

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA**

DÉBORA REJANE DOS SANTOS

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL DE
CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL**

Uberlândia

2014

DÉBORA REJANE DOS SANTOS

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL DE
CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, como parte das exigências para obtenção do título de mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Henrique Martins da Silva

Co-orientadora: Prof. Dra. Marlete Ribeiro da Silva

Uberlândia

2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

S237a Santos, Débora Rejane dos, 1989-
2014 Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças e
adolescentes com artrite idiopática juvenil / Débora Rejane dos Santos. --
20143.
78 p. : il.

Orientador: Carlos Henrique Martins da Silva.
Coorientadora: Marlete Ribeiro da Silva
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia,
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.
Inclui bibliografia.

1. Ciências médicas - Teses. 2. Artrite idiopática juvenil - Teses. 3.
Articulação temporomandibular – Doenças - Teses. 4. Saúde bucal – Teses.
5. Qualidade de vida – Teses. I. Silva, Carlos Henrique Martins da. II.
Silva, Marlete Ribeiro da. III. Universidade Federal de Uberlândia.
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. IV. Título
CDU: 61

DÉBORA REJANE DOS SANTOS

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL DE
CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, como parte das exigências para obtenção do título de mestre em Ciências da Saúde.

Uberlândia, 29 de agosto de 2014

Prof. Dra. Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa – UFTM

Prof. Dra. Alessandra Maia de Castro Prado – UFU

Prof. Dr. Carlos Henrique Martins da Silva – UFU

Às crianças e aos adolescentes com artrite idiopática juvenil, aos seus responsáveis e aos profissionais que cuidam para eles tenham melhor qualidade de vida.

À minha mãe Dalva e à minha irmã Daniane, que me ensinaram a prosseguir e superar os desafios. Sua presença significou segurança e a certeza de que não estou sozinha nessa caminhada.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela proteção e por guiar meus passos durante mais essa etapa da minha jornada.

À minha mãe, meu exemplo de vida. Obrigada por todos os momentos dedicados a mim, pelas palavras, pelos conselhos, pelo amor, pela honestidade, pelo afeto, pela amizade. Obrigada por tudo!

À minha irmã e melhor amiga, pelo apoio e o amor demonstrados em todos os instantes e em cada detalhe. Obrigada por me ajudar a ser uma pessoa mais otimista!

Ao meu orientador, Prof. Dr. Carlos Henrique Martins da Silva, pelo apoio, pela paciência na orientação, pela compreensão e principalmente pelos ensinamentos. Obrigada por me incentivar a prosseguir na realização desse sonho!

À minha coorientadora, Prof. Dra. Marlete Ribeiro da Silva, pelas orientações, pela confiança e pelo apoio.

Às crianças e aos adolescentes com artrite idiopática juvenil e seus responsáveis, por consentirem e colaborarem com a realização deste trabalho.

À Karla Pereira Fernandes, médica do ambulatório de reumatologia pediátrica, pela colaboração e apoio na realização da pesquisa.

À Prof. Dra. Alessandra Maia de Castro Prado, à Prof. Dra. Nívea de Macedo Oliveira Morales e à Prof. Dra. Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa, pela participação nas bancas de qualificação e defesa e suas significativas contribuições na elaboração deste trabalho.

A todos os professores do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, pelos ensinamentos, pela dedicação e pelo exemplo na formação de novos docentes.

À madrinha Nivalda, pelo cuidado, pela dedicação e pelo afeto.

Aos tios e primos, pela torcida e apoio.

Aos amigos, pelo companheirismo e compreensão. Como é bom ter vocês em minha vida!

Aos amigos e colegas do grupo de “Qualidade de Vida Relacionada à Saúde” pelos conhecimentos compartilhados.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, muito obrigada!

“É do buscar e não do achar que nasce o que eu não conhecia.”

Clarice Lispector

RESUMO

Artrite idiopática juvenil (AIJ) é a doença crônica do tecido conectivo mais frequente em crianças e adolescentes, estando relacionada a prejuízo na qualidade de vida relacionada à saúde. Entre as diversas complicações associadas à AIJ estão as doenças bucais, como cárie e doença periodontal, cujo risco de desenvolvimento é maior devido a fatores como o envolvimento da articulação temporomandibular, a dificuldade para realizar a higienização bucal quando há envolvimento de articulações dos membros superiores e o uso de medicação oral contendo açúcar. No entanto, o impacto dos problemas bucais na vida diária e sobre o bem-estar das crianças e adolescentes afetados ainda é desconhecido. O objetivo deste trabalho foi verificar a correlação entre indicadores de saúde bucal e a qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB) de crianças e adolescentes com artrite idiopática juvenil (AIJ) segundo a percepção dos cuidadores. Pais ou responsáveis [idade média, 40,6 anos; desvio-padrão (DP), 10,97 anos] por crianças e adolescentes saudáveis (n = 15) (idade média, 10,7; DP, 2,16) e com AIJ (n = 17) (idade média, 9,8; DP, 2,86), forma de início oligoarticular (n = 8); sistêmico (n = 5) e poliarticular (n = 4), foram convidados a responder a versão brasileira curta do Parental-caregiver perceptions questionnaire (SF: 13 – B-PCPQ), que mede QVRSB. Foi realizada avaliação odontológica nas crianças e adolescentes. Não houve diferença quanto ao escore obtido pelos grupos no SF: 13 – B-PCPQ. As crianças e os adolescentes com AIJ apresentaram menor experiência de cárie na dentição decídua e mais sangramento gengival após sondagem. A frequência de disfunção temporomandibular foi de 50,0% para o grupo de estudo e 46,7% para o grupo controle. Foi verificada ausência de correlação entre os índices de saúde bucal e escore do questionário SF: 13 – B-PCPQ. Crianças e adolescentes com AIJ não apresentaram impacto negativo na percepção de bem estar relacionado à saúde bucal, de acordo com a percepção dos responsáveis, e não houve correlação entre a QVRSB e a condição de saúde bucal.

Palavras-chave: Artrite Juvenil. Qualidade de Vida. Saúde Bucal. Transtornos da Articulação Temporomandibular.

ABSTRACT

Juvenile idiopathic arthritis (JIA) is the most common chronic disease of the connective tissue in children and adolescents, being related to impaired health-related quality of life. Among the various complications related to JIA are oral diseases such as caries and periodontal disease, whose risk of development is higher due to factors such as the involvement of the temporomandibular joint, difficulty in performing oral hygiene when the joints of the upper limbs are involved, and use of oral medication containing sugar. However, the extent to which oral diseases interfere with the daily life and well-being of children and adolescents affected is unknown. The aim of this study was to assess the correlation between oral health indicators and oral health-related quality of life (OHRQoL) of children and adolescents with juvenile idiopathic arthritis (JIA) according to their caregivers' perceptions. Two groups of adults filled the short form of the Brazilian Parental-Caregiver Perceptions Questionnaire (SF: 13 – B-PCPQ), which assesses OHRQoL. These groups were as follows: parents or guardians [mean age, 40.6 years; standard deviation (SD) = 10.97 years] of healthy children and adolescents (n = 15; mean age, 10.7 years; SD = 2.16) and parents or guardians of children and adolescents with JIA (n = 17; mean age, 9.8 years; SD = 2.86), early-onset oligoarticular (n = 8), systemic (n = 5), or polyarticular (n = 4). Dental evaluations were performed on all children and adolescents in the study. There was no significant difference in SF: 13 – B-PCPQ scores of the two groups. Children and adolescents with JIA had fewer caries in their primary dentition and more gingival bleeding after probing than those without JIA. The frequency of temporomandibular disorders was 50.0% for JIA patients and 46.7% for their healthy counterparts. There was no correlation between oral health indicators and SF: 13 – B-PCPQ scores. As perceived by caregivers, JIA did not negatively impact the well-being of their children and adolescents as related to oral health, and their OHRQoL did not correlate with their oral health status.

Key words: Arthritis, Juvenile. Quality of Life. Oral health. Temporomandibular Joint Disorders.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Diagnóstico diferencial de artrite em crianças e adolescentes	17
Quadro 2 – Classificações da artrite juvenil	18
Quadro 3 – Critérios de classificação da AIJ segundo a ILAR	19

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos responsáveis	38
Tabela 2 – Características clínicas das crianças e adolescentes	39
Tabela 3 – Comparação entre os grupos quanto à condição de saúde bucal (média±DP)	40
Tabela 4 – Comparação entre a composição dos índices CPO-D e ceo-d	41
Tabela 5 – Diagnósticos de disfunção temporomandibular	41
Tabela 6 – Frequência de DTM por subtipo de AIJ	42
Tabela 7 – Confiabilidade da consistência interna do SF:13 – B-PCPQ	42
Tabela 8 – Comparação entre os grupos quanto à QVRSB	43
Tabela 9 – Correlação entre o escore do SF:13 – B-PCPQ e os índices de saúde bucal	44
Tabela 10 – Comparação da QVRSB das crianças e adolescentes com AIJ em relação à presença de DTM	44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACR	Colégio Americano de Reumatologia (<i>American College of Rheumatology</i>)
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (<i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i>)
AIJ	Artrite Idiopática Juvenil
AINE	Anti-Inflamatório Não Esteroidal
ATM	Articulação Temporomandibular
ceo-d	Índice de dentes decíduos cariados, perdidos devido a cárie ou restaurados
Child-OIDP	<i>Child Oral Impact on Daily Performances</i>
COHIP	<i>Child Oral Impact Profile</i>
COHQOL	<i>Child Oral Health Quality of Life Instrument</i>
CPO-D	Índice de dentes permanentes cariados, perdidos devido a cárie ou restaurados
CPQ	<i>Child Perceptions Questionnaire</i>
DTM	Disfunção Temporomandibular
ECOHIS	<i>Early Childhood Oral Health Impact Scale</i>
EULAR	Liga Europeia contra o Reumatismo (<i>European League against Rheumatism</i>)
FIS	<i>Family Impact Scale</i>
FR-	Fator Reumatoide Negativo
FR+	Fator Reumatoide Positivo
HCU-UFU	Hospital de Clínicas de Uberlândia da Universidade Federal de Uberlândia
HLA	Antígeno Leucocitário Humano (<i>Human Leukocyte Antigen</i>)
HOUFU	Hospital Odontológico da Universidade Federal de Uberlândia
IHOS	Índice de Higiene Oral Simplificado
ILAR	Liga Internacional de Associações de Reumatologia (<i>International League of Associations for Rheumatology</i>)
ISG	Índice de Sangramento Gengival
OMS	Organização Mundial de Saúde

PC	Paralisia Cerebral
P-CPQ	<i>Parental-Caregiver Perceptions Questionnaire</i>
QV	Qualidade de Vida
QVRSB	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal
RDC/TMD	Critério Diagnóstico de Pesquisa para Desordem Tempomandibular (<i>Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders</i>)
SF:13 – B-PCPQ	<i>Short Form Brazilian Parental-Caregiver Perceptions Questionnaire</i>
TNF α	Fator de Necrose Tumoral Alfa (<i>Tumor Necrosis Factor Alpha</i>)

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
2	OBJETIVOS.....	30
2.1	Geral.....	30
2.2	Específicos.....	30
3	METODOLOGIA	31
3.1	Estudo.....	31
3.2	Participantes.....	31
3.3	Instrumentos.....	31
3.3.1	<i>Parental-Caregiver Perceptions Questionnaire.....</i>	31
3.3.2	<i>Ficha de coleta de dados demográficos e clínicos.....</i>	32
3.4	Procedimento.....	33
3.4.1	<i>Aplicação do questionário e entrevista</i>	33
3.4.2	<i>Caracterização da saúde bucal das crianças e adolescentes.....</i>	33
3.4.3	<i>Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde bucal</i>	36
3.4.4	<i>Análise Estatística</i>	36
4	RESULTADOS	37
4.1	Participantes.....	37
4.2	Características sociodemográficas dos responsáveis	37
4.3	Características demográficas das crianças e adolescentes	38
4.4	Características clínicas das crianças e adolescentes	38
4.5	Saúde bucal.....	39
4.6	Avaliação da QVRSB.....	42
4.7	Correlação entre saúde bucal e QVRSB	43
5	DISCUSSÃO.....	45
6	CONCLUSÕES.....	50
	REFERÊNCIAS.....	51

ANEXO A – Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	59
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	64
ANEXO B – Versão Brasileira Curta do Parental-Caregiver Perceptions Questionnaire	66
APÊNDICE B – Roteiro para Entrevista dos Participantes e Análise de Prontuário .	72
APÊNDICE C – Ficha de Avaliação odontológica.....	74
ANEXO C – Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders	76

1 INTRODUÇÃO

Artrite idiopática juvenil (AIJ) é a expressão que designa o grupo de desordens que apresentam como característica comum inflamação articular de causa desconhecida, com início antes dos dezesseis anos de idade e duração superior a seis semanas (PETTY et al., 2004).

O diagnóstico da AIJ é essencialmente clínico e realizado quando há sinais de inflamação em uma articulação, como edema, calor e rigidez, não provocados por outras causas de artrite. Assim, a AIJ refere-se a um diagnóstico de exclusão. Trauma, artrite séptica e outras doenças reumáticas e não reumáticas devem ser consideradas e excluídas previamente. O diagnóstico diferencial é particularmente amplo quando a artrite é acompanhada de manifestações sistêmicas e inclui infecções, febre reumática, malignidade, doenças do tecido conectivo, doença intestinal inflamatória e síndromes autoimunes, entre outras condições (RAVELLI; MARTINI, 2007) As principais doenças e alterações a serem consideradas no diagnóstico diferencial da AIJ são mostradas no Quadro 1.

Entre as doenças reumáticas, a AIJ é a mais comum na infância. A cada 1000 crianças e adolescentes, 0,07 a 4,01 são afetadas e a incidência anual é de 0,008 a 0,226 por 1000. Diversos fatores podem estar relacionados a essa ampla variação, como a mudança na definição do critério diagnóstico, a falta de definição padronizada de caso clínico para inclusão nos estudos, o aumento do conhecimento, da consciência e dos recursos médicos e a realização de estudos com populações pequenas ou número pequeno de casos. Além disso, acredita-se que a prevalência real seja subestimada, uma vez que muitos dos estudos epidemiológicos sobre AIJ correspondem a estudos de casos clínicos, realizados em serviços de reumatologia pediátrica, e não a estudos comunitários, que permitem a inclusão de casos não previamente diagnosticados (MANNER; BOWER 2002). Não existem dados na literatura sobre a prevalência e a incidência da AIJ no Brasil (SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA, 2011).

De uma forma geral, o sexo feminino é mais afetado do que o masculino, em uma proporção de dois a três para um (BORCHERS et al., 2006). A etnia parece ser também um fator de risco para o desenvolvimento de AIJ, com risco aumentado para apresentar a doença entre crianças de descendência europeia em relação às crianças de origem não europeia e probabilidade significativamente baixa entre indivíduos de etnia negra, origem indiana ou asiática (SAURENMANN et al., 2007).

Quadro 1 – Diagnóstico diferencial de artrite em crianças e adolescentes.

Natureza	Diagnóstico
Infecciosa	Artrite séptica Artrite reativa Osteomielite
Mecânica	Trauma Hipermobilitade Condromalácia patelar Doença de Perthes Doença de Osgood-Schlatter Doença de Scheurmann
Inflamatória	Artrite idiopática juvenil Lúpus eritematoso sistêmico Dermatomiosite Síndrome de Kawasaki Síndromes com febre periódica Doença intestinal inflamatória
Neoplásica	Leucemia Neuroblastoma
Endócrina e metabólica	Deficiência de vitamina D Hipotireoidismo Hiptireoidismo Diabetes mellitus
Genética	Doenças do colágeno Mucopolissacaridose Displasias ósseas Hemofilia

Fonte: FISHER e SEN, 2012 (modificado).

Uma vez que a AIJ refere-se a um conjunto heterogêneo e complexo de formas de artrite, diferentes classificações já foram propostas para agrupar suas manifestações em subtipos, de acordo com o seu quadro clínico (Quadro 2). Além de apresentarem forma de categorização diferente, essas classificações também utilizam nomenclaturas distintas para se referir ao mesmo grupo de doenças. A classificação do Colégio Americano de Reumatologia (ACR – *American College of Rheumatology*) estabelece os subtipos sistêmico, poliarticular e pauciarticular (BREWER et al., 1977). A Liga Europeia contra o Reumatismo (EULAR – *European League against Rheumatism*) inclui, além das formas definidas pelo ACR, os subtipos poliarticular fator reumatoide positivo, ou artrite reumatoide juvenil, artrite psoriática juvenil, espondilite anquilosante juvenil e artrite associada a doença intestinal inflamatória (WOOD, 1978). A mais recente classificação foi proposta pela Liga Internacional de

Associações de Reumatologia (ILAR – *International League of Associations for Rheumatology*) em 1997 com o objetivo de permitir a identificação de grupos homogêneos para estudos etiopatogenéticos. Ela inclui sete subtipos: oligoarticular (persistente ou estendida), poliarticular fator reumatoide negativo, poliarticular fator reumatoide positivo, sistêmico, artrite psoriática, artrite associada à entesite e artrite indiferenciada (PETTY et al., 2004). Para atender ao princípio de que as categorias de AIJ sejam mutuamente exclusivas, a classificação da ILAR define também critérios de exclusão para cada subtipo (Quadro 3).

Quadro 2 – Classificações da artrite juvenil.

