UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BAURU

ANGELA XAVIER MONTEIRO

Relação do medo, dor, ansiedade e condições de saúde bucal com o acesso aos serviços de saúde bucal e qualidade de vida de adolescentes

BAURU
2013

ANGELA XAVIER MONTEIRO

Relação do medo, dor, ansiedade e condições de saúde bucal com o acesso aos serviços de saúde bucal e qualidade de vida de adolescentes

Tese apresentada a Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências no Programa de Ciências Odontológicas Aplicadas, na área de concentração Odontologia em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. José Roberto de Magalhães Bastos

Versão corrigida

BAURU
2013

M764r

Monteiro, Angela Xavier
Relação do medo, dor, ansiedade e condições de saúde bucal com o acesso aos serviços de saúde bucal e qualidade de vida de adolescentes / Angela Xavier Monteiro. – Bauru, 2013.
177 p. : il. ; 31cm.

Tese (Doutorado) – Faculdade de Odontologia de Bauru. Universidade de São Paulo

Orientador: Prof. Dr. José Roberto de Magalhães Bastos

Nota: A versão original desta tese encontra-se disponível no Serviço de Biblioteca e Documentação da Faculdade de Odontologia de Bauru – FOB/USP.

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação/tese, por processos fotocopiadores e outros meios eletrônicos.

Assinatura:

Data:

Comitê de Ética da FOB-USP
Protocolo nº: 174/2011
Data: 01/12/2011

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho às pessoas mais importantes em minha vida,

Meu marido **Diogo**, minha alma gêmea, meu companheiro, que com todo seu amor, sabedoria e paciência tem sido meu maior incentivador nesta jornada. Amo você.

À minha mãe **Ana Maria**, uma guerreira, que dedicou sua vida à formação de seus filhos e com muito amor sempre me ensinou a caminhar com dignidade acima de tudo; tenho muito orgulho em perceber que me torno cada vez mais parecida com você.

De forma especial dedico este trabalho ao meu sobrinho **Pedro Xavier Neves***,* um adolescente com o coração maior que o mundo, cheio de sonhos, que no pouco tempo em que tivemos o privilégio de tê-lo em nossas vidas, nos ensinou o verdadeiro sentido do amor, da simplicidade e a valorizar as coisas que realmente importam, valores que vou carregar por toda a minha existência. Pedro, você sempre estará em meu coração, te amarei eternamente.

Cada pessoa que passa em nossa vida é única e nenhuma substitui a outra! Cada pessoa que passa em nossa vida não nos deixa só porque deixa um pouco de si e leva um pouquinho de nós. Essa é a mais bela responsabilidade da vida e a prova de que as pessoas não se encontram por acaso.

Charles Chaplin

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a **Deus** por ter me dado o dom da vida e guiado meus passos para seguir em frente e concretizar este sonho.

À minha mãe **Ana Maria,**

Quem sempre me ensinou a ser uma pessoa verdadeira e forte em todos os aspectos da vida, sem perder a ternura. Meu amor por você é eterno.

Ao **Antônio**,

Por ter sido um grande incentivador ao meu ingresso na Saúde Coletiva, graças a você que esta jornada iniciou.

À **Tia Glory,**

Por sempre estar ao meu lado desde os primeiros passos, e com seu amor me ajudou a me tornar a pessoa que sou hoje.

Ao meu amado marido **Diogo**,

Por me ajudar a ser uma pessoa cada vez melhor, por me mostrar a vida sob uma óptica que eu não conseguia ver, por estar sempre ao meu lado, incondicionalmente; estaremos sempre unidos, nosso amor me dá forças para seguir em frente.

Aos meus irmãos **Ana Cristina**, **Ricardo** e **Julia**, agradeço por todo carinho, paciência e cuidado que sempre tiveram comigo; estaremos sempre juntos.

Aos meus cunhados(a) **Marcelo**, **Edilaine** e **Renato**, pela paciência, carinho e compreensão, vocês são meus irmãos de coração.

Aos meus queridos sobrinhos, **Luan**, **Cauê**, **Lucas**, **Caio**, **Isabel**, **Ana Beatriz** e **Pedro**, pela paciência e por compreender os imensos momentos de ausência e distância. Amo vocês.

Ao meu orientador **Prof. Dr. José Roberto de Magalhães Bastos**,

Serei eternamente grata por todos os ensinamentos que me proporcionou, pela confiança em meu trabalho e pelos preciosos conselhos. Tenho uma profunda admiração e respeito pela pessoa maravilhosa que o Senhor é e por tudo que representa para a Odontologia.

À **Profª. Drª. Magali de Lourdes Caldana**,

A quem tenho muita admiração e afeto, me proporcionou a oportunidade de fazer parte do “Projeto USP em Rondônia”, pelo qual tenho um enorme carinho, onde eu pude ter muito aprendizado e exercer o verdadeiro significado da saúde coletiva.

Ao **Prof. Dr. Roosevelt da Silva Bastos**,

A quem tenho muita amizade e admiração, sou muito grata pelos ensinamentos, oportunidades e momentos de descontração.

À **Profa. Dra. Silvia Helena de Carvalho Sales Peres**

A quem tenho muito respeito e admiração, agradeço por todos os ensinamentos e crescimento que me proporcionou.

Ao **Prof. Dr. Arsênio Sales Peres,**

Pelos ensinamentos e por sempre estar disposto a dar conselhos e mostrar os caminhos a serem seguidos.

