Portuguese. doi: 10.1590/1413-81232018233.07702016. PMID: 29538553.
33. Macho V, Andrade D, Areias C, Norton A, Coelho A, Macedo P. Prevalência de hábitos orais deletérios e de anomalias oclusais numa população dos 3 aos 13 anos. *Rev Estomatol Med Dent Cir Maxilofac*. 2012;5 3(3):143–147
34. Bekes K, Kuhr K, Ohm C, Frenzel Baudisch N, Jordan AR. Does orthodontic treatment need have an impact on oral health-related quality of life? *J Orofac Orthop*. 2023 Jan;84(Suppl 1):19-25. doi: 10.1007/s00056-022-00438-y. Epub 2023 Feb 1. PMID: 36723622; PMCID: PMC9891192.

35. Parra ISS, Zambrano MAG. Hábitos deformantes orales en preescolares y escolares: Revision sistematica. *Int. J. Odontostomat.* 2018; 12(2):188-193.
36. Gisfrede TF, Kimura JS, Reyes A, Bassi J, Drugowick R, Ronilza, TedescoTK. Deleterious oral habits and its consequences in Pediatric Dentistry. *Rev Bras Odontol.* 2016; 73(2):144-149.
37. Barbosa TS, Steiner-Oliveira C, Gavião MBD. Tradução e adaptação brasileira do parental-caregiver perceptions questionnaire (P-CPQ). *Saúde Soc.* 2010 Jul.-Set. 19(3):698-708.
38. Tesch FC, Oliveira BH, Leão A. Equivalência semântica da versão em português do instrumento Early Childhood Oral Health Impact Scale [Semantic equivalence of the Brazilian version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale]. *Cad Saude Publica.* 2008 Aug;24(8):1897-909. Portuguese. doi: 10.1590/s0102-311x2008000800018. PMID: 18709230.
39. AlJameel AH, Almoammar K, Alfawaz NF, Alqahtani SA, Alotaibi GA, Albarakati SF. Can malocclusion among children impact their oral health-related quality of life? Parents' perspective. *Niger J Clin Pract* 2023; 26:267-73.
40. Goursand D, Paiva SM, Zarzar PM, Pordeus IA, Grochowski R, Allison PJ. Measuring parental-caregiver perceptions of child oral health-related quality of life: psychometric properties of the Brazilian version of the P-CPQ. *Braz Dent J.* 2009;20(2):169-74. doi: 10.1590/s0103-64402009000200014. PMID: 19738952.
41. Moreira-Santos LF, Ramos-Jorge J, Rodrigues AB, Ramos-Jorge ML, Pordeus IA, Fernandes IB. Mothers' sense of coherence and oral health-related quality of life of preschoolers: a 3-year cohort study. *Braz Oral Res.* 2023 Feb 13;37: e013. doi: 10.1590/1807-3107bor-2023.vol37.0013. PMID: 36790254.
42. de Vasconcelos FMT, Vitali FC, Ximenes M, Dias LF, da Silva CP, Borgatto AF, Bolan M, Cardoso M. Impact of primary dentition malocclusion on the oral health-related quality of life in preschoolers. *Prog Orthod.* 2021 Nov 22;22(1):38. doi: 10.1186/s40510-021-00384-2. PMID: 34806119; PMCID: PMC8606473.

7 PRODUÇÃO CIENTÍFICA



XVIII JORNADAS
MEDICINA DENTÁRIA FMD-UCP

CERTIFICADO

Certifica-se que o Póster "Maloclusões em crianças: Associação com variáveis sociodemográficas e qualidade de vida", dos autores Marcelo Araripe Loureiro, Renata Tolêdo Alves, Patrícia Correia, Maria José Correia, Nélio Jorge Veiga, Anna Carolina Volpi de Mello-Moura, foi apresentado nas XVIII Jornadas de Medicina Dentária da FMD-UCP, que se realizaram na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa nos dias 19 e 20 de Maio de 2023.