Classificação	ACR (1977)	EULAR (1978)	ILAR (1997)
Nomenclatura	Artrite reumatoide juvenil	Artrite crônica juvenil	Artrite idiopática juvenil
Subtipos clínicos	Sistêmica	Sistêmica	Sistêmica
	Pauciarticular	Pauciarticular	Oligoarticular Persistente Estendida
	Poliarticular	Poliarticular	Poliarticular FR-
		Poliarticular FR+	Poliarticular FR+
		Artrite psoriática juvenil	Psoriática
		Espondilite anquilosante juvenil	Artrite relacionada a entesite
		Artrite associada a doença intestinal inflamatória	
			Artrite indiferenciada

Abreviações: (FR-) – Fator reumatoide negativo; (FR+) – Fator reumatoide positivo

Fonte: BOCHERS et al., 2006

Quadro 3 – Critérios de classificação da AIJ segundo a ILAR.

Subtipo	Descrição	Critérios de exclusão
Sistêmica	- Artrite acompanhada de ou precedida por febre de duração maior ou igual a duas semanas (cotidiana por três ou mais dias); mais pelo menos um dos seguintes sinais: rash eritematoso evanescente; linfadenopatia generalizada; hepatomegalia e/ou esplenomegalia; serosite	a, b, c, d
Oligoarticular	- Artrite em quatro ou menos articulações durante os seis primeiros meses da doença - Duas subcategorias: - Persistente – até quatro articulações após o sexto mês - Estendida – mais de quatro articulações após o sexto mês	a, b, c, d, e
Poliarticular FR-	- Artrite em cinco ou mais articulações durante os seis primeiros meses da doença; mais resultado negativo para teste de FR	a, b, c, d, e
Poliarticular FR+	- Artrite em cinco ou mais articulações durante os seis primeiros meses da doença; mais resultado positivo para dois testes de FR realizados com intervalo de três meses até o sexto mês	a, b, c, e
Artrite psoriática	- Artrite e psoriase; ou - Artrite e pelo menos um dos seguintes sinais: dactilite; ondulações nas unhas ou onicólise; psoriase em um parente de primeiro grau	b, c, d, e
Artrite relacionada a entesite	- Artrite e entesite; ou - Artrite e pelo menos dois dos seguintes sinais: história de sensibilidade na articulação sacroilíaca e/ou dor inflamatória lombossacral; presença de antígeno HLA-B27; início de artrite em menino após os seis anos de idade; uveíte anterior aguda; história de espondilite anquilosante; história, em parente de primeiro grau, de espondilite anquilosante, artrite relacionada à entesite, sacroilitite com doença intestinal inflamatória, síndrome de Reiter ou uveíte anterior aguda	a, d, e
Artrite indiferenciada	- Artrite que não preenche os critérios de nenhuma categoria ou que preenche os critérios de mais de uma categoria	

Critérios:

a – Psoriase ou história de psoriase no paciente ou em parente de primeiro grau
b – Artrite com início após os seis anos de idade em menino com gene HLA-B27
c – Espondilite anquilosante, artrite relacionada à entesite, sacroilitite com doença intestinal inflamatória, síndrome de Reiter ou uveíte anterior aguda em parente de primeiro grau
d – Presença de fator reumatoide (FR) IgM em pelo menos dois testes realizados com intervalo de três meses
e – Presença de AIJ sistêmica

Abreviações

(FR-) – Fator reumatoide negativo; (FR+) – Fator reumatoide positivo

Fonte: PETTY et al., 2004

Os subtipos de AIJ apresentam diferenças quanto à frequência de casos, a idade de início da doença e a distribuição por gênero (GOWDIE; TSE, 2012).

A AIJ oligoarticular é a forma mais comum, representando 40-50% das manifestações. Nesse subtipo, o início da doença ocorre na primeira infância, com predileção pelo gênero feminino. Há envolvimento assimétrico de grandes articulações, sendo os joelhos as mais acometidas, seguidos pelos tornozelos e os punhos (MARTINI; LOVELL, 2010; GOWDIE; TSE, 2012).

A AIJ sistêmica corresponde a 5-10% dos casos, afetando igualmente meninos e meninas. Seu início pode ocorrer em qualquer idade ao longo da infância, com envolvimento poli ou oligoarticular e em pequenas ou grandes articulações (GOWDIE; TSE, 2012).

O subtipo poliarticular FR- ocorre em 20-25% dos casos. Apresenta envolvimento simétrico, com dois picos de início, de dois a quatro anos e seis a doze anos, e afeta mais o gênero feminino (MARTINI; LOVELL, 2010; GOWDIE; TSE, 2012).

A AIJ poliarticular FR+ corresponde a 5% das ocorrências e também apresenta predileção pelo gênero feminino e envolvimento simétrico de pequenas e grandes articulações. Entretanto, seu início ocorre no final da infância e início da adolescência (GOWDIE; TSE, 2012).

A artrite psoriática representa 5-10% dos casos e possui dois picos de início, dos dois aos quatro anos e dos nove aos onze anos. Pequenas e grandes articulações estão envolvidas, mais no gênero feminino do que no masculino (GOWDIE; TSE, 2012).

Artrite relacionada à entesite ocorre em 5-10% dos pacientes com AIJ. Seu início ocorre no final da infância e na adolescência e se caracteriza pelo envolvimento das articulações sacroilíacas, intertarsais e do quadril. É a única forma com predileção pelo gênero masculino (GOWDIE; TSE, 2012).

Enquanto alguns dos subtipos de AIJ estão bem definidos, constituindo grupos distintos dos demais, outros ainda englobam condições heterogêneas. As formas sistêmica, oligoarticular, poliarticular FR+ e artrite relacionada à entesite estão bem caracterizadas. Por outro lado, a AIJ poliarticular FR- apresenta pelo menos dois subgrupos distintos, um similar à artrite reumatoide FR- em adultos e outro que se assemelha à AIJ oligoarticular, mas com cinco ou mais articulações envolvidas nos primeiros seis meses da doença. Para a artrite psoriática também é possível identificar dois subgrupos: um semelhante à artrite psoriática em adultos e outro parecido com AIJ oligoarticular com anticorpo antinuclear (MARTINI; LOVELL, 2010).

Embora a etiopatogenia da AIJ não seja completamente conhecida, considera-se que ela é uma doença multifatorial, iniciada quando indivíduos geneticamente susceptíveis são expostos a fatores ambientais específicos. (PRAKKEN; ALBANI; MARTINI, 2011). Entretanto, os processos imunopatogênicos envolvidos parecem ser diferentes para cada subtipo. A AIJ sistêmica é uma doença autoimune envolvendo o sistema imune inato, sem associação clara com infecções, vacinação ou genes HLA. Acredita-se que as formas oligoarticular e poliarticular são doenças autoimunes mediadas por linfócitos, com vários fatores genéticos (susceptibilidade genética específica) e ambientais (agentes infecciosos, estresse, tabagismo materno, mudanças climáticas, vacinação) associadas ao seu início ou à sua exacerbação. A artrite psoriática apresenta duas formas, uma de início tardio, provavelmente associada a mecanismos imunológicos inatos, e outra de início precoce, aparentemente relacionada à imunidade adaptativa. Na artrite relacionada à entesite, o gene HLA-B27 participa ativando principalmente o sistema imune inato (RESTREPO; LEE 2012).

Durante o curso da AIJ, complicações podem ocorrer, incluindo uveítes, anormalidades de crescimento e alterações ósseas (BORCHERS et al., 2006; GOWDIE; TSE, 2012).

Estudos com grande número de participantes têm mostrado ocorrência de uveíte em 12-13,1% dos pacientes com AIJ. Essa é considerada a complicaçāo extra-articular mais comumente associada à AIJ e a AIJ é a principal causa de uveítes em crianças. O tipo de uveíte mais frequente em pacientes com AIJ é uveíte anterior crônica, com envolvimento bilateral (HEILIGENHAUS et al., 2007; SAURENMANN et al., 2007).

Embora uveítes possam ocorrer antes ou estarem presentes no momento do diagnóstico da AIJ, sua manifestação é mais frequente depois do comprometimento articular (WORETA et al., 2007). Considera-se que o período em que há maior risco para o desenvolvimento de uveíte corresponde aos primeiros quatro anos após o diagnóstico da AIJ e a faixa etária de um a cinco anos é aquela com maior ocorrência de casos, não obstante o risco persista na fase adulta (CASSIDY et al., 2006).

Enquanto pacientes com AIJ oligoarticular são os mais afetados, uveítes são raras nos subtipos poliarticular FR+ e sistêmico (HEILIGENHAUS et al., 2007). Na artrite relacionada à entesite pode haver a ocorrência de uveíte aguda, que apresenta sintomatologia dolorosa, diferentemente do que ocorre nas demais formas de AIJ (GOWDIE; TSE, 2012). Meninas são mais afetadas do que meninos, principalmente nas faixas etárias menores (SAURENMANN et al., 2010). Além da influência do subtipo de AIJ, do gênero e da duração da doença,

constituem risco para o desenvolvimento de uveítes a presença de fator antinuclear e o início precoce da artrite (HEILIGENHAUS et al., 2007; SAURENMANN et al., 2007).

Muitos pacientes apresentam complicações oculares decorrentes de uveítes, como catarata, sinequia, glaucoma, queratopatia em faixa e edema macular. Segundo Heiligenhaus et al (2007), 32% dos pacientes com uveítes necessitaram de cirurgias oculares para correção de complicações, principalmente da catarata. Uma vez que essas alterações podem já estar presentes durante a identificação da uveíte, o diagnóstico precoce e o adequado tratamento são fundamentais para evitar o desenvolvimento de deficiência visual (ANESI; FOSTER, 2012).

O início insidioso da maioria dos casos de uveíte e a gravidade das possíveis complicações tornam necessário o acompanhamento frequente de pacientes com AIJ por oftalmologistas. O ACR estabelece intervalos específicos para a realização de exames oftalmológicos de acordo com o risco para o desenvolvimento de uveíte. Pacientes com AIJ iniciada antes dos seis anos de idade, com presença de fator antinuclear e duração da doença menor ou igual a seis anos, são considerados aqueles que apresentam maior risco, devendo ser avaliados a cada três meses. Independentemente da forma de manifestação da AIJ, entretanto, é recomendado que a primeira visita seja realizada no primeiro mês após o diagnóstico do comprometimento articular e que o acompanhamento continue durante a infância e adolescência (CASSIDY et al., 2006). Como essa recomendação considera apenas os subtipos definidos pela classificação da artrite reumatoide juvenil, do ACR, Heiligenhaus et al. (2007) sugeriram uma modificação para adequá-la à classificação da ILAR. Assim, nessa proposta de triagem para uveítes, são considerados pacientes com alto risco aqueles que apresentam qualquer forma de AIJ geralmente associada a uveítes assintomáticas.

Pessoas com AIJ também apresentam com frequência alterações ósseas. Diminuição da densidade óssea mineral e conteúdo ósseo mineral reduzido já foram relatados, acometendo, respectivamente, 34% e 41% dos adolescentes com a doença (LIEN et al., 2003). A diminuição da densidade óssea é maior em mulheres com história de AIJ do que em homens também afetados e é mais pronunciada nas formas poliarticular FR+ e oligoarticular estendida (THORNTON et al., 2011).

O início precoce da AIJ representa um fator de risco para o desenvolvimento de baixa densidade óssea (CELIKER et al., 2003; LIEN et al., 2003), assim como os níveis de atividade e gravidade da doença (LIEN et al., 2003).

A origem da redução da massa óssea parece estar relacionada a diversos fatores. O uso de glicocorticoides para o tratamento da AIJ desempenha um papel importante. Essas drogas

atuam direta e indiretamente sobre o metabolismo ósseo por meio de diferentes mecanismos, como a alteração na quantidade e função de osteócitos, osteoblastos e osteoclastos e redução da absorção intestinal e da reabsorção renal de cálcio. Devido a esses efeitos, os glicocorticoides favorecem o aumento da reabsorção e a diminuição da formação óssea (CANALIS et al., 2007).

Como consequência da baixa densidade óssea mineral, pessoas com AIJ apresentam risco aumentado para sofrer fraturas (BRABNIKOVA, 2011). Segundo Burnham et al. (2006) essas fraturas ocorrem mais frequentemente durante a adolescência e após os 45 anos de idade, sendo que as fraturas geralmente ocorrem em sítios significativos, como antebraço, punho, úmero, parte inferior da perna, tornozelo e pé.

A associação entre a atividade da doença e o uso de corticoides pode provocar o desenvolvimento de baixa estatura, outra complicaçāo comum na AIJ (SIMON et al., 2002; UMŁAWSKA; PRUSEK-DUDKIEWICZ, 2010). Pacientes com os subtipos poliarticular e sistêmico, aqueles com altos níveis de inflamação e dependência de glicocorticoides e aqueles com início precoce e duração prolongada da doença são os que apresentam o maior de risco de ter falha no crescimento (SIMON, 2007). É comum a composição corporal de pacientes com a doença também se apresentar alterada, com redução da massa muscular e óssea e maior quantidade de gordura (BECHTOLD; ROTH, 2009).

Alterações no sistema estomatognático também são relatadas. O comprometimento da saúde bucal em crianças e adolescentes com AIJ é frequente e sua causa inclui a associação entre o efeito da doença no crescimento da mandíbula e na função mastigatória, a dificuldade para realizar a higienização bucal quando há comprometimento de articulações dos membros superiores e o uso de medicação oral contendo açúcar (WALTON, 2000).

Segundo Leksell et al. (2008), pacientes com AIJ relatam mais frequentemente dor, desconforto ou incômodo na boca ao escovar os dentes e dor ou fraqueza na mão ao realiza-lo do que indivíduos saudáveis. Como consequência do desempenho inadequado da higienização bucal pode haver presença de quantidade significativamente maior de placa bacteriana (LEKSELL et al., 2008; REICHERT et al., 2006; WELBURY et al., 2003), favorecendo a ocorrência de cárie e doença periodontal.

Estudos sobre a condição de saúde bucal de pacientes com AIJ apresentam resultados divergentes em relação à experiência de cárie nesses indivíduos. Enquanto alguns reportam não haver diferença entre crianças e adolescentes com a doença e pares saudáveis em relação ao número de superfícies dentárias ou dentes cariados, tratados ou perdidos devido à cárie (AHMED et al., 2004; LEKSELL et al., 2008), outros relatam prevalência significativamente

maior associada à AIJ (SAVIOLI et al., 2004; WELBURY et al., 2003). Entretanto, mesmo quando não há diferença na experiência de cárie, indivíduos afetados pela doença apresentam maior prevalência de cárries não tratadas (AHMED et al., 2004), indicando a possibilidade de menor acesso ao tratamento adequado.

Presença mais frequente de sangramento gengival também é descrita (LEKSELL et al., 2008; SAVIOLI et al., 2004). Segundo Miranda et al. (2003) e Reichert et al. (2006), no entanto, mesmo quando pessoas com AIJ não apresentam mais sangramento gengival e placa do que indivíduos saudáveis, é observada naquelas maior perda de inserção periodontal e maior profundidade de sondagem, sinais indicativos de periodontite.

Ainda, como efeito colateral de medicamentos utilizados no tratamento da AIJ, crianças e adolescentes com a doença apresentam mais ulcerações na mucosa oral, alteração associada a considerável desconforto (LEKSELL et al., 2008).

Além do risco aumentado para desenvolver as alterações bucais citadas anteriormente, a articulação temporomandibular (ATM) pode ser uma das articulações comprometidas em crianças e adolescentes com AIJ. Sinais de envolvimento da ATM são verificados em 17% a 87% dos pacientes com AIJ (BILLIAU et al., 2007; CANNIZZARO et al., 2011; KÜSELER et al., 1998; RÖNNING, VÄLIAHO, LAAKSONEN, 1976; TWILT et al., 2004). Lesões no côndilo da mandíbula podem ocorrer precocemente e evoluir de forma insidiosa, de modo que exames radiológicos podem mostrar alterações na ATM mesmo em pacientes sem sintomas ou sinais clínicos de disfunção temporomandibular (DTM) (BILLIAU et al., 2007). Segundo Twilt et al. (2007), a incidência anual de envolvimento da ATM em pacientes com AIJ é de 7,1%.

Maior prevalência de alterações na ATM é geralmente descrita em pacientes com os subtipos poliarticular FR-, oligoarticular estendida, sistêmica (CANNIZZARO et al., 2011; TWILT et al., 2004) e psoriática (CANNIZZARO et al., 2011). Além do subtipo de AIJ, início precoce e alta atividade da doença são apontados como fatores de risco para o envolvimento da ATM (CANNIZZARO et al., 2011).

O comprometimento da ATM pode afetar o crescimento da mandíbula, aumentando a chance de pacientes com AIJ desenvolverem alterações orofaciais como retrognatia e rotação mandibular (TWILT et al., 2006).

Devido à possibilidade de ocorrência de complicações extra-articulares, o tratamento da AIJ deve compreender também atenção direcionada para as condições geralmente associadas, com terapias farmacológicas e não farmacológicas (GOWDIE; TSE, 2012). A Sociedade Britânica de Reumatologia Pediátrica (*BSPAR – British Society for Paediatric and*

Adolescent Rheumatology) define como padrões mínimos para o cuidado destinado aos pacientes com AIJ a existência de compromisso e empoderamento dos pacientes e de seus cuidadores por meio de acesso às informações necessárias, treinamento adequado da equipe de profissionais envolvida, a abordagem integral visando tanto aspectos funcionais quanto psicológicos, o controle da atividade da doença e o desenvolvimento de redes clínicas de reumatologia pediátrica. Além disso, a atenção deve ser multidisciplinar, envolvendo reumatologistas pediátricos, enfermeiros, oftalmologistas, fisioterapeutas e cirurgiões-dentistas, entre outros profissionais (DAVIES et al., 2010).

Quanto à terapêutica medicamentosa, as principais drogas utilizadas para tratar a AIJ estão incluídas nas seguintes categorias: anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), corticosteroides, drogas antirreumáticas modificadoras da doença e agentes biológicos (HASHKES; LAXER, 2005).

Os AINEs mais utilizados são naproxeno e ibuprofeno. Segundo Hashkes e Laxer (2005) apenas 25% a 33% dos pacientes tratados com esses medicamentos mostram resposta significativa, sendo que estes apresentam principalmente a forma oligoarticular.