Aos professores **Prof. Dr. Heitor Marques Honório** e **Profa. Dra. Patrícia Abreu Pinheiro Crenitte,**

Pela contribuição valiosa a este trabalho e a quem possuo grande estima.

Ao **Prof. Dr. José Roberto Pereira Lauris**,

Um exemplo de serenidade, pela imensa paciência e por trazer luz aos momentos de escuridão.

Aos queridos **Fábio** e **Cris**,

Com quem tive a oportunidade de trabalhar em muitos momentos. A amizade de vocês será lembrada para sempre, vocês são um modelo a ser seguido.

Aos amigos **Haroldo** e **Patrícia**,

Um casal maravilhoso, com quem tive a oportunidade de conviver, trabalhar e aprender a ter um olhar mais crítico em relação a vida.

Aos meus queridos amigos **Aline**, **Adriana**, **Rafael, Cristina**, **Juliane, Suzana**, **Águeda** e **Joana** com tive a honra de poder ter vários momentos maravilhosos de amizade, trabalho e compartilhamento. A amizade de vocês é muito importante para mim.

Aos amigos **Elen**, **Thaisa**, **Andrea, Maristela** e **Edu** pelo companheirismo, trabalho e momentos de descontração. Vocês moram em meu coração.

Aos funcionários do Departamento de Saúde Coletiva, **Sílvia**, **Rosa** e **Marta** que com sua eterna paciência e dedicação estiveram ao meu lado nos momentos de dificuldade. O trabalho de vocês é imprescindível.

À **Maristela Petenuci Ferrari**, por todo apoio e conselhos nos momentos de correria.

Aos **voluntários** que participaram desta pesquisa, aos quais sem a colaboração este trabalho não seria concluído.

À Universidade de São Paulo por meio do reitor **Prof. Dr. João Grandino Rodas** e à Faculdade de Odontologia de Bauru por meio de seu diretor **Prof. Dr. José Carlos Pereira** por ter feito parte de uma preciosa etapa de minha formação.

À Comissão de Pós Graduação da Faculdade de Odontologia de Bauru em nome de seu presidente **Prof. Dr. Paulo César Rodrigues Conti**

À instituição de fomento **CAPES** pelo auxilio financeiro,

Muito Obrigada!

Se não puderes ser um pinheiro no topo de uma colina,
sê um arbusto no vale, mas sê
o melhor arbusto à margem do regato.
Sê um ramo, se não puderes ser uma árvore
Se não puderes ser um ramo, sê um pouco de relva
e dá alegria a algum caminho.

Se não puderes ser uma estrada,
sê apenas uma senda,
Se não puderes ser o Sol, sê uma estrela.
Não é pelo tamanho que terás êxito ou fracasso...
Mas sê o melhor no que quer que sejas.

Pablo Neruda

RESUMO

A presente pesquisa teve por objetivo avaliar a relação entre as condições de saúde bucal, a dor, o medo e a ansiedade odontológica, com o acesso aos serviços de saúde bucal e com a qualidade de vida de adolescentes. Para a realização deste estudo transversal de investigação observacional a amostra foi composta por 256 adolescentes entre 15 e 19 anos de idade matriculados em escolas públicas do município de Agudos, SP. Para avaliar as condições de saúde bucal foram utilizados os Índices CPOD para cárie dentária, Índice de Dean para fluorose, Índice Periodontal Comunitário para condição periodontal e Índice de Estética Dental para má oclusão, utilizando-se os códigos e critérios recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Além disso, foi utilizado o Modified Dental Anxiety Scale para avaliar a ansiedade odontológica, o Dental Fear Survey para avaliar o medo odontológico, o questionário de Goes para avaliar a dor de dente, questionário de acesso aos serviços de saúde bucal e o OHIP 14 para avaliar a influência de saúde bucal na qualidade de vida. O teste Mann Whitney foi utilizado para avaliar a diferença entre os grupos sexo e etnia e o teste Kruskall Wallis foi utilizado para avaliar a diferença entre as idades, quanto às condições de saúde bucal, ansiedade e medo. O teste qui quadrado foi utilizado para avaliar a associação entre os grupos na dor e acesso aos serviços de saúde bucal. Para avaliar a relação entre a ansiedade, o medo e a dor de dente, as condições de saúde bucal com a qualidade de vida e com o acesso aos serviços de saúde bucal foi utilizado o teste de correlação de Spearman ($p<0,05$). Foi encontrado um CPOD médio de 3,09 com maior expressividade do componente restaurado (2,45); foi observado um percentual de 3,91% de adolescentes com fluorose muito leve. A condição periodontal mais prevalente foi o cálculo dentário com 32,03%. Em relação à má oclusão, 27,73% dos adolescentes apresentaram-se com má oclusão definida, com necessidade de tratamento eletivo. Foi encontrado 76,56% de adolescentes com baixa ansiedade e 83,98% com baixo medo odontológico; a dor de dente nos últimos 6 meses foi observada em 32,42% dos adolescentes. Cerca de 61,72% dos adolescentes consultaram o dentista a menos de 1 ano e 40,23% realizaram a consulta no serviço público de saúde. Foram encontrados 74,22% de adolescentes com impacto fraco das condições de saúde bucal na qualidade de vida, e relação entre o componente cariado (R=0,149) e perdido (R=0,192) do CPOD, medo (R=0,359), dor (R=0,221) e ansiedade (R=0,239) com a influência das condições de saúde bucal na qualidade

de vida dos adolescentes, contudo a relação encontrada foi fraca. Com a realização deste estudo, observou-se uma fraca relação entre o a cárie dentária, o medo, a dor a ansiedade com a qualidade de vida dos adolescentes.