PROF. DOUTOR ANDRÉ CORREIA
PRESIDENTE DAS JORNADAS



ANEXOS

ANEXOS

ANEXO I – Protocolo de colaboração entre a FMDUCP e Associação Reencontro

PRÉMIOS BPI "LA CAIXA" INFÂNCIA 2019

Protocolo de colaboração

Este acordo de colaboração pretende especificar e clarificar os objetivos e os termos da parceria entre a Reencontro, associação social, educativa e cultural com sede na Rua das Escolas, n.º 4 e 6 sítio Vila Nova de Tazem com número de contribuinte 509 444 466, representada por Laura Maria da Rocha Oliveira Pinto da Costa, Presidente da Direção com número de contribuinte 185 462 456 e a Clínica Dentária Universitária da Universidade Católica Portuguesa (UCP) – Centro Regional de Viseu com sede na Estrada da Circunvalação, 3504-505, Viseu com número de contribuinte 513 798 714, representada pelo Diretor Clínico, Nélso Jorge Veiga, no âmbito da candidatura da Reencontro aos prémios BPI "La Caixa" Infância 2019.

Considerando a complementaridade de finalidades e objetivos das duas entidades, nomeadamente, apoiar crianças e jovens em risco, contribuir para a promoção da saúde e bem-estar familiar e da comunidade em geral, atuando na prevenção precoce.

Considerando o trabalho desenvolvido pela Clínica Dentária Universitária da Universidade Católica Portuguesa (UCP) – Centro Regional de Viseu no apoio a crianças e jovens, a promoção da saúde oral das crianças.

É celebrado o presente Acordo de Colaboração entre as entidades

Resumo do projeto

O problema social que o Ser Criança pretende atender é o da exclusão social infantil, consequente da pobreza e outras formas de privação extrema enfrentadas pelas crianças e as suas famílias.

O facto de na infância uma criança se encontrar inserida num agregado familiar cujas vulnerabilidades estejam muito marcadas, dificulta significativamente o seu desenvolvimento integral. É extremamente importante começar a intervir nas crianças desde a sua primeira infância, de modo a potenciar a igualdade de oportunidades na sociedade e a estancar o processo de reprodução da exclusão social.

Segundo dados do Eurostat de 2017, o grupo etário onde se verifica uma maior incidência do risco de pobreza ou de exclusão social é o das crianças e jovens com menos de 18 anos (24,2%), pelo que se torna importantíssimo proporcionar e facilitar o livre acesso das crianças e das suas famílias a serviços de saúde e de educação não-formal de qualidade que potenciem o seu desenvolvimento pleno em todas as vertentes.

Neste sentido pretende-se:

1. Promover a construção de uma solução-modelo para o problema da exclusão social infantil, passível de fácil escalabilidade e institucionalização, que atua nas suas causas, através da prevenção, do diagnóstico e da intervenção precoce nas condições das crianças que potenciam situações de pobreza e outras formas de privação.
2. Dinamizar colaborações estratégicas, que possibilitam a redução de custos e o aumento da eficiência da solução, pela afetação, livre de encargos, e rentabilização máxima dos recursos internos e externos a Reencontro. Além de garantir a sustentabilidade da solução proposta, isto também aumentará a visibilidade e a capacidade de atração de novos stakeholders e/ou colaboradores, aumentando a probabilidade de alocação de novos recursos.
3. Construir um guia teórico-prático, para posterior envio a entidades (públicas e privadas) que atuam no mesmo âmbito, com o objetivo de aumentar a facilidade e probabilidade de replicação da solução noutros locais.

4. Realizar uma abordagem sistémica e multidisciplinar, envolvendo vários parceiros das áreas da saúde, educação e social, capacitando pais e outros técnicos no que diz respeito ao desenvolvimento infantil saudável e harmonioso.

A razão desta candidatura da Reencontro aos prémios BPI "la Caixa" Infância, prende-se com a intenção de obter o financiamento necessário para desenvolver e implementar um trabalho em rede entre vários parceiros que:

1. Promover uma maior articulação entre os serviços de saúde e os serviços de apoio social, nomeadamente IPSS's.
2. Promover e valorizar a educação formal e não formal, criando respostas sociais qualificantes.

Assim, com intuito de dinamizar o Ser Criança em todo o concelho de Gouveia, a Reencontro pretende concretizar um Plano de Investimento de quarenta quatro mil trezentos e oitenta e um euros (44.381,00€). Pretende-se:

1. Desenvolver competências nas crianças para assegurar a sua inclusão social.
2. Desenvolver competências parentais, capacitando as famílias para a promoção do desenvolvimento infantil.
3. Apresentar uma solução inovadora e replicável para a exclusão social infantil focada nas suas causas, através da prevenção, diagnóstico e intervenção precoce nas crianças.
4. Maximizar a rentabilização das parcerias e dos recursos humanos e materiais, para reduzir custos e garantir a sustentabilidade.