As principais indicações de corticosteroides são para o tratamento de manifestações extra-articulares da AIJ sistêmica e da síndrome da ativação macrofágica ou como medicação temporária até que outros medicamentos se tornem efetivos. Para a AIJ oligoarticular, injeções intra-articulares de corticosteroides têm apresentado melhor eficácia (HASHKES; LAXER, 2005).

Metotrexato é a principal droga antirreumática modificadora da doença empregada no tratamento da AIJ e constitui a base do tratamento para a maioria dos pacientes com inflamação poliarticular. Sua maior eficácia é vista em pacientes com a forma oligoarticular estendida, enquanto não parece apresentar efeito significativo na AIJ sistêmica (HASHKES; LAXER, 2005).

Os agentes biológicos representam uma possibilidade de diminuir a proporção de casos não responsivos e ajudar a alcançar a remissão da doença. Esses medicamentos incluem inibidores do fator de necrose tumoral alfa ($TNF\alpha$), como etanercepte, adalimumabe e infliximabe; inibidores de interleucina, como anakinra, rilonacepte e tocilizumabe; e drogas com efeito direcionado sobre células B e T, como rituximabe e abatacepte. Faltam, entretanto, maiores informações sobre a segurança do uso desses medicamentos no tratamento da AIJ (GOWDIE; TSE, 2012).

Ainda que a evolução no tratamento da AIJ tenha aumentado a ocorrência de remissão, parte significativa dos pacientes continua a apresentar a doença na fase adulta, sendo relatada

dificuldade considerável para adaptação dos mesmos durante essa fase da vida (OEN et.al., 2002). Muitos pacientes não apresentam nenhum episódio de remissão. Para aqueles que a alcançam, a doença pode reativar-se após anos de ausência de sinais de inflamação sem uso de medicamentos (FANTINI et al., 2003). Adultos com história de AIJ apresentam significativos níveis de deficiência, sendo necessária uma boa transição do cuidado entre serviços de reumatologia pediátrica e aqueles que prestam assistência a pacientes adultos com a doença (PACKHAN; HALL, 2002).

Devido à significativa morbidade associada à AIJ, tem se reconhecido a importância de avaliar não apenas seus aspectos clínicos e laboratoriais, mas também o impacto da doença e do seu tratamento sobre a qualidade de vida dos indivíduos acometidos.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), qualidade de vida (QV) é um constructo de natureza subjetiva e multidimensional que corresponde à “percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”, englobando tanto aspectos positivos quanto negativos (WHOQOL GROUP, 1995).

A saúde dos indivíduos está entre os diversos fatores que podem afetar a QV. Assim, a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) refere-se aos estados de saúde que contribuem para a qualidade de vida (TENGLAND, 2006). Da mesma forma que a saúde tem várias dimensões, a QVRS é também um constructo multidimensional, sendo composta minimamente pelos domínios físico, funcional, psicológico/emocional e social (FALLOWFIELD, 2014).

A mensuração da QVRS é importante por permitir avaliar quanto uma condição médica ou o seu tratamento afetam a vida de um indivíduo, sob a perspectiva do mesmo. Assim, a QVRS é um indicador do ônus associado a uma doença ou enfermidade (ISOQOL, 2014).

A condição bucal afeta a saúde e pode interferir no bem-estar e na qualidade de vida dos indivíduos (SHEIHAM, 2005), sendo fundamental considerar o impacto da saúde bucal na vida diária das pessoas. A partir da constatação da ineficácia da avaliação tradicional, baseada no uso de indicadores clínicos, em fazê-lo, foi desenvolvido o conceito de qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB) (SHAMRANY, 2006; SISCHO; BRODER, 2011).

A QVRSB refere-se, por sua vez, ao impacto da condição de saúde bucal em aspectos da vida cotidiana valorizados por uma pessoa, sendo esse impacto capaz de afetar a experiência e a percepção sobre a sua vida de uma forma geral (LOCKER; ALLEN 2007).

Trata-se, portanto de um conceito multidimensional composto por fatores funcionais, psicológicos, sociais e clínicos centrados em aspectos orofaciais (MEHTA; KAUR 2011).

A mensuração da QVRSB tem sido realizada de três maneiras diferentes: por meio de indicadores sociais, autoavaliações globais e questionários multi-itens. Indicadores sociais, como dias de trabalho perdidos ou absenteísmo escolar devido a problemas bucais, embora sejam importantes para evidenciar o impacto de doenças e desordens bucais sobre a saúde pública, apresentam limitações para a avaliação da QVRSB, uma vez que sua ocorrência não reflete diretamente a percepção dos indivíduos quanto à sua QV. As autoavaliações globais, realizadas a partir de perguntas gerais, como, por exemplo, “Como você avalia a saúde dos seus dentes, gengivas e boca?”, não se limitam a avaliar apenas o impacto negativo, possibilitando, geralmente, respostas em uma escala. Devido à sua praticidade, as autoavaliações globais são ideais para o uso em pesquisas com grande número de participantes, mas a utilização de uma única questão gera problemas psicométricos que comprometem seu emprego em diversos estudos. Já os questionários multi-itens permitem avaliar várias dimensões da QVRSB e possibilitam identificar maior variação estatística, sendo por isso os mais frequentemente utilizados (MEHTA; KAUR 2011; SHAMRANY, 2006).

A mensuração da QVRSB de crianças e adolescentes requer utilização de instrumentos desenvolvidos especificamente para essa finalidade devido à percepção peculiar que eles têm de si mesmos e de sua qualidade de vida (PIOVESAN et al., 2010). Entre esses instrumentos destacam-se os questionários multi-itens COHQOL (*Child Oral Health Quality of Life Instrument*) (JOKOVIC et al. 2002), composto pelos questionários CPQ (*Child Perceptions Questionnaire*), P-CPQ (*Parental-Caregiver Perceptions Questionnaire*) e FIS (*Family Impact Scale*); Child-OIDP (*Child Oral Impact on Daily Performances*) (GHERUNPONG, TSAKOS e SHEIHAM, 2004); COHIP (*Child Oral Health Impact Profile*) (BRODER et al., 2005); e ECOHIS (*Early Childhood Oral Health Impact Scale*) (PAHEL; ROZIER; SLADE 2007).

Segundo Barbosa e Gavião (2008a), crianças e adolescentes são geralmente capazes de fornecer informações válidas e confiáveis sobre sua QVRSB. No entanto, a utilização de respondentes secundários, comumente os pais e/ou cuidadores, é necessária quando as crianças ou adolescentes não conseguem compreender ou preencher adequadamente os questionários (PIOVESAN et al., 2010). Ainda que limitado, o conhecimento dos responsáveis fornece informações relevantes, sendo importante considerar a sua percepção

quanto à QVRSB de seus filhos, mesmo quando é possível obter dados a partir das respostas das próprias crianças e adolescentes (BARBOSA; GAVIÃO, 2008b).

O interesse em investigar a QVRSB de crianças e adolescentes aumentou nos últimos anos, sendo verificado um número crescente de publicações. Atenção especial tem sido dada ao estudo do impacto da condição de saúde bucal na qualidade de vida daqueles que apresentam doenças ou desordens que se associam frequentemente a alterações bucais.

Ao estudar a QVRSB de crianças e adolescentes com alterações orofaciais, Locker, Jokovic e Tompson (2005), verificaram que, apesar de apresentarem pior QVRSB, com maiores impactos nos domínios “limitações funcionais” e “bem-estar social”, esses pacientes avaliaram sua saúde bucal como sendo melhor do que a de crianças e adolescentes com cáries dentárias, e a maioria deles considerou pequeno o impacto de sua condição bucal em sua vida. Segundo os autores, os dados encontrados sugeriam que as crianças e os adolescentes com alterações orofaciais incluídos no estudo eram bem ajustados e capazes de superar os desafios decorrentes de sua condição, o que poderia ser um reflexo da assistência dada aos mesmos.

Massarente et al. (2011) investigaram a QVRSB de crianças e adolescentes com AIDS identificando a influência de fatores clínicos, sociodemográficos e comportamentais. Os autores encontraram maior impacto no domínio “sintomas orais” e os pacientes com manifestações mais graves da imunodeficiência relataram pior prejuízo em relação a sintomas orais, limitações funcionais, bem-estar emocional e bem-estar social. Por outro lado, o hábito de realizar a higienização bucal pelo menos duas vezes por dia e a situação de ter a mãe como cuidadora estiveram relacionados a melhor QVRSB.

Com o objetivo de avaliar o impacto das deficiências apresentadas por crianças e adolescentes com paralisia cerebral (PC) e de sua condição bucal em sua QVRSB, considerando também aspectos socioeconômicos, Abanto et al. (2012) utilizaram os pais como respondentes secundários. Nesse estudo foi verificado que a presença e a gravidade de cáries dentárias, assim como o grau de comprometimento da comunicação e baixa renda de suas famílias estiveram associadas a maior impacto negativo na QVRSB.

Salem e Eshghi (2013) avaliaram a condição de saúde bucal e a QVRSB de crianças e adolescentes com distúrbios congênitos de coagulação. Esses autores verificaram melhor condição de saúde bucal dos pacientes em relação aos controles, com exceção da história de sangramento na boca, mais frequente nas crianças e adolescentes com distúrbio de coagulação. Não foi verificada diferença significativa quanto à QVRSB dos dois grupos.

Diversos estudos já investigaram a influência da AIJ na qualidade de vida de crianças e adolescentes, verificando que, tanto na percepção dos próprios pacientes quanto na de seus

cuidadores, sua QVRS é pior do que a de crianças e adolescentes saudáveis (AMINE et al., 2009; CÉSPEDES-CRUZ et al., 2008; GUTIÉRREZ-SUÁREZ et al., 2007; HAVERMAN et al., 2012; OLIVEIRA et al., 2007; SEID et al., 2009; SHAW et al., 2006). A QVRSB de crianças e adolescentes com AIJ, no entanto, ainda não foi investigada.

Devido à possibilidade de comprometimento da saúde bucal, acredita-se, que pessoas com AIJ possam ter prejuízos em sua vida diária e que o seu bem-estar pode ser afetado especificamente pelos problemas bucais que eles frequentemente apresentam.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB) de crianças e adolescentes com AIJ a partir da percepção de seus responsáveis.

2.2 Específicos

- a) Comparar a condição de saúde bucal de crianças e adolescentes com AIJ e a de crianças e adolescentes saudáveis.
- b) Correlacionar índices de saúde bucal e a QVRSB de crianças e adolescentes com AIJ

3 METODOLOGIA

3.1 Estudo

Entre abril e novembro de 2013, realizou-se um estudo observacional transversal de abordagem quantitativa no ambulatório de reumatologia pediátrica do Hospital de Clínicas de Uberlândia da Universidade Federal de Uberlândia. O projeto de pesquisa foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos na Universidade Federal de Uberlândia (parecer nº 224.199) (ANEXO A).

3.2 Participantes

Foram convidados a participar do estudo, crianças e adolescentes com diagnóstico de AIJ conforme os critérios da ILAR (PETTY et al., 2004) e idade entre seis e catorze anos atendidos no ambulatório de reumatologia pediátrica do Hospital de Clínicas de Uberlândia da Universidade Federal de Uberlândia (HCU-UFG) e os seus responsáveis.

Para o grupo controle, crianças e adolescentes saudáveis com idade entre seis e catorze e seus responsáveis foram convidados.

Os participantes do grupo de estudo foram recrutados na sala de espera do ambulatório enquanto aguardavam pela consulta das crianças e adolescentes pelos quais respondem. Para os participantes do grupo controle o convite foi realizado por meio de contato telefônico.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão dos responsáveis como participantes da pesquisa ter idade igual ou superior a 18 anos e responder legalmente por paciente com AIJ entre seis e catorze anos de idade ou por criança ou adolescente saudável na mesma faixa etária. Para participar, os participantes deviam, ainda, assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

Foram excluídos responsáveis legais com problemas cognitivos referidos pelos mesmos que impedissem a compreensão e a capacidade de responder aos itens do questionário.

3.3 Instrumentos

3.3.1 Parental-Caregiver Perceptions Questionnaire

A QVRSB das crianças e adolescentes foi avaliada por meio do uso da versão brasileira curta do *Parental-Caregiver Perceptions Questionnaire* (SF:13 – B-PCPQ) (ANEXO B).

O instrumento *Parental-Caregiver Perceptions Questionnaire* (P-CPQ) é destinado à avaliação da QVRSB de crianças e adolescentes com idade entre seis e catorze anos, e trata-se de um questionário autopreenchível, composto por 33 questões sobre a percepção dos pais e/ou cuidadores quanto ao impacto das doenças bucais na qualidade de vida das crianças (JOKOVIC et al., 2002), já tendo sido traduzido e adaptado para o uso no Brasil (GOURSAND et al., 2009).

A versão utilizada neste estudo contém 13 itens distribuídos em três subescalas: sintomas orais (questões 1 a 3); limitações funcionais (questões 4 a 7); e bem-estar (questões 8 a 13). Para cada item há seis opções de resposta: “nunca”, “uma ou duas vezes”, “algumas vezes”, “frequentemente”, “sempre ou quase sempre” e “não sei”, devendo o responsável considerar o período correspondente aos três meses anteriores à data do preenchimento. Às cinco primeiras opções são atribuídas as pontuações zero, um, dois, três e quatro, respectivamente, e a última não recebe pontuação. Assim, o escore total para cada participante equivale ao somatório das pontuações obtidas em todos os itens e pode variar de zero a 52. Escores maiores indicam maior impacto da condição de saúde bucal na QV, isto é, maior prejuízo na QVRSB. Além disso, duas questões sobre a avaliação global da saúde bucal e da sua interferência no bem-estar das crianças e adolescentes também integram o SF:13 – B-PCPQ (GOURSAND et al., 2012).

3.3.2 Ficha de coleta de dados demográficos e clínicos

Dados demográficos dos participantes e clínicos dos pacientes foram coletados utilizando-se uma ficha elaborada exclusivamente para esse propósito (APÊNDICE B).

As seguintes informações referentes aos participantes foram obtidas: idade, gênero, estado civil, cor, religião ou crença, escolaridade e grau de parentesco com o paciente.

Dados demográficos e sobre a condição clínica das crianças e adolescentes com AIJ, incluindo idade, gênero, tipo de AIJ, idade ao diagnóstico, duração da doença, tratamento medicamentoso, desenvolvimento de complicações e presença de comorbidades, foram colhidos a partir da análise de seus prontuários.

3.4 Procedimento

3.4.1 Aplicação do questionário e entrevista

Após a assinatura do TCLE, os participantes foram entrevistados a fim de que fossem obtidas informações sociodemográficas dos participantes e das crianças e adolescentes.

Em seguida, foi solicitado aos participantes que respondessem ao questionário SF:13 – B-PCPQ pela técnica da autoaplicação. Para os participantes do grupo de estudo essa etapa foi realizada na sala de espera do ambulatório de reumatologia pediátrica e para os participantes do grupo controle, no Hospital Odontológico da Universidade Federal de Uberlândia (HOUFU).

Adicionalmente, informações sobre a condição clínica das crianças e adolescentes com AIJ foram confirmadas a partir da verificação dos registros em seus prontuários.

3.4.2 Caracterização da saúde bucal das crianças e adolescentes

As crianças e os adolescentes receberam avaliação odontológica no HOUFU, realizada por um único examinador treinado e calibrado, mediante iluminação padronizada. Essa avaliação incluiu a verificação da experiência de cárie, higiene bucal, inflamação gengival e a ocorrência de sinais e sintomas de disfunção temporomandibular. Para realização do exame foram utilizados espelho bucal plano, sonda periodontal OMS, evidenciador de placa bacteriana, compasso de pontas secas, régua e uma ficha (APÊNDICE C) elaborada para a obtenção dos índices odontológicos descritos a seguir:

➤ Índice CPO-D e ceo-d (WHO, 1997)

O índice CPO-D representa o número de dentes cariados (C), perdidos devido à cárie (P) ou restaurados (O). A unidade de medida é o dente, ou seja, considera-se cada dente em sua estrutura total e não as superfícies dentárias separadamente. Para cada indivíduo, o CPO-D é a soma dos dentes com experiência de cárie, isto é, a soma de todos os dentes que receberem os códigos (1) Cariado, (2) Restaurado com cárie, (3) Restaurado sem cárie ou (4) Perdido por cárie. São considerados apenas 28 dentes, sendo excluídos os terceiros molares, se presentes, e, portanto, o CPO-D pode variar de 0 a 28.

O índice CEO-D é uma adaptação do CPO-D para a dentição decídua. Corresponde à soma dos dentes decíduos cariados, com extração indicada e restaurados, ou seja, à soma dos dentes aos quais forem atribuídos os códigos (B) Cariado, (C) Restaurado com cárie, (D) Restaurado sem cárie, e (E) Perdido. O índice CEO-D de cada criança pode variar de 0 a 20.

➤ Índice de Higiene Oral Simplificado (GREENE; VERMILLION, 1964)

O Índice de Higiene Oral Simplificado (IHO-S) consiste no exame de algumas superfícies de dentes selecionados quanto à presença de placa e cálculo dental, supondo-se que se nestas superfícies existir certa quantidade de placa também haverá nas outras. São examinadas as superfícies vestibulares dos dentes-índice 16, 11, 26 e 31 e as superfícies linguais dos dentes 36 e 46. Na ausência de qualquer dos dentes-índice, considera-se outro dente do mesmo grupo e sextante.