Palavras-chave: Qualidade de vida. Acesso aos serviços de saúde. Saúde bucal. Adolescente.

ABSTRACT

Relationship of fear, pain, anxiety and oral health with access to oral health services and quality of life of adolescents

This study aimed to assess the relationship between oral health status, pain, fear and dental anxiety, with access to oral health services and quality of life of adolescents. To carry out this observational cross-sectional study the sample consisted of 256 adolescents between 15 and 19 years old enrolled in public schools in the municipality of Agudos, SP. To assess the oral health conditions were used DMFT index for dental caries, Dean index for dental fluorosis, Community Periodontal Index for periodontal status and the Dental Aesthetic Index for malocclusion, using codes and criteria recommended by the World Health Organization (WHO). In addition, it was used the Modified Dental Anxiety Scale to assess anxiety dentistry, the Dental Fear Survey to assess the dental fear, the Goes questionnaire to evaluate the toothache, the access to oral health services questionnaire and OHIP 14 to assess the impact of oral health on quality of life. The Mann Whitney test was used to evaluate the difference between sex and ethnic groups and Kruskal-Wallis test was used to assess the difference between the ages, regarding oral health conditions, anxiety and fear. The chi square test was used to assess association between the groups in pain and access to oral health services. To evaluate the relationship between anxiety, fear, toothache and the oral health status with quality of life and with access to oral health services was used Spearman correlation test ($p < 0.05$). It was found an DMFT average of 3.09 with greater expressiveness of the filled component (2.45). There was a percentage of 3.91% of adolescents with very mild fluorosis. The most prevalent periodontal status was dental calculus with 32.03%. In relation to malocclusion, 27.73% of the adolescents presented with defined malocclusion requiring elective treatment. It was found 76.56% of the adolescents with low anxiety and 83.98% with low dental fear; tooth pain in the last 6 months was observed in 32.42% of the adolescents. About 61.72% of the adolescents visiting a dentist at unless 1 year and 40.23% conducted a consultation in public service. It was found 74.22% of the adolescents with weak impact of oral health on quality of life and it was observed relationship between the decayed (r=0,149) and missing (r=0,192) component of DMFT, fear (r=0,359), pain (r=0,221) and anxiety (r=0,239) with the influence of oral health on quality life of the adolescents, however the

influence observed was weak. With this study, it was observed weak relationship between dental caries, fear, pain and anxiety with the adolescents' quality of life.

Key words: Quality of life. Health services accessibility. Oral health. Adolescent.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- FIGURAS

Figura 1 - Mapa do município de Agudos, SP..... 70

Figura 2 - Sonda periodontal preconizada pela Organização Mundial da Saúde para condução dos exames..... 76

Figura 3 - Demonstração dos códigos do Índice Periodontal Comunitário..... 79

Figura 4 - Medição dos desalinhamentos anteriores do maxilar com a sonda periodontal..... 82

Figura 5 - Medição do overjet anterior maxilar e mandibular com a sonda periodontal..... 83

Figura 6 - Medição da mordida aberta vertical anterior com sonda periodontal..... 83

Figura 7 - Avaliação da relação molar anteroposterior..... 84

- GRÁFICOS

Gráfico 1 - Impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida, Agudos, SP, 2012..... 109

Gráfico 2 - Impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida de acordo com a idade, Agudos, SP, 2012..... 109

Gráfico 3 - Impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida de acordo com o gênero, Agudos, SP, 2012..... 110

Gráfico 4 - Impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida de acordo com a etnia, Agudos, SP, 2012..... 110

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Frequência absoluta dos termos de consentimento distribuídos e frequências absoluta e relativa de adolescentes examinados nas Escolas Estaduais, Agudos, SP, 2012..... 71

Tabela 2 - Frequência absoluta e relativa dos adolescentes que participaram da pesquisa de acordo com a idade, sexo e etnia, Agudos, SP, 2012..... 89

Tabela 3 - Distribuição do CPOD e componentes e desvio padrão (dp) de acordo com a idade, sexo, etnia, Agudos, SP, 2012..... 90

Tabela 4 - Desigualdade na distribuição da cárie dentária de acordo com a idade, sexo , etnia, Agudos, SP, 2012..... 91

Tabela 5 - Necessidades de tratamento de acordo com a idade, sexo, etnia, Agudos, SP, 2012..... 92

Tabela 6 - Índice de fluorose de acordo com a idade, sexo e etnia, Agudos, SP, 2012..... 93

Tabela 7 - Frequência absoluta e relativa do índice periodontal comunitário de acordo com os grupos de dentes examinados, Agudos, SP, 2012..... 93

Tabela 8 - Frequência absoluta e relativa do Índice Periodontal Comunitário por individuo examinado de acordo com a idade, sexo e etnia, Agudos, SP, 2012..... 94

Tabela 9 - Frequência absoluta e relativa do apinhamento de acordo com a idade, sexo e etnia, Agudos, SP, 2012..... 95

Tabela 10 - Frequência absoluta e relativa do diastema de acordo com a idade, sexo e etnia, Agudos, SP, 2012..... 95

Tabela 11 - Overjet maxilar de acordo com a idade, sexo e etnia, Agudos, SP, 2012..... 96