O Plano de Investimentos acima apresentada irá ser coberto na sua totalidade com recurso ao financiamento obtido no âmbito dos Prémios BPI "la Caixa" Infância no valor trinta e nove mil

Operacionalização

No que se refere ao Instituto de Ciências da Saúde- Viseu, a UCP

- promoção de saúde oral, através da plataforma PROHealth
- motivação das crianças para aprendizagens em áreas científicas, potenciando assim o seu desempenho nestas áreas, através da plataforma SalvaTec

Plataforma PROHealth

A necessidade de cuidados de saúde oral e persistência das doenças orais nas nossas populações ainda é uma realidade importante e é, cada vez mais, considerado como sendo um relevante problema de saúde pública. A maioria dos tratamentos médico-dentários prestados continua a ser ao nível do setor privado, não havendo ainda uma resposta eficiente às necessidades das comunidades mais desfavorecidas a nível sócio-económico por parte do sistema nacional de saúde de Portugal.

A plataforma PRO Health do ICS-Viseu, propõe-se a colaborar neste projeto através de três valências:

1. Avaliação Intra-oral e recolha de dados referentes ao estado de saúde oral dos participantes, bem como, dos fatores de risco relacionados com as doenças orais;
2. Promoção e educação de saúde oral, tendo como foco principal a realização de uma correta higiene oral diária pelos participantes;
3. Realização de tratamentos médico-dentários aos participantes na Clínica Dentária Universitária da UCP (mediante financiamento), tendo como base tratamentos de prevenção primária e secundária (restaurações dentárias, endodontias e extrações, mediante os planos de tratamento definidos).

Pretendemos com a realização destas atividades conhecer a prevalência de doenças orais e outras variáveis que podem influenciar o estado de saúde e a qualidade-de-vida dos participantes. Paralelamente a esta componente, um dos principais objetivos do presente projeto/colaboração passa pela realização de intervenções médico-dentárias na comunidade por médicos dentistas docentes e discentes do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, contribuindo para a melhoria deste grupo de risco específico.

Plataforma SalvaTec

A aprendizagem e literacia nas ciências experimentais é fundamental não apenas para o desempenho académico das crianças para também para um exercício de cidadania esclarecida e responsável. O SalvaTec inclui na sua missão a comunicação de ciência para públicos diversos bem como o desenvolvimento de estratégias e instrumentos para a aprendizagem das ciências experimentais que visam motivar crianças e adolescentes para a aprendizagem e desenvolvimento de trabalho nestas áreas do saber. O SalvaTec pode desenvolver com as crianças envolvidas neste projeto, atividades promotoras de aprendizagens nas ciências experimentais e junto de outros intervenientes (como cuidadores por exemplo) promover a literacia em várias áreas científicas.

ANEXO II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

De acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo.

*Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações.
Se concorda com a proposta que lhe é feita, queira assinar este documento.*

Título do estudo: "Avaliação do efeito de uma intervenção de educação para a saúde oral numa amostra de crianças"

Enquadramento: A necessidade de cuidados com a saúde oral e a persistência das doenças, como a cárie dentária, é considerada um problema relevante de saúde pública, sobretudo em crianças em idade pré-escolar e escolar. Em Portugal, existem estudos que confirmam esses dados, mas ainda são necessárias outras pesquisas para entender como se encontra o nível de saúde oral da população e delinear ações que promovam melhorias significativas.