A verificação da presença de placa é realizada mediante o uso de substâncias evidenciadoras. Depois de corada, é atribuído para cada superfície dentária um código correspondente à quantidade de placa e cálculo: 0 – ausência de placa/cálculo; 1 – placa/cálculo cobrindo até um terço da superfície; 2 - placa/cálculo cobrindo entre um e dois terços da superfície; e 3 - placa/cálculo cobrindo mais de dois terços da superfície. O índice médio pode ser estabelecido somente na presença de pelo menos dois dentes totalmente erupcionados.

Calcula-se separadamente a média de cada um dos subíndices placa e cálculo, correspondente à divisão da soma dos escores de placa/cálculo das superfícies pelo número de superfícies, e depois o índice IHO-S é determinado pela soma dos dois subíndices.

➤ Índice de Sangramento Gengival (AINAMO; BAY, 1975)

O Índice de Sangramento Gengival (ISG) é utilizado para a avaliação da inflamação gengival e refere-se à presença ou ausência de sangramento gengival após sondagem delicada do sulco gengival.

Para a realização do exame, a sonda periodontal OMS deve ser introduzida um a dois milímetros no sulco gengival e percorrê-lo integralmente, indo da superfície distal para a mesial, dos dentes posteriores até os anteriores de cada

hemiarco. Registram-se as superfícies sanguíneas antes de realizar a sondagem do próximo hemiarco.

O cálculo do ISG é feito por meio da determinação da porcentagem de superfícies sanguíneas 10 segundos após a sondagem, considerando um total de seis superfícies existentes para cada dente presente na boca.

➤ *Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders* (PEREIRA JUNIOR et. al., 2002)

Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD) é um instrumento utilizado para verificar clinicamente a presença de DTM. Tendo sido elaborado especialmente para o uso em pesquisa com o objetivo de permitir a comparação entre os resultados de diferentes estudos, o RDC/TMD é composto por dois eixos, o Eixo I, que se refere à avaliação de aspectos psicossociais relacionados às DTMs e o Eixo II, que compreende a avaliação de aspectos clínicos.

O exame clínico realizado no emprego do RDC/TMD inclui a verificação do padrão e da extensão de abertura bucal, a amplitude dos movimentos excursivos da mandíbula; a presença de dor e ruídos articulares durante a movimentação e a presença ou ausência de dor durante a palpação da cápsula articular e dos músculos envolvidos na mastigação.

Além de possibilitar a identificação de sinais de DTM, o RDC/TMD permite a classificação da disfunção nos seguintes diagnósticos: dor miofascial, com ou sem abertura limitada, deslocamento do disco com redução, deslocamento do disco sem redução e com abertura limitada, deslocamento do disco sem redução e sem abertura limitada, artralgia, osteoartrite e osteoartrose da ATM.

Neste estudo utilizou-se o formulário para exame clínico do Eixo II do RDC/TMD (ANEXO C).

3.4.3 Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde bucal

A QVRSB foi realizada por meio da comparação entre o escore total do SF:13 – B-PCPQ e os escores obtidos em cada subescala pelo grupo de estudo e pelo grupo controle. Além disso, foi realizada comparação entre os grupos quanto à avaliação global da saúde bucal e do seu impacto sobre o bem-estar das crianças e adolescentes, isto é, das respostas dadas às perguntas “Como você avaliaria a saúde dos dentes, lábios, maxilares e da boca de sua criança?” e “Até que ponto o bem-estar geral de sua criança é afetado pelas condições dos seus dentes, lábios, maxilares ou boca?”.

A correlação entre os índices CPO-D, ceo-d, IHOS, ISG e o escore total obtido no SF:13 – BCPQ foi verificada para analisar a relação entre a saúde bucal das crianças e adolescentes com AIJ e sua QVRSB. Além disso, foi realizada a comparação entre a QVRSB das crianças e adolescentes com AIJ e DTM e a QVRSB daquelas com AIJ e sem DTM.

3.4.4 Análise Estatística

Os dados sociodemográficos e clínicos dos participantes foram analisados por meio do uso de estatísticas descritivas. A comparação entre o grupo de estudo e o grupo controle quanto às variáveis qualitativas foi feita com o Teste exato de Fisher e quanto às variáveis quantitativas, com o teste não paramétrico de Mann-Whitney. Foi considerado um nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

O coeficiente alfa de Cronbach, com valor recomendável acima de 0,5 (McHORNEY et al., 1994), foi calculado para a verificação da confiabilidade da consistência do instrumento de avaliação da QVRSB utilizado.

O coeficiente de correlação de Spearman foi determinado para a verificação da correlação entre os índices de saúde bucal e o escore obtido no SF:13 – B-PCPQ.

A análise estatística dos dados foi feita com o programa IBM SPSS Statistics para Windows, versão 20.0, IBM Corp., Armonk, New York.

4 RESULTADOS

4.1 Participantes

Trinta e um responsáveis por crianças e adolescentes com AIJ foram identificados como elegíveis para participar deste estudo. No entanto, catorze desses responsáveis não foram incluídos devido à recusa em participar ou por não comparecerem ao ambulatório de reumatologia pediátrica do HCU-UFU no período de coleta de dados.

Assim, participaram deste estudo 17 responsáveis por crianças e adolescentes com AIJ e 15 responsáveis por crianças e adolescentes saudáveis constituíram o grupo controle, totalizando 32 participantes.

4.2 Características sociodemográficas dos responsáveis

Ambos os grupos foram compostos predominantemente por participantes do gênero feminino, sendo as mães as responsáveis mais frequentes no grupo de estudo (76,4%) e no grupo controle (53,3%).

A idade dos responsáveis pelas crianças e adolescentes com AIJ variou entre 27 e 59 anos. A maioria deles informou manter união estável (82,4%) e ter nível de escolaridade correspondente ao ensino médio incompleto (52,9%). A renda familiar da maior parte desses participantes (64,6%) foi de até dois salários-mínimos.

Diferença significativa entre os dois grupos foi observada apenas em relação à escolaridade, sendo que os responsáveis do grupo de estudo apresentaram nível de escolaridade mais elevado.

As características sociodemográficas dos responsáveis são mostradas na Tabela 1.

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos responsáveis.

Características	AIJ (n = 17)	Controles (n = 15)	p
Idade (anos) – média (DP) (variação)	37,8 (7,55) (27 – 59)	43,6 (12,82) (29 – 63)	0,325*
Gênero (feminino) – n (%)	13 (76,5)	12 (80,0)	1,000**
Responsável (mãe) – n (%)	13 (76,4)	8 (53,3)	0,331**
União estável – n (%)	14 (82,4)	10 (66,7)	0,423**
Escolaridade – n (%)			
Ens. fund. incompleto	1 (5,9)	7 (46,7)	
Ens. fund. completo	6 (35,3)	6 (40,0)	0,023**
Ens. médio incompleto	9 (52,9)	0 (0,0)	
Ens. médio completo	1 (5,9)	2 (13,3)	
Renda [†] n (%)			
< 1	4 (23,5)	5 (33,3)	
> 1 até 2	7 (41,1)	7 (46,7)	0,265**
> 2 até 3	2 (11,8)	3 (20,0)	
> 3	4 (23,9)	0 (0,0)	

DP – Desvio-padrão; (*) Teste de Mann-Whitney; (**) Teste exato de Fisher; ([†]) Em salários-mínimos.

4.3 Características demográficas das crianças e adolescentes

A idade média das crianças e adolescentes com AIJ foi 9,76 anos (Desvio-padrão - DP = 2,86) e das crianças e adolescentes saudáveis, 10,67 anos (DP = 2,16), sem diferença estatisticamente significante entre a idade média dos dois grupos.

No grupo de estudo houve maior proporção de crianças e adolescentes do gênero feminino (76,5%), enquanto no grupo controle houve predomínio do gênero masculino (53,3%). No entanto, essa diferença também não foi significativa estatisticamente (Tabela 5).

4.4 Características clínicas das crianças e adolescentes

As formas de AIJ mais frequentemente apresentadas foram oligoarticular (47,1%) e sistêmica (29,4%). O tempo de duração da doença variou entre dois meses e nove anos, com

média de 4,06 anos. Metotrexato foi o medicamento mais usado, associado ao etanercepte (23,5%) ou como única medicação (17,6%). Quatro crianças desenvolveram complicações associadas à AIJ, sendo que uma delas apresentou duas complicações (Tabela 2).

Tabela 2 – Características clínicas das crianças e adolescentes.

Características	AIJ (n = 17)	Controles (n = 15)	p
Idade (anos) – média (DP) (variação)	9,8 (2,86) (6-14)	10,8 (2,16) (8-14)	0,329*
Gênero (feminino) – n (%)	13 (76,5)	7 (47,7)	0,144**
Subtipo de AIJ - n (%)			
Oligoarticular	8 (47,1)		
Persistente	7 (41,2)		
Estendida	1 (5,9)		
Sistêmica	5 (29,4)		
Poliarticular FR+	2 (11,8)		
Poliarticular FR-	2 (11,8)		
Tempo de doença – anos média (DP) (variação)	4,06 (3,17) (0,17 - 9,00)		
Medicamentos			
Metotrexato	7 (41,1)		
Etanercepte	4 (23,5)		
Naproxeno	2 (11,8)		
Ibuprofeno	1 (5,9)		
Ciclosporina	1 (5,9)		
Sem medicação	2 (11,8)		
Complicações			
Uveíte	3 (17,6)		
Baixa estatura	2 (11,8)		

(FR+) – Fator reumatoide positivo; (FR -) – Fator reumatoide negativo

4.5 Saúde bucal

Três crianças com AIJ não receberam avaliação odontológica devido ao não comparecimento ao HOUFU para participar dessa etapa do estudo. Duas delas apresentavam

AIJ oligoarticular e uma AIJ poliarticular FR+. Assim, a avaliação odontológica foi realizada em 14 crianças e adolescentes do grupo de estudo, distribuídos quanto ao tipo de AIJ da seguinte forma: cinco com AIJ oligoarticular persistente, cinco com AIJ sistêmica, dois com AIJ poliarticular FR-, um com AIJ poliarticular FR+ e um com AIJ oligoarticular estendida.

Na avaliação da condição de saúde bucal, observou-se que as crianças e adolescentes com AIJ apresentaram, em média, 0,6 dentes decíduos e 2,4 dentes permanentes cariados, restaurados ou perdidos devido à cárie. Quanto à condição periodontal, foi verificada neste grupo a ocorrência de sangramento gengival após sondagem em 10,9% dos sítios analisados.

Diferença significativa entre as crianças e adolescentes com AIJ e as crianças e adolescentes saudáveis ocorreu apenas em relação ao índice ceo-d ($p = 0,001$), sendo que o grupo controle apresentou maior experiência de cárie na dentição decídua, e quanto à frequência de sangramento gengival ($p = 0,002$), maior no grupo de estudo (Tabela 3).

Tabela 3 – Comparação entre os grupos quanto à condição de saúde bucal (média±DP).

	AIJ	Controles	<i>p</i>*
CPO-D	(n = 14) 2,4±2,62	(n = 15) 3,3±3,28	0,505
ceo-d	(n = 10) 0,6± 0,70	(n = 9) 4,4±3,84	0,001
IHOS	(n = 14) 2,1±0,46	(n = 15) 2,2±0,39	0,533
ISG	(n = 14) 10,9±10,80	(n = 15) 1,4±1,97	0,002

(*)Teste de Mann-Whitney

CPO-D – Índice de dentes permanentes cariados, perdidos ou restaurados

ceo-d – Índice de dentes decíduos cariados perdidos ou restaurados

IHOS – Índice de higiene oral simplificado

ISG – Índice de sangramento gengival

Ao analisar especificamente a experiência de cárie, não houve diferença significativa entre os grupos quanto à frequência de cada componente dos índices CPO-D e ceo-d, ou seja, diferença entre a proporção de dentes com cárie, dentes restaurados, ou dentes perdidos (Tabela 4).

Tabela 4 – Comparação entre a composição dos índices CPO-D e ceo-d.

Componente CPO-D e ceo-d	AIJ	Controles	p*
média (DP)			
Cariado	1,21 (1,25)	2,53 (3,42)	0,371
Perdido	0,07 (0,28)	0,20 (0,56)	0,780
Restaurado	1,64 (1,91)	3,20 (3,05)	0,201

DP – Desvio-padrão; (*) Teste de Mann-Whitney

A frequência de diagnóstico de DTM foi 50% e 46,7% para as crianças e adolescentes com AIJ e saudáveis, respectivamente, sem que existisse diferença significativa ($p = 1,000$; Teste exato de Fisher).

Nas crianças e adolescentes do grupo de estudo verificou-se mais frequentemente, por meio da utilização do RDC/TMD, sinais e sintomas indicativos de deslocamento do disco sem redução e sem abertura limitada (23,6%) e osteoartrose (23,6%), enquanto nas crianças e adolescentes do grupo controle, dor miofascial (26,7%) e osteoartrose (23,6%) foram mais comuns. Os diagnósticos identificados com o uso do RDC/TMD são mostrados na tabela 5.

Tabela 5 – Diagnósticos de disfunção temporomandibular.

Diagnóstico	AIJ n (%)*	Controles n (%)*
Artralgia	1 (5,9)	0 (0,0)
Deslocamento do disco com redução	1 (5,9)	0 (0,0)
Deslocamento do disco sem redução, com abertura limitada	2(11,8)	0 (0,0)
Deslocamento do disco sem redução, sem abertura limitada	4 (23,6)	0 (0,0)
Dor miofascial	0 (0,0)	4 (26,7)
Osteoartrose	4 (23,6)	4 (23,6)

* Número de articulações.

Entre as crianças e adolescentes com AIJ, maior ocorrência de DTM foi verificada entre aquelas com os subtipos poliarticular e sistêmico. No subtipo oligoarticular foi observada ocorrência de DTM apenas no paciente com a forma estendida (Tabela 6).

Tabela 6 – Frequência de DTM por subtipo de AIJ.

Tipo de AIJ	DTM n (%)
Oligoarticular	1(12,5)
Persistente	0 (0,0)
Estendida	1(100,0)
Sistêmico	3 (60,0)
Poliarticular FR+	1 (100,0)
Poliarticular FR-	2 (100,0)

(FR+) – Fator reumatoide positivo; (FR -) – Fator reumatoide negativo

A proporção de crianças e adolescentes que haviam recebido atendimento odontológico nos últimos seis meses foi superior entre aqueles com AIJ (42,9%) em relação aos controles (20,0%).

4.6 Avaliação da QVRSB

O instrumento de avaliação da QVRSB apresentou confiabilidade aceitável. O coeficiente alfa de Cronbach apresentou valor igual 0,77 para o questionário, variando entre 0,61 e 0,70 para as subescalas (Tabela 7).

Tabela 7 – Confiabilidade da consistência interna do SF:13 – B-PCPQ.

SF:13 – B-PCPQ	Número de itens	Alfa de Cronbach
Escala total	13	0,77
Subescalas		
Sintomas orais	3	0,62
Limitações Funcionais	4	0,61
Bem-estar	6	0,70

Quanto à QVRSB, as crianças e adolescentes com AIJ obtiveram menor escore total no SF:13 – B-PCPQ e nas subescalas “limitação funcional” e “bem-estar”, e maior pontuação na subescala “sintomas orais”.

A proporção de responsáveis que avaliaram a saúde bucal das crianças e adolescentes como ruim ou regular (primeira questão do SF:13 – B-PCPQ – Q1) foi menor no grupo de estudo. Contudo, essas diferenças não foram estatisticamente significativas.

Nos dois grupos a maioria dos participantes referiu que a condição de saúde bucal de suas crianças e adolescentes afetava pouco ou não afetava o seu bem-estar (segunda questão do SF:13 – B-PCPQ – Q2) (Tabela 8).

Tabela 8 – Comparação entre os grupos quanto à QVRSB.

SF 13: P-CPQ	AIJ	Controles	<i>p</i>
	Média (DP) (variação)		
Total	7,4 (7,83) (0 – 29)	8,3 (5,96) (0 – 19)	0,394*
Sintomas orais	2,5 (2,76) (0 – 9)	1,8 (1,69) (0 – 5)	0,737*
Limitações funcionais	2,9 (3,56) (0 – 11)	3,0 (3,21) (0 – 11)	0,823*
Bem-estar	1,9 (2,74) (0 – 9)	3,7 (3,58) (0 – 12)	0,123*
Q1 – n (%)			
Ruim ou regular	6 (35,3%)	10 (66,7%)	0,156**
Bom, muito bom ou excelente	11 (64,7%)	5 (33,3%)	
Q2 – n (%)			
De jeito nenhum ou um pouco	13 (76,5%)	11 (73,3%)	1,000**
Moderadamente ou bastante	4 (23,5%)	4 (26,7%)	

DP – Desvio-padrão; (*)Teste De Mann-Whitney; (**) Teste exato de Fisher.

Q1 – Como você avaliaria a saúde dos dentes, lábios, maxilares e da boca de sua criança?

Q2 – Até que ponto o bem-estar geral de sua criança é afetado pelas condições dos seus dentes, lábios, maxilares ou boca?

4.7 Correlação entre saúde bucal e QVRSB

Foi verificada existência de correlação moderada positiva entre o valor do índice CPO-D e os escores obtidos no SF:13 – B-PCPQ e em suas subescalas e entre o valor do ISG e o escore obtido na subescala sintomas orais. A correlação dos índices ceo-d, IHOS e ISG com os escores do SF:13 – B-PCPQ foi fraca. Nenhuma dessas correlações foi significativa estatisticamente (Tabela 9).

Com exceção da subescala “bem-estar”, as pontuações obtidas no questionário foram menores para as crianças e adolescentes com AIJ que apresentaram sinais e sintomas de DTM. Entretanto, as diferenças observadas entre essas e aquelas sem DTM não foram estatisticamente significativas (Tabela 10).

Tabela 9 – Correlação* entre o escore do SF:13 – B-PCPQ e os índices de saúde bucal.