Tabela 12 - Frequência absoluta e relativa da relação molar de acordo com o gênero, sexo e etnia, Agudos, SP, 2012..... 96

Tabela 13 - Frequência absoluta e relativa da severidade e necessidade de tratamento da má oclusão de acordo com a idade, sexo e etnia, Agudos, SP, 2012..... 97

Tabela 14 - Frequência absoluta e relativa do grau de ansiedade, de acordo com a idade, sexo e etnia, Agudos, SP, 2012..... 98
Tabela 15 - Frequência absoluta e relativa do medo odontológico de acordo com a idade, sexo e etnia, Agudos, SP, 2012..... 9
Tabela 16 - Frequência absoluta e relativa dos adolescentes que já tiveram dor de dente na vida, de acordo com a idade, sexo e etnia, Agudos, SP, 2012..... 100
Tabela 17 - Frequência absoluta e relativa dos adolescentes que tiveram dor de dente nos últimos seis meses, de acordo com a idade, sexo e etnia, Agudos, SP, 2012..... 100
Tabela 18 - Frequência absoluta e relativa da duração da dor de dente de acordo com a idade, sexo e etnia, Agudos, SP, 2012..... 101
Tabela 19 - Frequência absoluta e relativa da intensidade da dor de dente de acordo coma idade, Agudos, SP, 2012..... 101
Tabela 20 - Frequência absoluta e relativa da causa da dor de dente (buraco no dente, comi/bebi alimentos quentes/frios, mastiguei alimentos duros, perdi um dente, um novo dente aparecendo) de acordo com a idade, sexo e etnia, Agudos, SP, 2012..... 102
Tabela 21 - Frequência absoluta e relativa da causa da dor de dente (restaurei um dente, fiz tratamento de canal, extração, dente quebrou) de acordo com o gênero, sexo e etnia Agudos, SP, 2012..... 102
Tabela 22 - Frequência absoluta e relativa do período da última consulta com o dentista de acordo com a idade, sexo e etnia, Agudos, SP, 2012..... 103
Tabela 23 - Frequência absoluta e relativa dos adolescentes que tiveram consulta com o dentista nos últimos seis meses, de acordo com a idade, sexo e etnia, Agudos, SP, 2012..... 104
Tabela 24 - Frequência absoluta e relativa do local onde foi feito o primeiro atendimento odontológico, de acordo com a idade, sexo e etnia, Agudos, SP, 2012..... 104

Tabela 25 - Frequência absoluta e relativa dos adolescentes que conseguiram atendimento odontológico na primeira procura de acordo com a idade, sexo e etnia, Agudos, SP, 2012..... 105
Tabela 26 - Frequência absoluta e relativa do motivo pelo qual os adolescentes não conseguiram atendimento na primeira procura, de acordo com a idade, Agudos, SP, 2012..... 106
Tabela 27 - Frequência absoluta e relativa dos atendimentos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com a idade, sexo e etnia, Agudos, SP, 2012..... 107
Tabela 28 - Frequência absoluta e relativa do motivo da última consulta odontológica de acordo com a idade, Agudos, SP, 2012..... 107
Tabela 29 - Média e desvio padrão (dp) da influência da saúde bucal na qualidade de vida e domínios de acordo com o gênero, sexo e etnia, Agudos, SP,2012..... 108
Tabela 30 - Correlação de Spearman entre o CPOD e componentes com a influência da saúde bucal na qualidade de vida e domínios, Agudos, SP, 2012..... 111
Tabela 31 - Correlação de Spearman entre a ansiedade, medo, dor de dente com a influência da saúde bucal na qualidade de vida e domínios, Agudos, SP, 2012..... 112
Tabela 32 - Correlação de Spearman entre o acesso ao serviço de saúde bucal e a influência da saúde bucal na qualidade de vida e domínios, Agudos, SP, 2012..... 113
Tabela 33 - Correlação de Spearman entre o acesso ao serviço de saúde bucal e o CPOD e componentes, Agudos, SP, 2012..... 113
Tabela 34 - Correlação de Spearman entre a ansiedade, medo, dor de dente com o acesso aos serviços de saúde bucal, Agudos, SP, 2012..... 114

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Instrumentos de avaliação da qualidade de vida relacionada a saúde bucal de crianças e adolescentes..... 50
Quadro 2 - Modelo de dimensões analíticas da categoria de acesso aos serviços de saúde..... 52
Quadro 3 - Questões do questionário OHIP 14 e suas dimensões..... 74
Quadro 4 - Códigos e Critérios para condições preconizadas pela OMS..... 76
Quadro 5 - Códigos e critérios para necessidade de tratamento preconizado pela OMS..... 76
Quadro 6 - Códigos e Critérios para o Índice de fluorose..... 78
Quadro 7 - Índice de fluorose dentária da comunidade..... 79

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

CPOD	Cariado, Perdido, Obturado, Dente
SUS	Sistema Único de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life
CHQ	Child Health Questionnaire
OHIP	Oral Health Impact Profile
GOHAI	Geriatric Oral Health Assessment Index
OIDP	Oral Impacts on Daily Performance
OHRQL	Oral Health Related Quality of Life
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPC	Índice Periodontal Comunitário
DAI	Dental Aesthetic Índex
OHIP	Oral Health Impact Profile