Condições: Este estudo visa avaliar o efeito de uma intervenção de educação e promoção para a saúde geral e oral para um grupo de crianças com idades até aos 8 anos que frequentam a associação Reencontro: Associação Social, Educativa e Cultural e que estão inseridas no Projeto "Ser Criança". O presente estudo será realizado no Concelho de Gouveia onde a Associação Reencontro tem a sua atuação. Serão convidadas a participar todas as crianças da rede pré-escolar e escolar (1º ciclo), cujos responsáveis consentirem para participação na pesquisa. O estudo será composto por três momentos distintos: I) aplicação de um 1º questionário pré-intervenção aos pais das crianças (para aferir conhecimentos prévios); II) realização de uma ação de sensibilização para a educação e promoção da saúde oral a realizar em sala de aula para as crianças e pais que queiram participar; III) aplicação de um 2º questionário pós-intervenção aos pais para avaliar o impacto das ações de sensibilização. Os questionários aplicados terão informação relativamente a aspetos sócio-demográficos da criança e do seu agregado familiar e questões referentes a conhecimento e comportamentos (e consequências) relacionados com a saúde oral e qualidade de vida. A criança, participante no estudo, também irá estar sujeito a uma observação intra-oral para avaliação do status dentário e determinação do índice de dentes permanentes e decíduos cariados, perdidos e obturados (CPOD/cpod); índice de dentes permanentes e decíduos com envolvimento pulpar, ulceração, fístula e abscesso (PUFA/pufa) e traumatismos dentários (duração de 15 minutos). Esta observação intra-oral permitirá a possível identificação de problemas orais e desenvolvimento de estratégias de promoção de saúde oral para a criança e comunidade em que se encontra inserida.

Este estudo não envolve procedimentos que não se enquadrem na prática clínica normal, nem pretende testar novos produtos ou medicamentos.

A participação neste estudo é totalmente voluntária, não acarretando quaisquer custos, podendo retirar o seu consentimento em qualquer etapa do estudo, sem necessidade de facultar explicações aos seus responsáveis, e com a total ausência de prejuízos, assistenciais ou outros. Caso mude de ideias e não queira participar, pode em qualquer altura ter acesso aos dados recolhidos e pedir a sua eliminação.

Ao decidir participar pode colocar todas as questões que considerar necessárias para o seu esclarecimento.

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO POR DUAS PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA O INVESTIGADOR, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE

Confidencialidade e anonimato: Os dados recolhidos são de uso exclusivo dos responsáveis envolvidos no estudo e serão tratados de modo a garantir a sua confidencialidade. O período de recolha de dados será de 4 meses, sendo o período de tempo para a guarda da informação recolhida de 5 anos. A análise dos dados será efetuada em ambiente que garanta a total privacidade dos mesmos.

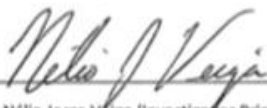
Para qualquer esclarecimento adicional deve contactar:

Nélio Jorge Veiga

Contacto telefónico: +351 966454933

Contacto e-mail: nelioveiga@gmail.com

Visu, 30 de Dezembro de 2019



Nélio Jorge Veiga (Investigador Principal)

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO POR DUAS PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA O INVESTIGADOR, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE



UNIVERSIDADE
CATOLICA
PORTUGUESA

Data Protection Officer – UCP:

Dra. Frederica Campos de Carvalho

Contacto telefónico: +351 217214179

E-mail: compliance.rgpd@ucp.pt

Consentimento informado

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito que os dados recolhidos sejam divulgados sob forma de publicação científica, desde que a minha identidade e do meu filho / minha filha / educando(a) seja mantida confidencial.

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR INCAPACIDADE

NOME: _____

BI/CC Nº: _____ DATA OU VALIDADE: __/__/____

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO: _____

ASSINATURA _____

Nome do participante no estudo.

Assinatura: _____ Data: __/__/____

Nome do investigador responsável.

Assinatura: _____ Data: __/__/____

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO POR DUAS PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA O INVESTIGADOR, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE

ANEXO III – Parecer da Comissão de Ética para a Saúde da Universidade Católica Portuguesa

Parecer sobre o projeto nº 30/2019

Comissão de Ética para a Saúde da Universidade Católica Portuguesa

Mandato 2018/2021

Projeto de Investigação

Na reunião do dia 06 de fevereiro de 2020 a CES-UCP esteve reunida e apreciou do ponto de vista ético os elementos submetidos pela investigadora. Sobre a apreciação redige o parecer que agora se apresenta.

Título: “Avaliação do efeito de uma intervenção de educação para a saúde oral numa amostra de crianças”

Investigadora principal: Beatriz Gonçalves Dias

Orientador: Prof.ª. Dr. Nêlio Veiga e coorientado pela Prof. Dra. Ana Sofia Duarte e Prof. Dra. Anna Mello – Moura.

Resumo: Trata-se de um estudo realizado com fim de obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária, na Universidade Católica Portuguesa.