Variáveis	CPO-D	ceo-d	IHOS	ISG
Escore total	0,36 (0,20)	-0,04 (0,90)	0,07 (0,80)	0,12 (0,68)
Sintomas orais	0,38 (0,18)	0,05 (0,89)	0,18 (0,53)	0,35 (0,22)
Limitações funcionais	0,51 (0,06)	-0,01 (0,97)	-0,09 (0,77)	0,08 (0,78)
Bem-estar	0,35 (0,22)	-0,01 (0,98)	0,02 (0,94)	-0,28 (0,33)

CPO-D – Índice de dentes permanentes cariados, perdidos ou restaurados

ceo-d – Índice de dentes decíduos cariados perdidos ou restaurados

IHOS – Índice de higiene oral simplificado

ISG – Índice de sangramento gengival

Tabela 10 – Comparação da QVRSB das crianças e adolescentes com AIJ em relação à presença de DTM

Variáveis	Diag. RDC		p*
	Sem DTM (n = 15)	Com DTM (n = 14)	
Escore total	9,6 (9,29) (0 – 29)	5,0 (7,39) (0 – 21)	0,165
Sintomas orais	4,4 (2,88) (0 – 9)	1,1 (2,19) (0 – 6)	0,053
Limitações funcionais	3,3 (3,81) (0 – 11)	1,7 (3,30) (0 – 9)	0,259
Bem-estar	1,8 (3,24) (0 – 9)	2,1 (2,74) (0 – 6)	0,901

DTM – Disfunção temporomandibular; DP – Desvio-padrão; (*) Teste de Mann-Whitney

5 DISCUSSÃO

No presente estudo verificou-se que crianças e adolescentes com AIJ não apresentam maior impacto na QVRSB do que crianças e adolescentes saudáveis. Ainda conforme a percepção dos responsáveis, a condição de saúde bucal das crianças e adolescentes apresentou pouco ou nenhum impacto sobre o seu bem estar.

A QVRSB de crianças e adolescentes com outras doenças ou condições crônicas, como paralisia cerebral (ABANTO et al., 2012) e AIDS (MASSARENTE et al., 2011) já foi estudada, tendo sido verificado impacto negativo do estado de saúde bucal em sua qualidade de vida. Conforme revisão bibliográfica, este é, no entanto, o primeiro estudo que trata da QVRSB de crianças e adolescentes com AIJ.

A diferença quanto à escolaridade dos responsáveis pode ter influenciado a avaliação da QVRSB. O papel da educação como um dos determinantes sociais da QVRS já foi constatado (KIVITS; ERPELDING; GUILLEMIN, 2013). A partir de uma revisão sobre a contribuição de fatores sociais para a QVRSB, Cohen-Carneiro, Souza-Santos e Rebelo (2011) verificaram que baixa escolaridade é também um dos aspectos mais claramente associados à percepção de impactos negativos na qualidade de vida provocados pelo estado de saúde bucal. Particularmente em relação à influência do nível escolar dos responsáveis, Piovesan et al. (2010) e De Paula et al. (2013) encontraram pior QVRSB entre crianças cujas mães tinham menor escolaridade. No presente estudo, os responsáveis pelas crianças e adolescentes com AIJ apresentaram nível de escolaridade mais elevado e isso pode ter contribuído para que eles, diferentemente do esperado, tivessem percepção de QVRSB menos prejudicada do que os responsáveis por crianças e adolescentes saudáveis.

A ausência de diferença na QVRSB também pode estar relacionada ao controle da atividade da doença nos componentes da amostra. Estudos mostraram melhora na QVRS de crianças e adolescentes com AIJ após o uso de metotrexato (CÉSPEDES-CRUZ et al. 2008) e etanercept (KLOTSCHE et al., 2014). Portanto, é possível que o controle da doença possa ter contribuído para a percepção de bem-estar na QVRSB.

As características clínicas dos participantes podem ter colaborado conjuntamente para esse resultado. O presente estudo contou com um número pequeno de crianças e adolescentes com a forma poliarticular de AIJ, que está frequentemente associada à ocorrência de alterações da saúde bucal, especialmente, o comprometimento da ATM (TWILT et al., 2004).

Na amostra estudada, a frequência de cada subtipo, exceto pela forma oligoarticular, foi diversa da prevalência relatada na literatura, havendo menor proporção de casos de AIJ

poliarticular FR- (11,8% no estudo contra 20%-25% relatados na literatura) e maior proporção de casos de AIJ sistêmica (29,4% contra 5%-10%) e poliarticular FR+ (11,8% contra 5%). Nenhum dos pacientes apresentou AIJ psoriática, artrite relacionada a entesite ou artrite indiferenciada, subtipos que ocorrem em 5%-10%, 5%-10% e 10% dos pacientes, respectivamente (GOWDIE; TSE, 2012).

Em virtude do número reduzido de crianças e adolescentes do grupo de estudo em cada categoria clínica, não foi possível verificar se há diferença quanto à QVRSB de acordo com o subtipo da doença.

Não foram observadas diferenças significativas quanto à condição de saúde bucal das crianças e adolescentes com AIJ e das crianças e adolescentes saudáveis. Também, de acordo com a percepção dos responsáveis não houve diferença quanto à condição de saúde bucal e o impacto desta no bem-estar das crianças e adolescentes.

Na avaliação da saúde bucal verificou-se que as crianças e adolescentes com AIJ apresentavam menos dentes decíduos cariados, restaurados ou perdidos. Ademais, sua experiência de cárie na dentição permanente e quantidade de placa bacteriana foram similares às das crianças e adolescentes saudáveis. No entanto, os indivíduos com AIJ tiveram maior índice de sangramento gengival.

Há na literatura divergência dos relatos quanto à experiência de cárie dentária na AIJ. Assim como no presente estudo, Leksell et al. (2008) não encontraram diferença entre os valores do índice CPO-D de indivíduos com AIJ e de seus pares saudáveis. No presente estudo, a assistência odontológica recebida por maior proporção de crianças e adolescentes com AIJ pode ter contribuído para que sua prevalência de cárie fosse menor do que a esperada.

Ahmed et al.(2004) observaram a ocorrência de mais cáries não tratadas em pacientes com a doença quando comparados a crianças e adolescentes com história de traumatismo dentoalveolar. Nesse trabalho, a mesma proporção de crianças e adolescentes em ambos os grupos havia recebido tratamento odontológico nos seis meses anteriores, de modo que a maior prevalência de cáries não tratadas nas crianças e adolescentes com AIJ pode indicar, segundo os autores, dificuldades para a realização de tratamento restaurador ou de aceitação do tratamento. No presente estudo, as crianças e adolescentes com AIJ apresentaram menos cáries não tratadas, porém não houve diferença significativa estatisticamente. Mais estudos controlados devem ser realizados para confirmar a prevalência de cárie associada à AIJ.

Segundo McGrath e Bedi (2001), indivíduos que recebem assistência odontológica regular percebem maior impacto da saúde bucal em sua qualidade de vida e este impacto

tende em ser positivo. Assim, o maior acesso das crianças e adolescentes com AIJ a atendimento odontológico pode ter colaborado para que estes tivessem também QVRSB menos comprometida.

A inexistência de diferença quanto à presença de placa bacteriana também já havia sido relatada anteriormente (AHMED et al., 2004), assim como a ocorrência mais frequente de sangramento gengival após sondagem nas crianças e adolescentes com AIJ (LEKSELL et al., 2008). Esses achados reforçam os indícios de que crianças e adolescentes com AIJ têm maior susceptibilidade de desenvolver doença periodontal, ainda que mantenham boa higiene bucal. Reichert et al. (2006) não encontraram, porém, maior ISG. Diante dessa divergência de resultados faz-se necessária uma maior investigação acerca da influência da AIJ sobre a condição periodontal.

Neste estudo, a prevalência de sinais e sintomas de DTM verificada no grupo com AIJ está de acordo com dados encontrados em outros estudos (BILLIAU et al., 2007; CANNIZZARO et al., 2011; KÜSELER et al., 1998; RÖNNING; VÄLIAHO; LAAKSONEN, 1974; TWILT et al., 2004).

A frequência de disfunção temporomandibular em cada subtipo apresenta variabilidade entre os estudos, provavelmente devido aos diferentes métodos de avaliação utilizados. Twilt et al. (2004) encontraram maior envolvimento da ATM em pacientes com AIJ oligoarticular estendida (75% dos pacientes com esse subtipo), sistêmica (67%) e poliarticular FR- (59%). Já Cannizzaro et al. (2011) relatam o acometimento da ATM em 61%, 35,7% e 51,9% nas formas oligoarticular estendida, sistêmica e poliarticular FR-, respectivamente. Neste estudo, foi encontrada frequência de DTM nos três pacientes com AIJ poliarticular (100%), no paciente com AIJ oligoarticular estendida (100%) em três pacientes com AIJ sistêmica (60,0%).

Neste estudo também foi observada elevada prevalência de alterações nas ATMs das crianças e adolescentes saudáveis avaliadas, estando a frequência encontrada também de acordo com a prevalência de DTM na infância descrita na literatura, que varia entre 16%, em crianças saudáveis com dentição decídua, e 90%, naquelas com dentição permanente (BARBOSA et al., 2008).

Diferentemente dos dois trabalhos citados anteriormente, neste estudo não foram utilizados exames de imagem para auxiliar na identificação do envolvimento da ATM. O diagnóstico de DTM foi realizado com base nos sinais e sintomas verificados com o uso do RDC/TMD. Este instrumento possibilita não apenas quantificar a presença de DTM, mas também classificá-la na população estudada, sendo considerado o padrão-ouro para a

avaliação clínica da ATM. Assim, foi identificada entre as crianças com AIJ maior ocorrência de DTM do tipo deslocamento do disco sem redução e sem abertura limitada e osteoartrose. Esses resultados foram diferentes dos encontrados por Ferraz, Devito e Guimarães (2012), que verificaram maior frequência de artralgia (56,7%) e deslocamento do disco com redução (16,7%). Considerando que muitos pacientes com DTM não apresentam sinais ou sintomas, especialmente no estágio inicial do comprometimento da ATM, recomenda-se a associação da avaliação clínica ao uso de exames radiológicos para a identificação e tratamento precoce da DTM, evitando maiores complicações na saúde bucal de crianças e adolescentes com AIJ.

A presença de DTM tem sido associada a impacto negativo na qualidade de vida relacionada à saúde bucal (BARBOSA et. al. 2011; DAHLSTRÖM; CARLSSON, 2011; JOHN et al., 2007). No presente estudo, entretanto, as crianças e adolescentes com AIJ que apresentaram sinais e sintomas de DTM não tiveram maior prejuízo na QVRSB do que aquelas sem DTM.

Ao analisarem a relação entre saúde bucal e a qualidade de vida de adolescentes, Biazevic et al. (2008) verificaram correlação positiva entre a presença de dentes cariados e a qualidade de vida relacionada à saúde bucal, avaliada com o uso do instrumento *Oral Health Impact Profile* (OHIP). Também foi observada ausência de correlação significativa entre o escore obtido no questionário e a condição periodontal dos adolescentes. No presente estudo não houve correlação significativa entre os indicadores de saúde bucal e a QVRSB, estando de acordo com o estudo de Gururatana, Baker e Robinson (2013), em que foi identificado que os fatores clínicos, incluindo presença de cáries não tratadas, maloclusão e a condição gengival, não estiveram consistentemente relacionados à qualidade de vida relacionada à saúde bucal.

Conforme sugerido por Barbosa e Gavião (2008c) em relação à avaliação da QVRSB de crianças de uma forma geral, parece existir relação entre a condição de saúde bucal e a QVRSB de crianças e adolescentes com AIJ, mas essa relação não é direta, sendo mediada por diversos fatores sociais, ambientais e culturais. Neste estudo, possíveis explicações para a ausência de correlação entre a condição de saúde bucal e a QVRSB podem ser o baixo nível de cárie e a possibilidade de a presença de sangramento gengival, embora em alto índice, provocar um pequeno impacto no bem-estar e na habilidade das crianças realizarem suas atividades diárias.

Assim como no presente estudo, a QVRSB de crianças e adolescentes tem sido frequentemente avaliada por meio de respondentes secundários, geralmente os pais ou responsáveis. Diante disso, surge a necessidade de considerações sobre a concordância entre

as crianças e adolescentes e seus responsáveis quanto ao impacto de sua condição de saúde bucal em seu bem-estar.

Jokovic et al. (2003) relatam boa concordância entre a avaliação da QVRSB de crianças e adolescentes com idade entre 11 e 14 anos realizada por eles mesmos e a avaliação realizada por suas mães. Entretanto, esses autores encontraram concordância apenas moderada em relação a aspectos emocionais e ligados ao bem-estar social, sugerindo uma maior dificuldade dos responsáveis em mensurar aspectos internos ou subjetivos associados à QVRSB.

Em estudo realizado com crianças e adolescentes brasileiros nessa mesma faixa etária, Ferreira et al. (2012) verificaram concordância fraca a moderada entre as mães e as crianças e adolescentes. Nesse estudo as crianças e adolescentes relataram um maior impacto em sua QVRSB do que suas mães, indicando que o conhecimento dos responsáveis acerca da influência da saúde bucal no bem-estar de seus filhos é possivelmente limitado. Além disso, foi observada também maior facilidade das mães em perceber aspectos objetivos, como sintomas orais e limitações funcionais.

De acordo com Barbosa e Gavião (2008b), instrumentos destinados a ser respondidos por crianças e adolescentes e aqueles que devem ser respondidos pelos seus responsáveis permitem medir realidades diferentes, mas complementares. Assim, mesmo que existam discrepâncias entre as avaliações realizadas direta e indiretamente, é importante considerar a percepção dos responsáveis, uma vez que eles são os principais envolvidos na tomada de decisões relacionadas à saúde das crianças e adolescentes e, consequentemente, à sua qualidade de vida. Por isso, neste estudo optou-se por avaliar a QVRSB indiretamente, utilizando um questionário respondido pelos pais ou cuidadores.

Neste estudo, o impacto da condição de saúde bucal na qualidade de vida foi avaliado por meio do uso de um instrumento específico de mensuração da QVRSB de crianças e adolescentes e esse instrumento apresentou confiabilidade aceitável.

Uma limitação importante do presente trabalho é o tamanho reduzido da amostra, o que restringe a universalização dos resultados obtidos. A realização de estudos com maior número de participantes, sobretudo com as formas com evolução poliarticular, e que incluam a percepção das próprias crianças e adolescentes poderá contribuir para uma melhor compreensão de como a condição de saúde bucal afeta a qualidade de vida de crianças e adolescentes com AIJ.

6 CONCLUSÕES

- De acordo com a percepção dos cuidadores, crianças e adolescentes com AIJ não apresentaram maior prejuízos na QVRSB do que crianças e adolescentes saudáveis.
- Crianças e adolescentes com AIJ não apresentaram pior condição de saúde bucal do que seus pares saudáveis, exceto pela ocorrência mais frequente de sangramento gengival.
- Não houve correlação entre a QVRSB de crianças e adolescentes com AIJ e sua condição de saúde bucal avaliada por meio da determinação dos índices CPO-D, ceod, IHOS e ISG e da presença de DTM.

REFERÊNCIAS

- ABANTO, J. et al. Parental reports of the oral health-related quality of life of children with cerebral palsy. **BioMed Central oral health**, London, v.18, p. 12-15, June. 2012.
- AHMED, N. et al. Oral health of children with juvenile idiopathic arthritis. **The Journal of Rheumatology**, Toronto, v. 31, n. 8, p. 1639-1643, Aug. 2004.
- AINAMO J, BAY I. Problems and proposals for recording gingivitis and plaque. **International Dental Journal**, London, v. 25, n. 4, p. 229-235, Dec. 1975.
- AMINE, B. et al. Health related quality of life survey about children and adolescents with juvenile idiopathic arthritis. **Rheumatology International**, Berlin, v. 29, n. 3, p. 275-279, Jan. 2009.
- ANESI, S.D.; FOSTER, C.S. Importance of recognizing and preventing blindness from juvenile idiopathic arthritis-associated uveitis. **Arthritis Care and Research**, Atlanta, v. 64, n. 5, p. 653-657, May. 2012.
- BARBOSA, T.S.; GAVIÃO, M.B. Oral health-related quality of life in children: part I. How well do children know themselves? A systematic review. **International Journal of Dental Hygiene**, Oxford, v. 6, n. 2, p. 93-99, May. 2008a.
- BARBOSA, T.S.; GAVIÃO, M.B. Oral health-related quality of life in children: part III. Is there agreement between parents in rating their children's oral health-related quality of life? A systematic review. **International Journal of Dental Hygiene**, Oxford, v. 6, n. 2, p. 108-113, May. 2008b.
- BARBOSA, T.S.; GAVIÃO, M.B. Oral health-related quality of life in children: part II. Effects of clinical oral health status. A systematic review. **International Journal of Dental Hygiene**, Oxford, v. 6, n. 2, p. 100-107. May. 2008c.
- BARBOSA, T.S. et al. Temporomandibular disorders and bruxism in childhood and adolescence: review of the literature. **International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology**, Amsterdam, v. 72, n. 3, p. 299-314, Mar. 2008.
- BARBOSA ,T.S. et al. Evaluating oral health-related quality of life measure for children and preadolescents with temporomandibular disorder. **Health and Quality of Life Outcomes**, London, v. 12, n. 9, p32. May 2011.
- BECHTOLD, S.; ROTH, J. Natural history of growth and body composition in juvenile idiopathic arthritis. **Hormone Research**, Basel, v. 72, p.13-19, Supplement I, Nov. 2009.
- BIAZEVIC, M.G. et al. Relationship between oral health and its impact on quality of life among adolescents. **Brazilian Oral Research**. São Paulo, v. 22, n.1, p.36-42, Jan-Mar. 2008.
- BILLIAU, A.D. et al. Temporomandibular joint arthritis in juvenile idiopathic arthritis: prevalence, clinical and radiological signs, and relation to dentofacial morphology. **The Journal of Rheumatology**, Toronto, v. 34, n. 9, p.1925-1933, Sep. 2007.