SUMÁRIO

1	**INTRODUÇÃO**	39
2	**REVISÃO DE LITERATURA**	45
2.1	QUALIDADE DE VIDA	47
2.1.2	**Qualidade de vida e saúde bucal**	48
2.2	ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE	51
2.2.1	**Acesso aos Serviços de saúde bucal**	53
2.3	MEDO E ANSIEDADE	55
2.4	DOR DE DENTE	56
2.5	CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DOS ADOLESCENTES	57
3	**PROPOSIÇÃO**	63
3.1	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	65
4	**MATERIAL E MÉTODOS**	67
4.1	ASPECTOS ÉTICOS	69
4.2	OPÇÃO METODOLÓGICA	69
4.3	CÁLCULO DA AMOSTRA	69
4.4	**POPULAÇÃO DE ESTUDO**	70
4.5	ETAPAS DE ESTUDO	71
4.5.1	**Calibração dos examinadores**	71
4.5.2	**Apresentação do Projeto e distribuição dos Termos de consentimento**	72
4.5.3	**Avaliação epidemiológica**	72
4.5.3.1	Questionário de ansiedade odontológica	72
4.5.3.2	Questionário de medo	73
4.5.3.3	Questionário de dor	73
4.5.3.4	Questionário de acesso aos serviços de saúde bucal	74
4.5.3.5	Questionário de influência de condições de saúde bucal na qualidade de vida	74
4.5.3.6	Exames Clínicos	75
4.5.4	**Análise estatística**	84
5	**RESULTADOS**	87
5.1	DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA	89

5.2 CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL 89
5.2.1 **Cárie dentária** 89
5.2.2 **Fluorose** 92
5.2.3 **Doença Periodontal** 93
5.2.4 **Má oclusão** 94
5.3 ANSIEDADE E MEDO ODONTOLÓGICO 97
5.4 DOR DE DENTE 99
5.5 ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL 103
5.6 QUALIDADE DE VIDA 108
5.7 CORRELAÇÃO DE SPEARMAN 111
5.7.1 **Correlação entre condições de saúde bucal, medo, dor e ansiedade odontológica com a qualidade de vida** 111
5.7.2 **Correlação entre condições de saúde bucal, medo, dor e ansiedade odontológica e qualidade de vida com o acesso aos serviços de saúde bucal** 112
6 **DISCUSSÃO** 115
6.1 CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL 117
6.2 ANSIEDADE E MEDO ODONTOLÓGICO 120
6.3 DOR DE DENTE 122
6.4 ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL 123
6.5 QUALIDADE DE VIDA 125
7 **CONCLUSÕES** 129
REFERÊNCIAS 133
APÊNDICES 147
ANEXOS 153

1 Introdução

1 INTRODUÇÃO

Tem-se observado substancial melhora nos padrões de saúde bucal em diversos países do mundo nos últimos 30 anos, especialmente em relação a cárie dentária; este fato também pôde ser verificado no Brasil, onde a expressiva redução na prevalência da doença tem sido constatada por meio de estudos epidemiológicos conduzidos em 1986, 1996, 2003 e em 2010 (Gushi et al 2005; Gushi et al, 2008). Na pesquisa realizada em 1986 foi encontrado um índice CPOD de 6,7 e em 2003 um índice de 2,8 em escolares de 12 anos de idade, observando-se um declínio de 61,7%; em 2010, foi encontrado um CPOD de 2,1, demonstrando um declínio de 26% nos últimos 7 anos. Em relação aos adolescentes de 15 a 19 anos de idade, no período de 2003 a 2010, foi encontrada uma redução no CPOD de 6,1 para 4,2, correspondendo a uma queda de 30%. (BRASIL,1988; BRASIL, 2004; BRASIL, 2011).

A despeito destes fatos, a cárie ainda permanece como um dos agravos de maior prevalência em nosso meio, visto que a melhoria nos níveis globais dos indicadores da doença foi acompanhada pelo fenômeno de polarização, a qual se caracteriza pela concentração de maiores percentuais da doença em pequenos grupos populacionais (BALDANI; NARVAI; ANTUNES, 2002). A identificação destes grupos polarizados e o direcionamento de ações educativas, preventivas e assistenciais representam um grande desafio para o sistema público de saúde brasileiro, o que torna a realização de levantamentos epidemiológicos atividade fundamental para a equipe de saúde bucal (GALINDO et al, 2005).

Para que ocorram melhorias nos indicadores de saúde bucal um dos fatores determinantes é o acesso aos serviços de saúde odontológicos, no entanto, persistem dificuldades no acesso por expressiva parcela da população brasileira. Este fato pode ser explicado por diversos fatores, assim como nível socioeconômico e educacional, alto custo dos serviços particulares e deficiências na disponibilidade do serviço de saúde bucal nas unidades básicas de saúde. A demanda aos serviços públicos odontológicos ainda é elevada, sendo o setor privado responsável por uma parcela significativa da cobertura a esses serviços (BOTTAN et al, 2008; ROCHA; GOES, 2008).

Os resultados do Levantamento Epidemiológico Nacional realizado no Brasil em 2010 demonstraram um panorama de acesso aos serviços de saúde bucal dos adolescentes de 15 a 19 anos ainda insatisfatório, onde 13,60% nunca foram ao

dentista, com os menores percentuais na Região Sul (5,00%) e os maiores valores na Região Centro-Oeste do país (19,40%) e ao avaliar o motivo para a consulta com o dentista, observou-se a experiência de dor de dente em 14,50% dos participantes do estudo (Brasil, 2011).