Estiveram presentes na reunião n.º 13.ª da CES-UCP


Presidente: Doutora Mara de Sousa Freitas
Vice-Presidente: Doutora Maria Teresa Marques
Mestre António Faria Vaz
Doutor Jerónimo Santos Trigo
Dr Eugénio da Cruz Fonseca
Doutora Marta Brites
Mestre Ivone Gaspar

Conclusão

Ouvido o Relator, e o plenário da reunião do dia 06 de fevereiro de 2020, realizada no 5º piso da UCP, esta CES delibera, por unanimidade, em face dos esclarecimentos submetidos, a emissão de **Parecer Favorável**.

Esta CES solicita ao Investigador Principal que, aquando da conclusão do estudo, lhe seja enviada uma síntese dos resultados obtidos e respetivas conclusões, via eletrónica, para o correio eletrónico da CES UCP.


A Presidente,


Mara de Sousa Freitas

06/02/2020

ANEXO IV: Atualização da equipa de pesquisa

Parecer sobre o projeto nº 30 (pedido de alteração)
Comissão de Ética para a Saúde da Universidade Católica Portuguesa
Mandato 2019/2023

Projeto de Investigação Na reunião do dia 09 de fevereiro de 2023, a CES-UCP apreciou, do ponto de vista ético, os elementos submetidos, que configuram um pedido de alteração.
Título: Avaliação do efeito de uma intervenção de educação para a saúde oral numa amostra de crianças
Investigador principal: Prof. Doutor Nélio Veiga Equipa de Investigação: Prof. Doutora Maria José Correia; Prof. Doutora Ana Sofia Duarte; Prof. Doutora Anna Mello-Moura; Dr. Adriano Moreira Novos elementos da Equipa: alunos do 5º ano de MIMD, Marcelo Loureiro e Marta Figueiredo (Cvs anexados e alteração no formulário) Trata-se de um estudo realizado com fim de obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária, na Universidade Católica Portuguesa.
Resumo: Trata-se de um pedido de alteração à equipa de investigação, traduzido na entrada de mais dois investigadores. Mantém-se o investigador principal e proponente do projeto, assim como todas as características do projeto. Tendo merecido parecer favorável da Comissão a 6/2/2020, mantém-se o sentido da proposta em relação a este pedido de alteração.
<p style="text-align: center;">Estiveram presentes na reunião nº 46 da CES-UCP Presidente: Doutora Mara de Sousa Freitas Vice-Presidente: Doutora Teresa Marques Doutor Jerónimo Santos Trigo Doutor Pedro Garcia Marques Dr. Eugénio Fonseca Doutora Ana Mineiro Doutora Marta Brites Mestre Ivone Gaspar</p>
Conclusão Ouvido o Relator, e o plenário da reunião do dia 09 de fevereiro de 2023, realizada por videoconferência, esta CES delibera, por unanimidade, a emissão de Parecer Favorável .
Esta CES solicita ao Investigador Principal que, aquando da conclusão do estudo, lhe seja enviada uma síntese dos resultados obtidos e respetivas conclusões, via eletrónica, para o correio eletrónico da CES UCP.
<p style="text-align: center;">A Presidente,  Mara de Sousa Freitas 09/02/2023</p>