BORCHERS, A.T. et al. Juvenile idiopathic arthritis. **Autoimmunity Reviews**, Amsterdam, v. 5, n. 4, p.279-298, Apr. 2006.

BRABNIKOVA, M. K. Secondary osteoporosis in patients with juvenile idiopathic arthritis. **Journal of Osteoporosis**, New York, v. 20, Feb. 2011.

BREWER, E.J. et al. Current proposed revision of JRA Criteria. JRA Criteria Subcommittee of the Diagnostic and Therapeutic Criteria Committee of the American Rheumatism Section of The Arthritis Foundation. **Arthritis and Rheumatism**, Atlanta, v. 20, p.195-199, Supplement II, Mar. 1977.

BRODER, H.L. et al. Reliability and validity of the Child Oral Health Impact Profile. **J Dent Res** 2005; 83(Special Issue A):2652.

BURNHAM, J.M. et al. Childhood onset arthritis is associated with an increased risk of fracture: a population based study using the General Practice Research Database. **Annals of the rheumatic diseases**, London, v. 65, n. 8, p.1074-1079, Aug. 2006.

CANALIS, E. et al. Glucocorticoid-induced osteoporosis: pathophysiology and therapy. **Osteoporosis international**, London, v. 18, n. 10, p. 1319-1328, Oct. 2007.

CANNIZZARO, E. et al. Temporomandibular joint involvement in children with juvenile idiopathic arthritis. **The Journal of Rheumatology**, Toronto. v. 38, n. 3, p. 510-515, Mar. 2011.

CASSIDY, J.; et. al. Section on Rheumatology; Section on Ophthalmology. Ophthalmologic examinations in children with juvenile rheumatoid arthritis. **Pediatrics**, Evanston, v. 117, n. 5, p. 1843-1845, May. 2006.

CELIKER, R.; et. al. Factors playing a role in the development of decreased bone mineral density in juvenile chronic arthritis. **Rheumatology International**, Berlin, v. 23, n. 3, p.127-129, May. 2003.

CÉSPEDES-CRUZ, A. et al. Methotrexate improves the health-related quality of life of children with juvenile idiopathic arthritis. **Annals of the Rheumatic Diseases**, London, v. 67, n. 3, p. 309-314, Mar. 2008.

COHEN-CARNEIRO, F.; SOUZA-SANTOS, R.; REBELO, M.A. Quality of life related to oral health: contribution from social factors. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 1007-1015, Supplement I, 2011.

COMMITTEE of the American Rheumatism Section of The Arthritis Foundation. **Arthritis and Rheumatism**, Atlanta, v. 20, p. 195-199, Supplement II, Mar. 1977.

DAHLSTRÖM, L.; CARLSSON, G. E. Temporomandibular disorders and oral health-related quality of life. A systematic review. **Acta odontologica Scandinavica**, London, v. 68, n. 2, p. 80-85, Mar. 2010.

DAVIES, K. et al. BSPAR Standards of Care for children and young people with juvenile idiopathic arthritis. **Rheumatology (Oxford)**, Oxford, v. 49, n. 7, p. 1406-1408. July. 2010.

DE PAULA, J.S. et al. The impact of socioenvironmental characteristics on domains of oral health-related quality of life in Brazilian schoolchildren. **BioMed Central Oral Health**, London, v. 13, n.10 Jan. 2013. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6831-13-10.pdf>. Acesso em 04 Set. 2014

FALLOWFIELD, L. **What is quality of life?** Disponível em <http://www.medicine.ox.ac.uk/bandolier/painres/download/whatis/WhatisQOL.pdf>. Acesso em 13 Set. 2014.

FANTINI, F. et al. Remission in juvenile chronic arthritis: a cohort study of 683 consecutive cases with a mean 10 year followup. **The Journal of Rheumatology**, Toronto. v. 30, n. 3, p. 579-584, Mar. 2003.

FERRAZ, A.M. JR; DEVITO, K.L., GUIMARÃES, J.P. Temporomandibular disorder in patients with juvenile idiopathic arthritis: clinical evaluation and correlation with the findings of cone beam computed tomography. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology**, New York, v. 114, n. 3, p. 51-57, Sep. 2012.

FERREIRA, M.C. et al. Agreement between adolescents' and their mothers' reports of oral health-related quality of life. **Brazilian Oral Research**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 112-118, Mar-Apr. 2012.

FISHER, C.; SEN, D. Juvenile idiopathic arthritis: in adolescence and beyond. **British Journal of Hospital Medicine**, London, v. 73, n. 10, p.564-570, Oct. 2012.

GHERUNPONG S, TSAKOS G, SHEIHAM A. Developing and evaluating an oral health-related quality of life index for children; the CHILD-OIDP. **Community Dental Health**, London, v. 21, n. 2, p. 161-169, June 2004.

GOURSAND, D. et al. Development of a short form of the Brazilian Parental-Caregiver Perceptions Questionnaire using exploratory and confirmatory factor analysis. **Quality of Life Research**, Oxford , v. 22, n. 2, p. 393-402, Mar. 2012.

GOURSAND, D. et al. Measuring parental-caregiver perceptions of child oral health-related quality of life: psychometric properties of the Brazilian version of the P-CPQ. **Brazilian Dental Journal**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 2, p. 169-174, 2009.

GOWDIE, P.J.; TSE. S.M. Juvenile idiopathic arthritis. **Pediatric clinics of North America**, Philadelphia, v. 59, n. 2, p, 301-327, Apr. 2012.

GREENE, J. C.; VERMILLION, J. R. Simplified oral hygiene index. **The Journal of the American Dental Association**, Chicago, v.68, n.1, p.7-13, Jan. 1964.

GURURATANA, O.; BAKER, S.R.; ROBINSON, P.G. Determinants of children's oral-health related quality of life over time. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, Copenhagen, v. 42, p. 206-215, 2014.

GUTIÉRREZ-SUÁREZ, R. et al. Health-related quality of life of patients with juvenile idiopathic arthritis coming from 3 different geographic areas. The PRINTO multinational quality of life cohort study. **Rheumatology (Oxford)**, Oxford, v. 46, n. 2, p.314-320, Feb. 2007.

HASHKES, P.J.; LAXER, R.M. Medical treatment of juvenile idiopathic arthritis. **Journal of the American Medical Association**. v. 294, n. 13, p. 1671-1684. Oct. 2005.

HAVERMAN, L. et al. Predictors of health-related quality of life in children and adolescents with juvenile idiopathic arthritis: results from a Web-based survey. **Arthritis care and Research**, Atlanta, v. 64, n. 5, p. 694-703, May. 2012.

HEILIGENHAUS, A. et al. Prevalence and complications of uveitis in juvenile idiopathic arthritis in a population-based nation-wide study in Germany: suggested modification of the current screening guidelines. **Rheumatology (Oxford)**, Oxford, v. 46, n. 6, p. 1015-1019, June. 2007.

ISOQOL. What is health-related quality of life research? Disponível em <http://www.isoqol.org/about-isoqol/what-is-health-related-quality-of-life-research>. Acesso em 04 Set. 2014.

JOHN, M.T, et al. Oral health-related quality of life in patients with temporomandibular disorders. **Journal of Orofacial Pain**, Carol Stream, v. 21, n. 1, p. 46-54, 2007.

JOKOVIC, A. et al. Validity and reliability of a questionnaire for measuring child oral-health related quality of life. **Journal of Dental Research**, Washington, v. 81, n. 7, p. 459-463, July. 2002.

JOKOVIC, A. et al. Agreement between mothers and children aged 11-14 years in rating child oral health-related quality of life. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, Copenhagen, v. 31, n. 5, p. 335-343, Oct. 2003.

KIVITS, J.; ERPELDING, M.L.; GUILLEMIN, F. Social determinants of health-related quality of life. **Revue D'épidémiologie et de Santé Publique**, Paris, v. 61, p. 189-194, Supplement 3, Aug. 2013.

KLOTSCHE, J. et al. Improvement in Health-related Quality of Life for children with juvenile idiopathic arthritis after start of treatment with etanercept. **Arthritis Care and Research**, Hoboken, v. 66, n. 2, p. 253-262, Feb. 2014.

KÜSELER, A. et al. Contrast enhanced magnetic resonance imaging as a method to diagnose early inflammatory changes in the temporomandibular joint in children with juvenile chronic arthritis. **The Journal of Rheumatology**, Toronto. v. 25, n. 7, p. 1406-1412, July. 1998.

LEKSELL, E. et al. Intraoral condition in children with juvenile idiopathic arthritis compared to controls. **International Journal of Paediatric Dentistry**, Oxford, v. 18, n. 6, p. 423-433, Nov. 2008.

LIEN G. et al. Frequency of osteopenia in adolescents with early-onset juvenile idiopathic arthritis: a long-term outcome study of one hundred five patients. **Arthritis and Rheumatism**, Atlanta, v. 48, n. 8, p. 2214-2223, Aug. 2003.

LOCKER, D.; ALLEN, F. et al. What do measures of 'oral health-related quality of life' measure? **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, Copenhagen. v. 35, n. 6, p. 401-411, Dec. 2007.

LOCKER, D.; JOKOVIC, A.; TOMPSON, B. Health-related quality of life of children aged 11 to 14 years with orofacial conditions. **The Cleft Palate-craniofacial Journal**, Pittsburgh, v. 42, n. 3, p. 260-266, May. 2005.

MARTINI, A; LOVELL, D.J. Juvenile idiopathic arthritis: state of the art and future perspectives. **Annals of the Rheumatic Diseases**, London, v. 69, n. 7, p. 1260-1263, Jul 2010.

MCGRATH, C.; BEDI, R. Can dental attendance improve quality of life? **British Dental Journal**, London, v. 190, n. 5, p. 262-265, Mar. 2001.

McHORNEY, C. A. et al. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): III. Test of data quality, scaling assumptions, and reliability across diverse patient groups. **Medical Care**, Philadelphia, v. 32, n. 1, p. 40-66, Jan, 1994.

MANNERS, P.J.; BOWER, C. Worldwide prevalence of juvenile arthritis why does it vary so much? **The Journal of Rheumatology**, Toronto. v. 29, n. 7, p. 1520-1530, July. 2002.

MASSARENTE, D.B. et al. Oral health-related quality of life of paediatric patients with AIDS. **BioMed Central oral health**, London, v. 11, n. 2, Jan. 2011. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6831-11-2.pdf>, acesso em 04 Set. 2014.

MEHTA, A.; KAUR, G. Oral health-related quality of life—the concept, its assessment and relevance in dental research and education. **Indian Journal of Dentistry**, Haryana, v. 2, n. 2, May 2011.

MIRANDA, L.A. et al. Periodontal conditions in patients with juvenile idiopathic arthritis. **Journal of Clinical Periodontology**. Copenhagen, v. 30, n. 11, p. 969-974, Nov. 2003.

OLIVEIRA, S. et al. Proxy-reported health-related quality of life of patients with juvenile idiopathic arthritis: the Pediatric Rheumatology International Trials Organization multinational quality of life cohort study. **Arthritis and Rheumatism**, Atlanta, v. 57, n. 1, p. 35-43, Feb. 2007.

PACKHAM, J.C.; HALL, M.A. Long-term follow-up of 246 adults with juvenile idiopathic arthritis: functional outcome. **Rheumatology(Oxford)**, Oxford, v. 41, n. 12, p. 1444-1449, Dec. 2002.

PEREIRA JÚNIOR F.J. et al. Critérios de diagnóstico para pesquisa das disfunções temporomandibulares (RDC/TMD). Tradução oficial para a língua portuguesa. **Jornal Brasileiro de Clínica Odontológica Integrada**, Curitiba, v. 8, n. 47, p. 384-395, 2004.

PETTY, R.E. et al. International League of Associations for Rheumatology. International League of Associations for Rheumatology classification of juvenile idiopathic arthritis: second revision, Edmonton, 2001. **The Journal of Rheumatology**, Toronto. v. 31, n. 2, p. 390-392, Feb. 2004.

PIOVESAN, C. et al. Impact of socioeconomic and clinical factors on child oral health-related quality of life (COHRQoL). **Quality of Life Research**, Oxford, v. 19, n. 9, p.1359-1366, Nov. 2010.

PRAKKEN, B.; ALBANI, S.; MARTINI, A. Juvenile idiopathic arthritis. **Lancet**, London, v. 377, n. 9783, p. 2138-2149, June 2011.

RAVELLI, A; MARTINI, A. Juvenile idiopathic arthritis. **Lancet**, London, v. 369, n. 9563, p. 767-778, Mar. 2007.

REICHERT, S. et al. Is there a relationship between juvenile idiopathic arthritis and periodontitis? **Journal of Clinical Periodontology**, Copenhagen, v. 33, n. 5, p. 317-323, May. 2006.

RESTREPO, R.; LEE, E.Y. Epidemiology, pathogenesis, and imaging of arthritis in children. **The Orthopedic Clinics of North America**, Philadelphia, v. 43, n. 2, p. 213-225, Apr. 2012.

RÖNNING, O.; VÄLIAHO, M.L.; LAAKSONEN, A.L. The involvement of the temporomandibular joint in juvenile rheumatoid arthritis. **Scandinavian Journal of Rheumatology**, Stockholm, v. 3, n. 2, p.89-96, 1974.

SALEM, K.; ESHGHI, P. Dental health and oral health-related quality of life in children with congenital bleeding disorders. **Haemophilia**, Oxford, v. 19, n. 1, p. 65-70, Jan. 2013.

SAURENMANN, R.K. et al Epidemiology of juvenile idiopathic arthritis in a multiethnic cohort: ethnicity as a risk factor. **Arthritis and Rheumatism**, Atlanta, v. 56, n. 6, p. 1974-1984, June 2007.

SAURENMANN, R.K. et al. Prevalence, risk factors, and outcome of uveitis in juvenile idiopathic arthritis: a long-term followup study. **Arthritis and Rheumatism**, Atlanta, v. 56, n. 2, p. 647-657, Feb. 2007.

SAURENMANN, R.K. et al. Risk factors for development of uveitis differ between girls and boys with juvenile idiopathic arthritis. **Arthritis and Rheumatism**, Atlanta, v. 62, n. 6, p. 1824-1828, June 2010.

SAURENMANN, R. The difficult diagnosis of temporomandibular joint arthritis. **The Journal of Rheumatology**, Toronto, v. 39, n. 9, p. 1778-1780, Sep. 2012.

SAVIOLI, C. et al. Dental and facial characteristics of patients with juvenile idiopathic arthritis. **Revista do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo**, São Paulo. v. 59, n. 3, p. 93-98, Jun. 2004.

SEID, M. et al. Disease control and health-related quality of life in juvenile idiopathic arthritis. **Arthritis and Rheumatism**, Atlanta, v. 61, n. 3, p. 393-399, Mar. 2009.

SHAMRANY, M. Oral health-related quality of life: a broader perspective. **Eastern Mediterranean Health Journal**, Alexandria, v. 12, n. 6, p. 894-901, Nov. 2006.

SHAW, K.L. et al. Health-related quality of life in adolescents with juvenile idiopathic arthritis. **Arthritis and Rheumatism**, Atlanta, v. 55, n. 2, p.199-207, Apr. 2006.

SHEIHAM, A. Oral health, general health and quality of life. **Bulletin of the World Health Organization**, Geneva, v. 83, n. 9, p. 644, Sep. 2005.

SISCHO, L.; BRODER, H.L. Oral health-related quality of life: what, why, how, and future implications. **Journal of Dental Research**, Chicago, v. 90, n. 11, p. 1264-1270, Nov. 2011.

SIMON, D. Management of growth retardation in juvenile idiopathic arthritis. **Hormone Research**, Basel, v. 68, p. 122-125, Supplement 5, 2007.

SOCIEDADE brasileira de reumatologia. **Artrite idiopática juvenil**. Disponível em: <http://www.reumatologia.com.br/PDFs/Cartilha%20Artrite%20Idiop%C3%A1tica%20Juvenil.pdf>. Acesso em 31 ago. 2014

PAHEL, B.T.; ROZIER, R.G.; SLADE, G.D. Parental perceptions of children's oral health: the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 5, n. 6, Jan. 2007. Disponível em: <http://www.hqlo.com/content/pdf/1477-7525-5-6.pdf>, acesso em 04 Set. 2014.

TENGLAND, P.A. The goals of health work: Quality of life, health and welfare. **Medicine, Health Care, and Philosophy**, Dordrecht , v. 9, n. 2, p. 155-167, 2009.

THORNTON, J. et al. Bone health in adult men and women with a history of juvenile idiopathic arthritis. **The Journal of Rheumatology**, Toronto, v. 38, n. 8, p. 1689-1693, Aug. 2011.

TWILT, M. et al. Facioskeletal changes in children with juvenile idiopathic arthritis. **Annals of the Rheumatic Diseases**, London, v. 65, n. 6, p. 823-825, June 2006.

TWILT, M. et al. Incidence of temporomandibular involvement in juvenile idiopathic arthritis. **Scandinavian Journal of Rheumatology**, Stockholm, v. 36, n. 3, p.184-188, May. 2007.

TWILT, M. et al. Temporomandibular involvement in juvenile idiopathic arthritis. **The Journal of Rheumatology**, Toronto, v. 31, n. 7, p. 1418-1422, July. 2004.

UMŁAWSKA, W.; PRUSEK-DUDKIEWICZ, A. Growth retardation and delayed puberty in children and adolescents with juvenile idiopathic arthritis. **Archives of Medical Science**, Poland., v. 6, n. 1, p. 19-23, Mar. 2010.

WALTON, A.G. et al. Oral health and juvenile idiopathic arthritis: a review. **Rheumatology (Oxford)**, Oxford, v.39, n.5, p.550-555, May. 2000.