Neste sentido, a dor de dente pode ser considerada um problema de saúde pública devido a sua prevalência e ao impacto negativo que causa na vida dos indivíduos, interferindo em seu bem-estar, por meio de desordens do sono, dificuldades na alimentação e no convívio social, causando ainda absenteísmo e diminuição no rendimento escolar e maior custo para os tratamentos curativos (KIWANUKA; ÅSTRØM, 2005; RATNAYAKE; EKANAYAKE, 2005).

A experiência dolorosa anterior, assim como desconhecimento em relação aos procedimentos odontológicos, o ambiente do consultório e idéias negativas repassadas por outras pessoas estão dentre alguns dos fatores descritos como desencadeadores de ansiedade e medo odontológico, os quais constituem barreiras ao tratamento, pois os pacientes ansiosos esperam longos períodos de tempo ou desmarcam as consultas com frequência, constituindo a segunda maior causa das faltas às consultas, perdendo apenas para o custo dos serviços (BOTTAN; OGLIO; ARAÚJO, 2007; KANEGANE et al., 2006; KANEGANE et al., 2003).

Desta forma, tem–se observado uma crescente preocupação com avaliação de aspectos subjetivos da saúde bucal assim como o bem estar e funções físicas simultaneamente à avaliação dos critérios clínicos, com o objetivo de se determinar o real impacto das condições de saúde bucal na vida e no desempenho diário das pessoas. Estes questionários de avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde bucal têm sido usados de forma cada vez mais frequente em pesquisas científicas e avaliação de resultados de programas em saúde pública (SLADE et al., 2005; JOKOVIC et al., 2002).

Por meio da investigação dos problemas de saúde bucal de uma comunidade, possibilita-se que o poder público norteie suas ações no sentido de combater as doenças e agravos mais prevalentes, com maior caráter iníquo e que causam maior impacto na vida das pessoas, levando à população métodos preventivos, assistenciais e promoção de saúde, melhorando a qualidade de vida.

Baseado nas considerações acima, a presente pesquisa teve por objetivo avaliar a relação entre as condições de saúde bucal, a dor, o medo e a ansiedade

odontológica, com o acesso aos serviços de saúde bucal e com a qualidade de vida de adolescentes.

2 Revisão de Literatura

2 **REVISÃO DE LITERATURA**

2.1 QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE

O conceito de qualidade de vida abrange uma ampla gama de significados, que refletem os conhecimentos, as experiências, a cultura e os valores das pessoas e das comunidades a que eles pertencem, podendo ser relacionado ainda ao meio ambiente, condições socioeconômicas e ao período histórico em que se inserem (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2005). Apresenta natureza multidimensional e subjetiva incluindo dimensões positivas e negativas, pois não se limita às necessidades materiais, mas também está ligado a valores como bem-estar e felicidade, sendo desta forma, composto ao menos pelas seguintes dimensões: física, que compreende a percepção do indivíduo sobre sua condição física, psicológica, envolvendo a percepção sobre sua condição cognitiva e social que envolve sua percepção sobre os papéis e relações sociais na vida (SOARES et al, 2011).

Ao se discutir sobre qualidade de vida, existem duas correntes em sua conceituação: a primeira apresenta um sentido mais genérico e abrangente, não se restringindo a aspectos específicos ligados à saúde, sendo conceituada pelo grupo de estudos sobre qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (OMS) como a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (SOARES et al, 2011).

A segunda tendência é a qualidade de vida ligada a saúde, apresentando um sentido mais especificamente relacionado com aspectos ligados às doenças, intervenções em saúde ou com seu tratamento e o modo como estas podem estar causando interferências na vida das pessoas (SOARES et al, 2011). Neste sentido, Auquier, a define como o valor atribuído à vida, ponderado pelas deteriorações funcionais, as percepções e condições sociais que são induzidas pela doença, agravos, tratamentos e a organização política e econômica do sistema assistencial (RAVENS-SIEBERER et al., 2001) Similarmente Giachello a define como o valor atribuído a duração da vida quando modificada pela percepção de limitações físicas, psicológicas, funções sociais e oportunidades influenciadas pela doença tratamento e outros agravos (GIACHELLO, 1996).

Para avaliação da qualidade de vida ligada à saúde podem ser utilizados instrumentos genéricos que procuram englobar diversos aspectos relacionados à

saúde e que refletem o seu impacto na vida dos indivíduos ou comunidades. Esses instrumentos, apresentam a vantagem de possibilitar a comparação da qualidade de vida de indivíduos sadios com indivíduos doentes ou mesmo portadores da mesma doença vivendo sob contextos distintos (BARBOSA et al, 2010). Dentre os instrumentos mais frequentemente utilizados pode-se destacar o WHOQOL-100, instrumento que foi desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde, WHOQOL-Brief, sua versão simplificada, SF-36 (Medical Outcomes Study Questionnaire), o SIP (Sickness Impact Profile) e os instrumentos desenvolvidos para crianças como AUQEI (Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Imagé) e CHQ (Child Health Questionnaire) (TESH, OLIVEIRA, LEÃO, 2007). Os instrumentos específicos foram construídos para avaliar situações específicas da qualidade de vida relacionada à saúde e doença, como o Minichal, instrumento específico de avaliação de qualidade de vida em hipertensão arterial e o Heartburn Specific Quality of Life, utilizado para avaliar qualidade de vida na doença do refluxo gastroesofágico (CARVALHO et al., 2012; PEREIRA et al., 2007).