ANEXO V: Formulários de coleta de dados

QUESTIONÁRIO SOCIOECONÓMICO

Escola:	Nome do responsável:	Nome da Criança:																																										
<p>1 - Género da criança</p> <p><input type="checkbox"/> Masculino; <input type="checkbox"/> Feminino.</p> <p>2 - Idade: _____Anos</p> <p>3 - Atualmente, quanto pesa o seu filho(a)? _____ kg</p> <p>4 - Atualmente, quanto mede o seu filho(a)? _____ cm</p> <p>5 - Onde reside a criança?</p> <p><input type="checkbox"/> Aldeia; <input type="checkbox"/> Vila; <input type="checkbox"/> Cidade.</p> <p>6 - Qual o estado civil dos pais?</p> <p><input type="checkbox"/> Solteiros; <input type="checkbox"/> Casados; <input type="checkbox"/> Juntos; <input type="checkbox"/> Divorciados; <input type="checkbox"/> Viúvos(as).</p> <p>7 - Quais as habilitações literárias dos pais? (Assinale a mais elevada.)</p> <table border="1"><thead><tr><th></th><th>Pai</th><th>Mãe</th></tr></thead><tbody><tr><td>< 4 anos</td><td></td><td></td></tr><tr><td>4 – 6 anos</td><td></td><td></td></tr><tr><td>7 – 9 anos</td><td></td><td></td></tr><tr><td>10 – 12 anos</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Bacharelato</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Licenciatura</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Mestrado</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Doutoramento</td><td></td><td></td></tr></tbody></table> <p>9 - Qual a situação profissional dos pais?</p> <table border="1"><thead><tr><th></th><th>Pai</th><th>Mãe</th></tr></thead><tbody><tr><td>Empregado</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Desempregado</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Aposentado</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>				Pai	Mãe	< 4 anos			4 – 6 anos			7 – 9 anos			10 – 12 anos			Bacharelato			Licenciatura			Mestrado			Doutoramento				Pai	Mãe	Empregado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desempregado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aposentado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Pai	Mãe																																										
< 4 anos																																												
4 – 6 anos																																												
7 – 9 anos																																												
10 – 12 anos																																												
Bacharelato																																												
Licenciatura																																												
Mestrado																																												
Doutoramento																																												
	Pai	Mãe																																										
Empregado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
Desempregado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
Aposentado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										

10 - Com quem mora a criança? (Pode assinalar várias opções.)

- Pai;
- Mãe;
- Irmãos;
- Tios;
- Avós;
- Primos;
- Outros. Quem? _____.

11 - Qual dos seguintes valores melhor representa o total de rendimentos em sua casa nos últimos 12 meses?

Até um salário mínimo €	
Duas vezes o salário mínimo	
Três vezes o salário mínimo	
Quatro vezes o salário mínimo	
Cinco vezes o salário mínimo	
Seis vezes o salário mínimo	
Sete vezes o salário mínimo	
Oito vezes o salário mínimo	
Nove vezes salário mínimo	
Dez vezes ou mais o salário mínimo	

EXAME INTRA ORAL

Data de observação ___/___/___

Nome: _____

Idade _____ Data de nascimento ___/___/___ Sexo _____

Escola: _____

Questionário de hábitos orais deletérios

1- O seu filho(a) chupa/chupou dedo?

(0) não. *SE NÃO, PASSE PARA QUESTÃO 3*

(1) sim, até os.....anos de idade

(2) sim, ainda chupa

2- *SE SIM:* Com que frequência o seu filho(a) chupa/chupou o dedo?

(1) menos de uma vez por dia

(2) todos os dias, **só** durante o dia

(3) todos os dias, **só** durante à noite

(4) todos os dias, de dia e noite

3- O seu filho(a) chupa/chupou chucha?

(0) não

(1) sim, até os.....anos de idade

(2) sim, ainda chupa

4- *SE SIM:* Com que frequência o seu filho(a) chupa/chupou chucha?

(1) menos de uma vez por dia

(2) todos os dias, **só** durante o dia

(3) todos os dias, **só** durante à noite

(4) todos os dias, de dia e noite

5- O seu filho(a) usou biberão?

(0) não

(1) sim, até os.....anos de idade

(2) sim, ainda usa

6- O seu filho tem ou teve algum destes hábitos:

() Chuchar objetos (fralda, lápis, brinquedos, etc...)

() Chuchar na própria língua

() Roer as unhas

() Morder o lábio

() Roer objetos

Avaliação Clínica das Maloclusões

Decídua	Tipo I		Tipo II			
Relação molar decíduo	Degrau M		Degrau D		Plana	
Mista	Classe I		Classe II		Classe III	
Mordida Aberta Anterior	Presente		Ausente			
Sobremordida (Overbite)	Presente		Ausente			
Sobressaliência (Overjet)	Presente		Ausente			
Mordida Cruzada Anterior	Presente		Ausente			
Mordida Cruzada Posterior Unilateral	Presente		Ausente			
Mordida Cruzada Posterior Bilateral	Presente		Ausente			

QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA A SAÚDE BUCAL

P – CPQ PT

Escola:	Nome do responsável:	Nome da Criança:			
Secção 1 - Saúde Oral e Bem - estar da criança					
Perguntas	Sugestões				
	Muito Boa	Boa	Normal	Má	Muito má
1. Como classificaria a saúde dos dentes, lábios, maxilares e boca do seu filho(a)?	Não é afetado	Apenas um pouco afetado	Nem muito nem pouco afetado	É afetado	É muito afetado
2. Até que ponto o bem-estar geral de seu filho(a) é afetado pelo estado dos dentes, lábios, maxilares ou boca?					
Secção 2 - As questões a seguir são sobre <u>sintomas e desconfortos</u> que as crianças podem sentir devido ao <u>estado dos seus dentes, lábios, boca e maxilares</u>					
	Nunca	Uma ou duas vezes	Algumas vezes	Frequente - - mente	Todos os dias ou quase todos os dias
3. O seu filho(a) já teve dor nos dentes, lábios, maxilares ou boca?					
4. O seu filho(a) já teve sangramentos na gengiva?					
5. O seu filho(a) já teve aftas, feridas ou outro tipo de lesões na boca?					
6. O seu filho(a) costuma ter mau hálito?					
7. O seu filho(a) costuma ficar com comida acumulada no céu da boca?					
8. O seu filho(a) já ficou com alimentos presos nos dentes?					
9. O seu filho(a) alguma vez teve dificuldade em morder ou mastigar alimentos? Por exemplo frutas duras ou carne.					
Nos últimos 3 meses, por queixas dos dentes, lábios, boca ou maxilares, com que frequência:					
10. O seu filho(a) respirou pela boca?					
11. O seu filho(a) teve perturbações durante o sono?					
12. O seu filho(a) teve dificuldades a dizer alguma palavra?					
13. O seu filho(a) demorou mais do que os outros elementos do agregado familiar a comer uma refeição?					
14. O seu filho(a) teve dificuldade a beber ou comer alimentos quentes ou frios?					
15. O seu filho(a) teve dificuldade a comer alimentos de que ele/ela gosta?					

16. O seu filho(a) fez uma dieta restrita a certos tipos de alimentos (ex. alimentos moles)?					
Secção 3 - As questões a seguir relacionam a <u>saúde oral</u> (dentes, lábios, boca ou maxilares) do seu filho (a) com o seu <u>bem-estar e as suas atividades diárias</u>					
Nos últimos 3 meses, por queixas dos dentes, lábios, boca ou maxilares, com que frequência:					
	Nunca	Uma ou duas vezes	Algumas vezes	Frequente - - mente	Todos os dias ou quase todos os dias
17. O seu filho(a) se sentiu incomodado (a)?					
18. O seu filho(a) se sentiu irritado(a) ou frustrado(a)?					
19. O seu filho(a) se sentiu ansioso (a) ou com medo?					
20. O seu filho(a) faltou à escola (ex. dor, consultas, cirurgias)?					
21. O seu filho(a) teve dificuldades em estar atento nas aulas?					
22. O seu filho(a) não quis falar ou ler em voz alta durante as aulas?					
23. O seu filho(a) não quis falar com outras as crianças?					
24. O seu filho(a) evitou sorrir ou rir quando estava perto de outras crianças?					
25. O seu filho(a) se preocupou com o facto de ser menos saudável que outras pessoas?					
26. O seu filho(a) se preocupou com o facto de ser diferente das outras pessoas?					
27. O seu filho(a) se preocupou com o facto de ser menos bonito(a) que as outras pessoas?					
28. O seu filho(a) agiu timidamente ou com vergonha?					
29. O seu filho(a) foi insultado (a) ou ofendido (a) por outras crianças?					
30. O seu filho(a) foi excluído(a) por outras crianças?					
31. O seu filho(a) não quis ou não conseguiu relacionar-se com as outras crianças?					
32. O seu filho(a) não quis ou não conseguiu participar de atividades como desportos, atividades de grupo, teatro, música, viagens de estudo?					
33. O seu filho(a) se preocupou com o facto de ter menos (ou poucos) amigos?					
34. O seu filho(a) se sentiu preocupado(a) com o que outras pessoas pensam sobre os seus dentes, lábios, boca ou maxilares?					
35. O seu filho(a) foi questionado por outras crianças sobre os seus dentes, lábios, boca ou maxilares?					
Secção 4 - As perguntas a seguir relacionam as <u>consequências da saúde oral</u> (dentes, lábios, boca ou maxilares) do seu filho (a) com a <u>qualidade de vida do agregado familiar</u>					
36. Alguma vez se sentiram incomodados?					
37. Alguma vez sofreram de perturbações/interrupções de sono?					
38. Alguma vez se sentiu culpado?					
39. Alguma vez precisou de faltar ao trabalho?					