WELBURY, R.R. et al. Increased prevalence of dental caries and poor oral hygiene in juvenile idiopathic arthritis. **Rheumatology (Oxford)**, Oxford, v. 42, n. 12, p. 1445-1451, Dec. 2003.

WORLD Health Organization. **Oral health surveys**: basic methods. Geneva: World Health Organization, 1997. 93p.

WHOQOL Group. **The World Health Organization Quality of Life assessment WHOQOL**: position paper from the World Health Organization. Social Science and Medicine, New York, v. 41, n.10, p. 1403-1409, Nov. 1995

WOOD, P.H. Special meeting on nomenclature and classification of arthritis in children. **Basel: European League Against Rheumatism**, 1978. p. 47-50.

WORETA, F. et al. Risk factors for ocular complications and poor visual acuity at presentation among patients with uveitis associated with juvenile idiopathic arthritis. **American Journal of Ophthalmology**, Chicago, v. 143, n. 4, p. 647-655, Apr. 2007.

ANEXO A – Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA/MG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL

Pesquisador: CARLOS HENRIQUE MARTINS DA SILVA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 09060112.8.0000.5152

Instituição Proponente: Universidade Federal de Uberlândia/ UFU/ MG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 224.199

Data da Relatoria: 22/03/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo observacional transversal, de abordagem quantitativa. A pesquisa contará com as seguintes etapas: entrevista aos sujeitos, aplicação da versão brasileira curta do questionário Parental-Caregiver Perceptions Questionnaire, análise de prontuários e avaliação clínica odontológica. Pais/Responsáveis por crianças e adolescentes com artrite idiopática juvenil e idade entre seis e catorze anos, atendidos no ambulatório de Reumatologia Pediátrica do HCU-UFG, serão convidados a participar da pesquisa. Comporão a amostra 100 participantes, sendo 50 do grupo de estudo e 50 do grupo controle, formado por pais/responsáveis de crianças e adolescentes saudáveis na mesma faixa etária. Para os participantes do grupo de estudo, o convite será realizado na sala de espera do ambulatório de reumatologia pediátrica enquanto os pais/responsáveis e os pacientes aguardam pela consulta médica e, para os participantes do grupo controle, o convite será feito mediante contato por telefone, após análise das informações do cadastro dos pacientes atendidos no hospital odontológico para garantir que esse grupo apresente semelhança com o grupo de estudo no que se refere à distribuição por idade e por gênero. Em ambos os casos, na ocasião em que os sujeitos forem convidados, os mesmos serão esclarecidos quanto aos objetivos do estudo. Na primeira etapa da pesquisa, que será realizada ainda durante o contato feito na sala de espera, os sujeitos do grupo de estudo que concordarem em participar assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para sua participação e das crianças/adolescentes pelos quais são responsáveis; responderão ao questionário e serão

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica

Bairro: Santa Mônica

CEP: 38.408-144

UF: MG

Município: UBERLÂNDIA

Telefone: (34)3239-4131

Fax: (34)3239-4335

E-mail: cep@propp.ufu.br

entrevistados a fim de se coletar dados demográficos dos mesmos. Como parte do atendimento realizado pelo serviço de reumatologia pediátrica do HC-UFU, as crianças e adolescentes com artrite idiopática juvenil serão encaminhadas para consulta odontológica no HOUFU. Os pacientes que comparecerem a essa consulta, receberão avaliação odontológica na clínica de extensão em disfunção temporomandibular e dor orofacial do HOUFU. Para os sujeitos do grupo controle, a primeira e segunda etapas ocorrerão quando comparecerem a consultas de rotina no HOUFU agendadas por telefone e, nessa ocasião, também assinarão o TCLE para sua participação e de suas crianças/adolescentes, responderão ao questionário e serão entrevistados. Na avaliação odontológica das crianças e dos adolescentes serão investigados: a experiência de cárie (número de dentes cariados, extraídos e restaurados na dentição permanente e na dentição decidua); a higiene bucal; a inflamação gengival; a presença de maloclusões e a ocorrência de sinais de disfunção temporomandibular.

Serão incluídos na pesquisa pais/responsáveis com idade igual ou superior a 18 anos, que respondam legalmente por crianças/adolescentes com AIJ de idade entre seis e catorze anos atendidos no ambulatório de reumatologia pediátrica do HCU-UFU ou por crianças/adolescentes sem AIJ ou outras condições/doenças que possam afetar a saúde bucal e com idade entre seis e catorze anos atendidos no HO-UFU, que assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Serão excluídos da pesquisa pessoas que apresentem problemas cognitivos que impeçam a compreensão e a capacidade de responder aos itens do questionário. Aqueles que não quiserem receber a avaliação odontológica também serão excluídos da pesquisa. Os pesquisadores justificam a realização desta pesquisa, apontando que crianças e adolescentes com AIJ apresentam riscos significativos para o desenvolvimento de alterações da saúde bucal devido ao envolvimento da articulação temporomandibular (ATM), o efeito da doença no crescimento da mandíbula e na função mastigatória, a dificuldade para a higienização bucal quando há comprometimento de articulações dos membros superiores e o uso de medicação oral contendo açúcar. Isso faz com que pacientes com AIJ apresentem maior quantidade de placa bacteriana, sinais de doença periodontal, mais experiência de cárie, maior prevalência de problemas oclusais e mais sinais e sintomas de disfunção temporomandibular (DTM), entre eles a limitação de abertura bucal. Por sua vez, a saúde bucal comprometida pela ocorrência de infecções bucais pode representar um risco para infecções sistêmicas em pacientes com AIJ devido ao uso de imunossupressores necessários para o tratamento. Diversos trabalhos já demonstraram a correlação, na AIJ, entre a condição de saúde bucal e o estado de saúde geral, mas não se conhece exatamente o possível impacto dos problemas bucais relacionados à AIJ na qualidade de vida relacionada à

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA/MG



saúde bucal (QVRSB) dos portadores da doença, questão essa que se pretende investigar neste estudo.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a QVRSB de crianças e adolescentes com AIJ atendidas no Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia - HCU-UFG - a partir das percepções de seus pais/responsáveis.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os pesquisadores apontam como risco possível dano moral causado pela identificação dos mesmos. No entanto, se comprometem em tomar os devidos cuidados a fim de garantir o sigilo das identidades dos participantes, utilizando código numérico sequencial, de acordo com a ordem em que responderem ao questionário.

Os benefícios incluem a obtenção de informações sobre o reflexo das condições de saúde bucal de crianças e adolescentes com AIJ na sua vida diária, colaborando para um maior embasamento para a atenção odontológica destinada a esses indivíduos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem descrito, detalhado e justificado. Trata-se de uma pesquisa que pode trazer contribuições a crianças e adolescentes com artrite idiopática juvenil, uma vez que os resultados alcançados trarão embasamento sobre os cuidados odontológicos destinados a esses pacientes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram devidamente apresentados.

Recomendações:

Nenhuma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

No parecer consubstanciado do CEP/UFU no. 174.006, emitido em 14/12/2012, foram identificadas as seguintes pendências em relação ao protocolo:

- 1- Os participantes terão que se deslocar ao HO-UFG exclusivamente para participar da pesquisa. Sendo assim, os gastos com transporte dos participantes terão que ser arcados pelos pesquisadores e incluídos no orçamento do projeto.
- 2- Como os participantes terão custo de deslocamento para participar da pesquisa, incluir no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que esses gastos serão resarcidos pelos pesquisadores.
- 3- O nome da Profa. Dra. Marlete Ribeiro da Silva não foi incluído como parte da equipe executora do projeto. No entanto, ela assina o Termo de Compromisso da Equipe Executora e seu nome

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica

Bairro: Santa Mônica

CEP: 38.408-144

UF: MG

Município: UBERLÂNDIA

Telefone: (34)3239-4131

Fax: (34)3239-4335

E-mail: cep@propp.ufu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA/MG



figura em todos os termos de apresentação obrigatórios do projeto. É preciso, portanto, incluir o nome da pesquisadora no projeto.

Em resposta enviada pelo pesquisador responsável em 06/02/2013, foi esclarecido, em relação às pendências 1 e 2 que o encaminhamento dos pacientes com Artrite Idiopática Juvenil para a avaliação odontológica será feito conforme convênio do serviço de reumatologia pediátrica do HCU-UFU com o HO-UFU. Segundo o pesquisador, esses pacientes apresentam com frequência problemas de saúde bucal, sendo importante que recebam atenção odontológica e que sejam encaminhados para consultas especializadas como oftalmologia, fisioterapia, ortopedia, entre outras. As crianças e os adolescentes saudáveis cujos responsáveis compõem o grupo controle já são assistidas no hospital odontológico e também não irão ao HO-UFU somente para participar da pesquisa. Portanto, os participantes do grupo de estudo e do grupo controle não terão gastos com deslocamento para participarem exclusivamente da pesquisa. Foram realizadas as devidas correções no projeto, na seção de metodologia e o cronograma foi atualizado. Sobre a pendência 3, foi devidamente realizada a inclusão do nome da pesquisadora Profª. Dra. Marlete Ribeiro da Silva como membro da equipe executora da pesquisa na Plataforma Brasil.

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, o CEP manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

O protocolo não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Data para entrega de Relatório Final: fevereiro de 2014.

OBS.: O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DEVE SER INFORMADA IMEDIATAMENTE AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE E APROVAÇÃO DA MESMA.

O CEP/UFU lembra que:

a- segundo a Resolução 196/96, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos o relatório da pesquisa e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelo sujeito de pesquisa.

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica

Bairro: Santa Mônica

CEP: 38.408-144

UF: MG

Município: UBERLÂNDIA

Telefone: (34)3239-4131

Fax: (34)3239-4335

E-mail: cep@prop.ufu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA/MG



b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.

c- a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento a Resolução 196/96/CNS, não implicando na qualidade científica do mesmo.

Orientações ao pesquisador :

¿ O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

¿ O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata.

¿ O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel de o pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária ¿ ANVISA ¿ junto com seu posicionamento.

¿ Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res.251/97, item III.2.e). O prazo para entrega de relatório é de 120 dias após o término da execução prevista no cronograma do projeto, conforme norma.

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica

Bairro: Santa Mônica

CEP: 38.408-144

UF: MG

Município: UBERLÂNDIA

Telefone: (34)3239-4131

Fax: (34)3239-4335

E-mail: cep@propp.ufu.br

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada **“AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL”** sob a responsabilidade dos pesquisadores Prof. Dr. Carlos Henrique Martins da Silva, Profª. Drª. Marlete Ribeiro da Silva, Débora Rejane dos Santos e Kelly Santos Ramos.

Nesta pesquisa nós queremos saber como você acha que a qualidade de vida de crianças e adolescentes com artrite idiopática juvenil é afetada pela saúde bucal deles.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pela pesquisadora Débora Rejane dos Santos na sala de espera do ambulatório de reumatologia do Hospital de Clínicas de Uberlândia da Universidade Federal de Uberlândia (HCU-UFU) enquanto você e seu/sua filho(a) aguardam pela consulta médica, ou na sala de espera do Hospital Odontológico da Universidade Federal de Uberlândia (HOUFU).

Na sua participação, você responderá a um questionário sobre o impacto de problemas de saúde bucal sobre o bem estar de seu/sua filho(a). Além disso, você responderá a algumas perguntas feitas pelos pesquisadores como, por exemplo, sua idade, grau de escolaridade, onde mora e sua profissão; esses dados só farão parte desta pesquisa, e você não será identificado em nenhum momento.

Para evitar o mínimo risco de você ou seu/sua filho(a) ser identificado(a), os questionários serão identificados por números. Os resultados dessa pesquisa serão publicados e mesmo assim a sua identidade será preservada.

Você não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar na pesquisa.

O benefício desta pesquisa se refere à obtenção de informações que ampliarão o conhecimento sobre o impacto das condições de saúde bucal de crianças e adolescentes com artrite idiopática juvenil na sua vida diária, colaborando para um maior embasamento para atenção odontológica destinada a eles.

Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação.

Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você.

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com:

Profº Dr. Carlos Henrique Martins da Silva: Universidade Federal de Uberlândia – Faculdade de Medicina – Departamento de Pediatria – RG: 7981958 (SSP-SP) – CPF: 301.856.536-34 - Avenida Pará, 1720 – Bloco 2H – Campus Umuarama – CEP: 38405-382 – Uberlândia – MG - Telefone: (34) 3218-2264

Marlete Ribeiro da Silva: Universidade Federal de Uberlândia – Faculdade de Odontologia – Área de Prótese Fixa e Oclusão – CPF: 255.527.671-87 - Av. Pará, nº 1720 - Bloco 4L - Anexo B - Campus Umuarama – CEP 38400-902 – Uberlândia – MG – Telefone (34) 3218-2222.

Débora Rejane dos Santos: Universidade Federal de Uberlândia – Faculdade de Medicina – Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde RG: 12.101.231 (IIPC-MG) – CPF: 085.878.646-02 - Avenida Pará, 1720 – Bloco 2H – Campus Umuarama – CEP: 38400-902 – Uberlândia – MG - Telefone: (34) 3218-2389.

Kelly Santos Ramos: Universidade Federal de Uberlândia – Faculdade de Odontologia – Área de Prótese Fixa e Oclusão – CPF: 038.091.281-39- Av. Pará, nº 1720 - Bloco 4L - Anexo B - Campus Umuarama – CEP 38400-902 – Uberlândia – MG – Telefone (34) 3218-2131.

Poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética na Pesquisa com Seres-Humanos – Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, Campus Santa Mônica – Uberlândia – MG, CEP: 38408-100; fone: 34-32394131

Uberlândia, dede 20.....

Assinatura do pesquisador

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Participante da pesquisa

ANEXO B – Versão Brasileira Curta do Parental-Caregiver Perceptions Questionnaire**QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À
SAÚDE BUCAL****VERSÃO BRASILEIRA CURTA DO P-CPQ (SHORT FORM OF THE
BRAZILIAN P-CPQ)****RELATO DOS PAIS/RESPONSÁVEL**

VALIDADO NO BRASIL POR: Daniela Goursand; Meire Coelho Ferreira; Isabela Almeida Pordeus; Sueli Aparecida Mingoti; Ricardo Teixeira Veiga e Saul Martins Paiva

Goursand D, Ferreira MC, Pordeus IA, Mingoti SA, Veiga RT, Paiva SM. Development of a short form of the Brazilian Parental-Caregiver Perceptions Questionnaire using exploratory and confirmatory factor analysis. Qual Life Res. 2012. DOI: 10.1007/s11136-012-0145-3.

INSTRUÇÕES

1. Este questionário trata dos efeitos das condições bucais no bem-estar diário de sua criança. Estamos interessados em qualquer condição que envolva os dentes, lábios, boca e maxilares. Por favor, responda a todas as perguntas.
2. Leia cada questão cuidadosamente e pense nas experiências de sua criança nos últimos 3 meses quando for respondê-las.
3. Para responder à pergunta, por favor, coloque um X no espaço para resposta.
4. Por favor, marque a resposta que melhor descreva a experiência de sua criança.
Se a pergunta não se aplicar a sua criança, por favor, responda “nunca”.
Exemplo: Com que frequência sua criança teve dificuldades para prestar atenção na sala de aula? Se sua criança teve dificuldades para prestar atenção à aula, na escola, devido a problemas com seus dentes, lábios, boca ou maxilares, escolha a resposta apropriada. Se isto aconteceu por outro motivo, escolha “nunca”.

- () Nunca
- () Uma ou duas vezes
- () Algumas vezes
- () Freqüentemente
- () Todos os dias ou quase todos os dias
- () Não sei

5. Por favor, não converse sobre as perguntas com sua criança, pois neste questionário nós estamos interessados apenas na opinião dos pais/responsável.