A aplicação destes questionários fornece uma importante contribuição para avaliação de intervenções e tratamentos no cuidado com a saúde, no entendimento da carga das doenças, identificação de desigualdades em saúde, alocação de recursos e priorização de problemas de saúde e em estudos clínicos e epidemiológicos (SOLANS et al, 2008).

2.1.1 Qualidade de vida e saúde bucal

Os sistemas de avaliação das condições de saúde bucal utilizam critérios clínicos que não levam em consideração aspectos sociocomportamentais, dando pouca ou nenhuma atenção a fatores como a forma como as condições bucais estão interferindo no desempenho diário das pessoas. Devido a tal constatação, foram desenvolvidos instrumentos de avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde bucal, sendo que estes questionários tem se tornado cada vez mais usuais em pesquisas científicas, avaliações clínicas e na avaliação de ações de políticas públicas (MIOTTO; BARCELLOS; VELTEN, 2011, BARBOSA et al, 2010).

Algumas doenças bucais, assim como a cárie dentária e doença periodontal, são altamente prevalentes e apresentam consequências não somente físicas, mas também econômicas, sociais e psicológicas (MASOOD et al., 2012). Desta forma, a

saúde bucal relacionada com a qualidade de vida possibilita demonstrar, dentre outros aspectos, a dor e o desconforto ao se alimentar, dormir, e ao realizar interações sociais, o seu bem estar e aspectos psicológicos como auto-imagem e satisfação com a sua saúde bucal (INGLEHART; BAGRAMIAN, 2002).

Dentre os índices desenvolvidos para avaliar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida destacam-se o OHIP-49 (Perfil do Impacto da Saúde Bucal), sua versão simplificada o OHIP-14, o GOHAI (Índice de Determinação da Saúde Bucal Geriátrica), o OIDP (Índice de Impactos Odontológicos no Desempenho Diário), Saúde bucal relacionado com qualidade de vida (OHRQL), o Impacto odontológico na vida cotidiana e questionário sociodental (SLADE, 2002).

O OHIP-14 é um questionário composto por 14 itens, delineado para avaliar a autopercepção relacionada com limitações funcionais, desconfortos e incapacidades atribuídas à condição bucal. É derivado de uma versão estendida original, o OHIP-49 o qual foi baseado em um modelo teórico desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde e adaptado para saúde bucal por Locker. Neste modelo, as consequências das doenças bucais são hierarquizadas a partir de um nível biológico, para um nível comportamental e para um nível social. O OHIP-14, apesar de ser uma versão curta, demonstrou confiabilidade, sensibilidade às mudanças e coerência intercultural adequados (MONTERO-MARTÍN et al., 2009).

Estes questionários são úteis para auxiliar no estabelecimento de prioridades pautando-se na identificação de grupos ou subgrupos de indivíduos mais afetados por impactos psicossociais produzidos pelas doenças bucais (JOKOVIC; LOCKER,1997).

Em se tratando de crianças e adolescentes, a qualidade de vida pode significar o quanto seus desejos e esperanças se aproximam do que realmente acontece em suas vidas (BARBOSA et al, 2010). Os adultos e as crianças e adolescentes têm diferentes percepções sobre o impacto da saúde bucal na qualidade de vida, pois, crianças e adolescentes tem uma visão peculiar de si mesmos e do mundo a despeito da fase de desenvolvimento físico e psicológico em que se encontram (PIOVESAN, et al, 2009).

Desta forma, os questionários desenvolvidos para mensurar qualidade de vida de crianças e adolescentes devem ser direcionados para diferentes faixas etárias e devem ser respondidos preferencialmente pelas próprias crianças. Contudo, crianças em idade precoce, como na idade pré-escolar ou gravemente enfermas

apresentam dificuldade de responder a questionários com precisão, neste caso os questionários são respondidos pelos pais ou responsáveis (TESH, OLIVEIRA, LEÃO, 2007). No quadro 1 estão elencados alguns instrumentos desenvolvidos para avaliação da saúde bucal relacionada com a qualidade de vida de crianças e adolescentes.

Quadro 1 - Instrumentos de avaliação de qualidade de vida relacionada a saúde bucal de crianças e adolescentes

Questionário	Dimensões	Faixa etária	N° de questões	Tipos de Respostas
Child Perceptions Questionaire (CPQ 11-14)	Sintomas orais, limitação funcional, bem-estar emocional e social	11-14	37	Nunca a frequentemente
Child Perceptions Questionaire (CPQ 8-10)	Sintomas orais, limitação funcional, bem-estar emocional e social	8-10	25	Nunca a frequentemente
The Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS)	Condições funcionais, psicológicas e sociais	2-5	9	Nunca a frequentemente
Child oral health impact profile (COHIP)	Sintomas orais, bem-estar functional, emocional e social, auto-estima, expectativas relacionadas ao tratamento	8-14	34	Nunca a frequentemente

Fonte: BARBOSA, et al 2010, adaptado por Monteiro, 2013.

A utilidade dos instrumentos de qualidade de vida ligada a saúde bucal dependem dos propósitos e objetivos de sua aplicação. Estes indicadores subjetivos não devem ser utilizados de forma isolada para diagnosticar doenças ou para substituir o exame clínico, mas são úteis como uma ferramenta que se destina a complementar os indicadores clínicos, identificando grupos ou subgrupos de pessoas que apresentam maiores necessidades de atenção a saúde (BANDÉCA et al, 2011).