	Nunca	Uma ou duas vezes	Algumas vezes	Frequente - mente	Todos os dias ou quase todos os dias
40. Alguma vez teve menos tempo para si ou para o resto da família?					
41. Questionou se o seu filho(a) terá menos oportunidades na vida (ex. arranjar emprego)?					
42. Alguma vez se sentiu desconfortável em lugares públicos (ex. lojas, restaurantes) com o seu filho(a)?					
Nos últimos 3 meses, por queixas dos dentes, lábios, boca ou maxilares, com que frequência:					
43. O seu filho(a) ficou com ciúmes de si ou de outros membros da família?					
44. O seu filho(a) o culpou ou a outra pessoa do agregado familiar?					
45. O seu filho(a) discutiu consigo ou outro membro da família?					
46. O seu filho(a) pediu mais sua atenção ou de outros da família?					
47. Interferiu nas atividades da família em casa ou noutro lugar?					
48. Causou discordância ou conflito no seu agregado familiar?					
49. Causou dificuldades financeiras ao seu agregado familiar?					
Secção 5 - Género e idade da criança					
Género: M () F ()					
Idade:					
Questionário preenchido por: Mãe () Pai () Outro ()					
Cálculos de pontos e soma (NÃO PREENCHER PELOS PAIS)					
NÚMERO DE ASSINALADOS					
TOTAL DE CADA PARCELA					
TOTAL GERAL					
Legenda:					
Sintomas Orais – Questões 3 a 8					
Limitações funcionais – Questões 9 a 16					
Bem-estar emocional – Questões 17 a 24					
Bem-estar social – Questões 25 a 35					
Escala de Impacto Familiar - Questões 36 a 49					
Escala de pontuação de 0 a 188 (quanto maior a pontuação maior o impacto na qualidade de vida)					

Questionário ECOHIS PT

Escola:	Nome do responsável:	Nome da Criança:			
<p align="center">Por favor, indique no quadro de respostas a opção que melhor descreve as experiências do seu filho(a) ou a sua própria experiência. Considere toda vida do seu filho (a) desde o nascimento até ao momento:</p>					
Perguntas	Alternativas				
	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Muita frequência
1. O seu filho(a) já sentiu dores/ desconforto nos dentes, na boca ou nos maxilares (ossos da boca)?					
2. O seu filho(a) já teve dificuldades em beber bebidas quentes ou frias devido a problemas nos dentes ou tratamentos dentários?					
3. O seu filho(a) já teve dificuldade em comer certos alimentos devido a problemas nos dentes ou tratamentos dentários?					
4. O seu filho(a) já teve dificuldade em pronunciar alguma palavra devido a problemas nos dentes ou tratamentos dentários?					
5a. O seu filho(a) já faltou à creche, jardim de infância ou escola devido a problemas nos dentes ou tratamentos dentários?					
5b. O seu filho(a) já deixou de fazer alguma atividade diária (ex.: brincar, saltar, correr, ir à creche ou escola etc.) devido a problemas nos dentes ou tratamentos dentários?					
6. O seu filho(a) já teve dificuldade em dormir devido a problemas nos dentes ou tratamentos dentários?					
7. O seu filho(a) já ficou irritado(a) devido a problemas nos dentes ou tratamentos dentários?					
8. O seu filho(a) já evitou sorrir ou rir devido a problemas nos dentes ou tratamentos dentários?					
9. O seu filho(a) já evitou falar devido a problemas nos dentes ou tratamentos dentários?					
10. Alguem da sua família já ficou aborrecida devido a problemas nos dentes ou tratamentos dentários do seu filho(a)?					
11. Alguem da sua família já se sentiu responsável devido a problemas nos dentes ou tratamentos dentários do seu filho(a)?					
12. Alguem da sua família já faltou ao trabalho devido a problemas nos dentes ou tratamentos dentários do seu filho(a)?					
13. O seu filho(a) já teve problemas nos dentes ou fez tratamentos dentários que causaram impacto financeiro no seu agregado familiar?					
Cálculos de pontos e soma (NÃO PREENCHER PELOS PAIS)					
Números de assinalados					
Total Parcela					
Total Geral (0 A 65)					