Data: ____ / ____ / ____

TEMPO: _____

SEÇÃO 1: SAÚDE BUCAL E BEM-ESTAR GERAL

1. Como você avaliaria a saúde dos dentes, lábios, maxilares e da boca de sua criança?

() Excelente () Muito boa () Boa () Regular () Ruim

2. Até que ponto o bem-estar geral de sua criança é afetado pelas condições dos seus dentes, lábios, maxilares ou boca?

() De jeito nenhum () Um pouco () Moderadamente
() Bastante () Muitíssimo

SEÇÃO 2: AS PERGUNTAS SEGUINTESTRATAM DOS SINTOMAS E DESCONFORTOS QUE SUA CRIANÇA PODE APRESENTAR DEVIDO ÀS CONDIÇÕES DE SEUS DENTES, LÁBIOS, BOCA E MAXILARES

Nos últimos 3 meses, com que frequência sua criança teve:

1. Dor nos dentes, lábios, maxilares ou boca?

() Nunca () Uma ou duas vezes () Algumas vezes
() Frequentemente () Todos os dias ou quase todos os dias
() Não sei

2. Gengivas sangrantes?

() Nunca () Uma ou duas vezes () Algumas vezes
() Frequentemente () Todos os dias ou quase todos os dias
() Não sei

3. Feridas na boca?

() Nunca () Uma ou duas vezes () Algumas vezes
() Frequentemente () Todos os dias ou quase todos os dias
() Não sei

4. Dificuldade para morder ou mastigar alimentos como maçãs, espiga de milho ou carne?

- () Nunca () Uma ou duas vezes () Algumas vezes
() Frequentemente () Todos os dias ou quase todos os dias
() Não sei

Nos últimos 3 meses, por causa dos seus dentes, lábios, boca e maxilares, com que frequência sua criança:

5. Respirou pela boca?

- () Nunca () Uma ou duas vezes () Algumas vezes
() Frequentemente () Todos os dias ou quase todos os dias
() Não sei

6. Teve problemas para dormir?

- () Nunca () Uma ou duas vezes () Algumas vezes
() Frequentemente () Todos os dias ou quase todos os dias
() Não sei

7. Teve dificuldades para beber ou comer alimentos quentes ou frios?

- () Nunca () Uma ou duas vezes () Algumas vezes
() Frequentemente () Todos os dias ou quase todos os dias
() Não sei

**SEÇÃO 3: AS PERGUNTAS SEGUINTESTRATAM DOS EFEITOS QUE AS
CONDIÇÕES DOS DENTES, LÁBIOS, BOCA E MAXILARES DE SUA CRIANÇA
PODEM TER SOBRE OS SEUS SENTIMENTOS E AS SUAS ATIVIDADES
DIÁRIAS**

Nos últimos 3 meses, por causa dos seus dentes, lábios, boca e maxilares, com que frequência sua criança esteve:

8. Irritada ou frustrada?

- () Nunca () Uma ou duas vezes () Algumas vezes
() Frequentemente () Todos os dias ou quase todos os dias
() Não sei

Nos últimos 3 meses, por causa dos seus dentes, lábios, boca e maxilares, com que frequência sua criança:

9. Agiu de modo timido, constrangido ou com vergonha?

- () Nunca () Uma ou duas vezes () Algumas vezes
() Frequentemente () Todos os dias ou quase todos os dias
() Não sei

10. Ficou preocupada por achar que sua aparência não é tão boa como a das outras pessoas?

- () Nunca () Uma ou duas vezes () Algumas vezes
() Frequentemente () Todos os dias ou quase todos os dias
() Não sei

11. Não quis falar ou ler em voz alta em sala de aula?

- () Nunca () Uma ou duas vezes () Algumas vezes
() Frequentemente () Todos os dias ou quase todos os dias
() Não sei

12. Evitou sorrir ou dar risada na companhia de outras crianças?

- () Nunca () Uma ou duas vezes () Algumas vezes
() Frequentemente () Todos os dias ou quase todos os dias
() Não sei

13. Foi alvo de brincadeiras ou apelidos por parte de outras crianças?

- () Nunca () Uma ou duas vezes () Algumas vezes
() Frequentemente () Todos os dias ou quase todos os dias
() Não sei

SEÇÃO 4: IDADE E GÊNERO DA CRIANÇA

Sua criança é do sexo:

- () Masculino () Feminino

Data de nascimento: _____ / _____ / _____

Idade: _____ anos

O questionário foi preenchido por:

- () Mãe () Pai () Outro: _____

OBRIGADO (A) POR SUA PARTICIPAÇÃO.

APÊNDICE B – Roteiro para Entrevista dos Participantes e Análise de Prontuário

DADOS DA ENTREVISTA DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Número do sujeito: _____

Dados do sujeito:

Idade: _____ *Gênero:* F M

Estado civil: União estável Sim Não

Renda Familiar: _____

Procedência: _____

Cor/raça: Amarela

Religião/crença: Católica

Branca

Evangélica

Parda

Espírita

Preta

Umbanda e candomblé

Indígena

Outra _____

Sem declaração

Sem religião

Não sabe/não declarou

Escolaridade:

1. Não estudou

5. Ensino médio completo

2. Ensino fundamental incompleto

6. Ensino superior incompleto

3. Ensino fundamental completo

7. Ensino superior completo

4. Ensino médio incompleto

Grau de parentesco com a criança/adolescente:

Mãe Pai Avó (ô) Irmã (ao) Outro: _____

DADOS DA ANÁLISE DE PRONTUÁRIOS

Dados da criança/adolescente:

Idade: _____ *Gênero:* F M

Diagnóstico de artrite idiopática juvenil:

Não

Sim *Tipo:* Sistêmica

- Oligoarticular
- Oligoarticular estendida
- Poliarticular fator reumatoide positivo
- Poliarticular fator reumatoide negativo

Idade da criança/adolescente em que foi feito o diagnóstico: _____

Duração da doença: _____

Presença de complicações da doença:

Não Sim: _____

Tratamento medicamentoso:

Não Sim *Medicamentos:* _____

Presença de comorbidades:

Não Sim *Qual:* _____

Grau de parentesco com a criança/adolescente:

Mãe Pai Avó (ô) Irmã (ao) Outro: _____

APÊNDICE C – Ficha de Avaliação odontológica

FICHA DE AVALIAÇÃO ODONTOLÓGICA

Pesquisa: Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal de Crianças e Adolescentes com Artrite Idiopática Juvenil

Cárie dentária – CPO-D/ ceo-d

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

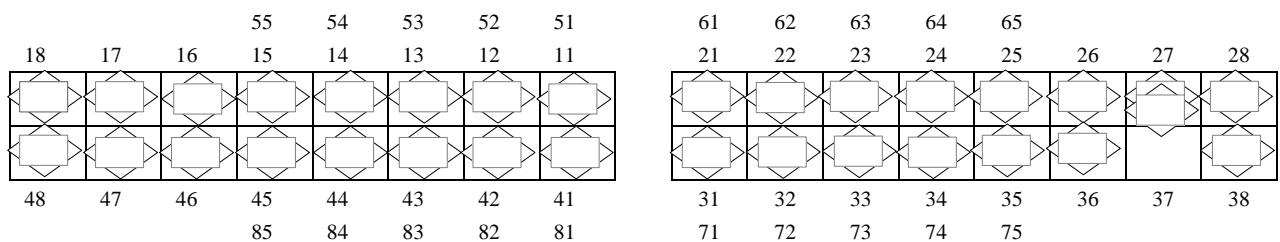
CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS E CÓDIGOS USADOS NO CPO-D /ceo-d		
Dentes decíduos	Dentes permanentes	CONDIÇÃO
A	0	Sadio
B	1	Cariado
C	2	Restaurado com cárie
D	3	Restaurado sem cárie
E	4	Perdido por cárie
-	5	Perdido por outras razões
F	6	Selante
G	7	Apoio de ponte, coroa ou faceta/implante
-	8	Dente não erupcionado/ coroa não exposta
T	T	Trauma
-	9	Sem registro

Higiene Bucal – Índice de Higiene Oral Simplificado

Dentes índice	Escore Placa	Escore Tártaro
16(Vestibular)		
11(Vestibular)		
26(Vestibular)		
36(Lingual)		
31(Vestibular)		
46(Lingual)		
Sub-índice (média)		
Índice (soma)		

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS E CÓDIGOS USADOS NO IHOS	
CONDIÇÃO	CÓDIGO
Inexistência de placa e tártaro	0
Placa e/ou tártaro cobrindo não mais de 1/3 da superfície dental	1
Placa e/ou cobrindo mais de 1/3 da superfície dental, mas não mais de 2/3 da superfície dental	2
Placa cobrindo mais de 2/3 da superfície dental	3
Dente ausente	X

Inflamação Gengival – Índice de Sangramento Gengival



Porcentagem de sítios com sangramento: _____

Assistência odontológica

O paciente recebeu atendimento odontológico nos últimos seis meses?

Sim Não

ANEXO C – Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders

EXAME CLÍNICO									
<p>1. Você tem dor no lado direito da sua face, lado esquerdo ou ambos os lados?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Nenhum <input type="checkbox"/> 1 Direito <input type="checkbox"/> 2 Esquerdo <input type="checkbox"/> 3 Ambos</p>									
<p>2. Você poderia apontar as áreas onde você sente dor?</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 50%;">Direito</td> <td style="width: 50%;">Esquerdo</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 0 Nenhuma <input type="checkbox"/> 1 Articulação <input type="checkbox"/> 2 Músculos <input type="checkbox"/> 3 Ambos</td> <td><input type="checkbox"/> 0 Nenhuma <input type="checkbox"/> 1 Articulação <input type="checkbox"/> 2 Músculos <input type="checkbox"/> 3 Ambos</td> </tr> </table>		Direito	Esquerdo	<input type="checkbox"/> 0 Nenhuma <input type="checkbox"/> 1 Articulação <input type="checkbox"/> 2 Músculos <input type="checkbox"/> 3 Ambos	<input type="checkbox"/> 0 Nenhuma <input type="checkbox"/> 1 Articulação <input type="checkbox"/> 2 Músculos <input type="checkbox"/> 3 Ambos				
Direito	Esquerdo								
<input type="checkbox"/> 0 Nenhuma <input type="checkbox"/> 1 Articulação <input type="checkbox"/> 2 Músculos <input type="checkbox"/> 3 Ambos	<input type="checkbox"/> 0 Nenhuma <input type="checkbox"/> 1 Articulação <input type="checkbox"/> 2 Músculos <input type="checkbox"/> 3 Ambos								
<p>3. Padrão de abertura:</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Reto <input type="checkbox"/> 1 Desvio lateral direito (não corrígido) <input type="checkbox"/> 2 Desvio lateral direito corrígido ("S") <input type="checkbox"/> 3 Desvio lateral esquerdo (não corrígido) <input type="checkbox"/> 4 Desvio lateral esquerdo corrígido ("S") <input type="checkbox"/> 5 Outro tipo _____ (Especifique)</p>									
<p>4. Extensão de movimento vertical</p> <p>Incisivo superior utilizado <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 28</p> <p>a. Abertura sem auxílio sem dor <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mm</p> <p>b. Abertura máxima sem auxílio <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mm</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 50%;">Dor Muscular</td> <td style="width: 50%;">Dor Articular</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 0 Nenhuma <input type="checkbox"/> 1 Direito <input type="checkbox"/> 2 Esquerdo <input type="checkbox"/> 3 Ambos</td> <td><input type="checkbox"/> 0 Nenhuma <input type="checkbox"/> 1 Direito <input type="checkbox"/> 2 Esquerdo <input type="checkbox"/> 3 Ambos</td> </tr> </table> <p>c. Abertura máxima com auxílio <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mm</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 50%;">Dor Muscular</td> <td style="width: 50%;">Dor Articular</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 0 Nenhuma <input type="checkbox"/> 1 Direito <input type="checkbox"/> 2 Esquerdo <input type="checkbox"/> 3 Ambos</td> <td><input type="checkbox"/> 0 Nenhuma <input type="checkbox"/> 1 Direito <input type="checkbox"/> 2 Esquerdo <input type="checkbox"/> 3 Ambos</td> </tr> </table> <p>d. Trespasso Incisal vertical <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mm</p>		Dor Muscular	Dor Articular	<input type="checkbox"/> 0 Nenhuma <input type="checkbox"/> 1 Direito <input type="checkbox"/> 2 Esquerdo <input type="checkbox"/> 3 Ambos	<input type="checkbox"/> 0 Nenhuma <input type="checkbox"/> 1 Direito <input type="checkbox"/> 2 Esquerdo <input type="checkbox"/> 3 Ambos	Dor Muscular	Dor Articular	<input type="checkbox"/> 0 Nenhuma <input type="checkbox"/> 1 Direito <input type="checkbox"/> 2 Esquerdo <input type="checkbox"/> 3 Ambos	<input type="checkbox"/> 0 Nenhuma <input type="checkbox"/> 1 Direito <input type="checkbox"/> 2 Esquerdo <input type="checkbox"/> 3 Ambos
Dor Muscular	Dor Articular								
<input type="checkbox"/> 0 Nenhuma <input type="checkbox"/> 1 Direito <input type="checkbox"/> 2 Esquerdo <input type="checkbox"/> 3 Ambos	<input type="checkbox"/> 0 Nenhuma <input type="checkbox"/> 1 Direito <input type="checkbox"/> 2 Esquerdo <input type="checkbox"/> 3 Ambos								
Dor Muscular	Dor Articular								
<input type="checkbox"/> 0 Nenhuma <input type="checkbox"/> 1 Direito <input type="checkbox"/> 2 Esquerdo <input type="checkbox"/> 3 Ambos	<input type="checkbox"/> 0 Nenhuma <input type="checkbox"/> 1 Direito <input type="checkbox"/> 2 Esquerdo <input type="checkbox"/> 3 Ambos								

5. Ruidos articulares (palpação)

a. abertura

Direito		Esquerdo	
<input type="checkbox"/> 0 Nenhum			
<input type="checkbox"/> 1 Estalido			
<input type="checkbox"/> 2 Crepitação grosseira			
<input type="checkbox"/> 3 Crepitação fina			
<input type="checkbox"/> mm	<input type="checkbox"/> mm	<input type="checkbox"/> mm	<input type="checkbox"/> mm
(Medida do estalido na abertura)			

b. Fechamento

Direito		Esquerdo	
<input type="checkbox"/> 0 Nenhum			
<input type="checkbox"/> 1 Estalido			
<input type="checkbox"/> 2 Crepitação grosseira			
<input type="checkbox"/> 3 Crepitação fina			
<input type="checkbox"/> mm	<input type="checkbox"/> mm	<input type="checkbox"/> mm	<input type="checkbox"/> mm
(Medida do estalido no fechamento)			

c. Estalido recíproco eliminado durante abertura protrusiva

Direito		Esquerdo	
<input type="checkbox"/> 0 Não			
<input type="checkbox"/> 1 Sim			
<input type="checkbox"/> 2 NA			
(NA: Nenhuma das opções acima)			

6. Excursões

a. Excursão lateral direita mm

Dor Muscular		Dor Articular	
<input type="checkbox"/> 0 Nenhuma			
<input type="checkbox"/> 1 Direito			
<input type="checkbox"/> 2 Esquerdo			
<input type="checkbox"/> 3 Ambos			

b. Excursão lateral esquerda mm

Dor Muscular		Dor Articular	
<input type="checkbox"/> 0 Nenhuma			
<input type="checkbox"/> 1 Direito			
<input type="checkbox"/> 2 Esquerdo			
<input type="checkbox"/> 3 Ambos			

c. Protrusão mm

Dor Muscular		Dor Articular	
<input type="checkbox"/> 0 Nenhuma			
<input type="checkbox"/> 1 Direito			
<input type="checkbox"/> 2 Esquerdo			
<input type="checkbox"/> 3 Ambos			

d. Desvio da linha média mm

Direito

Esquerdo

NA

(NA: Nenhuma das opções acima)

7. Ruidos articulares nas excursões

Ruidos direito

	Nenhum	Estalido	Crepitação grosselha	Crepitação fina
7.a Excursão Direita	0	1	2	3
7.b Excursão Esquerda	0	1	2	3
7.c Protrusão	0	1	2	3

Ruidos esquerdo

	Nenhum	Estalido	Crepitação grosselha	Crepitação fina
7.d Excursão Direita	0	1	2	3
7.e Excursão Esquerda	0	1	2	3
7.f Protrusão	0	1	2	3

INSTRUÇÕES, ITENS 8-10

O examinador irá palpar (tocando) diferentes áreas da sua face, cabeça e pescoço. Nós gostaríamos que você indicasse se você não sente dor ou apenas sente pressão (0), ou dor (1-3). Por favor, classifique o quanto de dor você sente para cada uma das palpações de acordo com a escala abaixo. Marque o número que corresponde a quantidade de dor que você sente. Nós gostaríamos que você fizesse uma classificação separada para as palpações direita e esquerda.

0 = Somente pressão (sem dor)

1 = dor leve

2 = dor moderada

3 = dor severa

	Direita				Esquerda			
8. Dor muscular extraoral com palpação	0	1	2	3	0	1	2	3
a. Temporal posterior (1,0 Kg.) "Parte de trás da tímpana (atrás e imediatamente acima das orelhas)."*	0	1	2	3	0	1	2	3
b. Temporal médio (1,0 Kg.) "Melo da tímpana (4 a 5 cm lateral à margem lateral das sobrancelhas)."*	0	1	2	3	0	1	2	3
c. Temporal anterior (1,0 Kg.) "Parte anterior da tímpana (superior à fossa infratemporal e imediatamente acima do processo zigomático)."*	0	1	2	3	0	1	2	3
d. Masseter superior (1,0 Kg.) "Bochecha acima do zigoma (começa 1 cm a frente da ATM e imediatamente abaixo do arco zigomático, palpando o músculo anteriormente)."*	0	1	2	3	0	1	2	3
e. Masseter médio (1,0 Kg.) "Bochecha lado da face (palpe da borda anterior descendo até o ângulo da mandíbula)."*	0	1	2	3	0	1	2	3
f. Masseter inferior (1,0 Kg.) "Bochecha linha da mandíbula (1 cm superior e anterior ao ângulo da mandíbula)."*	0	1	2	3	0	1	2	3
g. Região mandibular posterior (estilo-hióideo/ região posterior do digástrico) (0,5 Kg.) "Mandíbula/ região da garganta (área entre a inserção do estenocleidomastóideo e borda posterior da mandíbula. Palpe imediatamente medial e posterior ao ângulo da mandíbula)."*	0	1	2	3	0	1	2	3
h. Região submandibular (ptengóideo medial/ supra-hióideo/ região anterior do digástrico) (0,5 Kg.) "Abaixo da mandíbula (2 cm a frente do ângulo da mandíbula)."*	0	1	2	3	0	1	2	3
9. Dor articular com palpação	0	1	2	3	0	1	2	3
a. Polo lateral (0,5 Kg.) "Por fora (anterior ao trago e sobre a ATM)."*	0	1	2	3	0	1	2	3
b. Ligamento posterior (0,5 Kg.) "Dentro do ouvido (pressione o dedo na direção anterior e medial enquanto o paciente está com a boca fechada)."*	0	1	2	3	0	1	2	3
10. Dor muscular intraoral com palpação	0	1	2	3	0	1	2	3
a. Área do ptengóideo lateral (0,5 Kg.) "Acima dos molares superiores (coloque o dedo mínimo na margem alveolar acima do último molar superior. Mova o dedo para distal, para cima e em seguida para medial para palpar)."*	0	1	2	3	0	1	2	3
b. Tendão do temporal (0,5 Kg.) "Tendão (com o dedo sobre a borda anterior do processo coronóide, move-o para cima. Palpe a área mais superior do processo)."*	0	1	2	3	0	1	2	3