2.2 ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

De acordo com Travassos, 2007, acesso indica o grau de facilidade ou dificuldade com que as pessoas obtêm os serviços de saúde. Reflete as características do sistema de saúde que atuam aumentando ou diminuindo obstáculos à aquisição de serviços pela população. O uso de serviços de saúde, entendido como a entrada nos serviços, é uma expressão positiva do acesso, contudo é influenciado também por fatores individuais, em particular, pelo perfil de necessidades de saúde e pelos valores e preferências das pessoas (TRAVASSOS; VIACAVA, 2007). O conceito de acesso tem o propósito de representar o grau de adequação entre o cliente e o sistema de saúde e implica garantia de ingresso no sistema de saúde sem obstáculos físicos, financeiros ou de outra natureza (MANHÃES; COSTA, 2008).

Os conceitos de acesso e de acessibilidade são usados de forma distinta, contudo apresentam significados complementares, sendo que a acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem aos serviços, e o acesso permite o uso oportuno dos serviços de saúde para alcançar os melhores resultados possíveis. Seria, portanto, a forma como a pessoa experimenta o serviço de saúde (SOUZA et al, 2008).

Ao discorrer sobre o acesso aos serviços de saúde, foi desenvolvido um modelo explicativo que comporta quatro diferentes dimensões de análise sendo: dimensão econômica, dimensão técnica, dimensão política e dimensão simbólica, conforme evidenciado no quadro 2 (JESUS; ASSIS, 2010) .

Quadro 2 – Modelo de dimensões analíticas da categoria acesso aos serviços de saúde.

Acesso aos serviços de saúde			
Dimensão econômica	Dimensão técnica	Dimensão política	Dimensão simbólica
Equidade; Racionalização; Relação entre oferta e demanda	Planejamento; Organização; Regionalização; Hierarquização; Definição de fluxos; Qualidade, resolutividade dos serviços de saúde.	Politicas de saúde; Conformação histórica do modelo de atenção a saúde; Participação da comunidade;	Percepções, concepções e atuação dos sujeitos; Representações sociais do processo saúde-doença; Representações sociais da forma como o sistema de saúde se organiza para atender às necessidades;
Totalidade concreta			
Buscar o equilíbrio na relação oferta/demanda	Organizar a rede assistencial de forma regionalizada e hierarquizada;	Desenvolver consciência sanitária e organização popular;	Abordar as representações sociais da atenção a saúde e dos serviços a saúde;
Universalização do acesso aos serviços de saúde			

Fonte: JESUS; ASSIS, 2010.

A dimensão econômica é o pilar de sustentação dos serviços de saúde e demonstra a relação entre oferta dos serviços e demanda, sendo um desafio ao sistema de saúde o estabelecimento de acesso a saúde com disponibilidade, acessibilidade, adequação financeira e aceitabilidade (JESUS; ASSIS, 2010). A dimensão técnica refere-se a organização dos serviços, constituindo uma rede regionalizada e hierarquizada que viabilize o acesso aos serviços, favorecendo atenção à saúde de acordo com os níveis de complexidade tecnológica que cada caso requer, atuando com o estabelecimento de mecanismos de referência e contra referência na busca de um atendimento integral em uma área definida. A dimensão política está relacionada com o desenvolvimento de uma consciência sanitária adotando a saúde como um direito de cidadania sendo necessárias ações individuais e coletivas para alcançá-la. A dimensão simbólica está relacionada com as representações sociais, tomando-se uma concepção ampliada do processo saúde-doença, sendo determinada por características econômicas, sociais, técnicas, politicas e culturais (JESUS; ASSIS, 2010).

A partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, o acesso universal aos serviços de saúde no Brasil passou a ser assegurado pelo emprego dos princípios organizativos e doutrinários do Sistema Único de Saúde, sendo que, além

de ser uma garantia constitucional, tornou-se uma bandeira de luta dos movimentos sociais, nos quais tal reivindicação passou a ser um dos elementos fundamentais dos direitos de cidadania. (JESUS, ASSIS, 2010).

Neste sentido, o acesso vai além de uma porta de entrada ao sistema de saúde, configurando-se como um elemento transformador de realidade, pois somente haverá a garantia do ingresso universal do usuário ao sistema de saúde por meio do exercício da cidadania (JESUS, ASSIS, 2010).

2.2.1 Acesso aos serviços de saúde bucal

Para que uma população tenha boas condições de saúde bucal são preconizadas, além dos cuidados pessoais, visitas regulares ao dentista. No caso do sistema público de saúde brasileiro, o Sistema Único de Saúde, os parâmetros de cobertura assistencial para o planejamento de recursos odontológicos são de uma consulta a cada dois anos a duas consultas ao ano (BRASIL, 2002).

Existem poucas pesquisas que abordam o acesso aos serviços de saúde bucal pela população brasileira. Apesar da importância da manutenção de boas condições de saúde bucal para a saúde geral e para uma ótima qualidade de vida, grande parte da população não utiliza os serviços de saúde bucal com a frequência apropriada. Em uma pesquisa conduzida a nível nacional em 2003 observou-se que 15,90% da população brasileira nunca havia ido ao dentista, variando de 9,50% no Estado de Santa Catarina e chegando a 32,30% no estado do Maranhão; somente 33,20% haviam consultado o dentista no último ano, com diferenças marcantes entre as regiões (IBGE, 2003).

Desta forma, apesar dos avanços conseguidos com o Sistema Único de Saúde, iniquidades persistem em relação ao acesso aos serviços de saúde bucal no país, sendo que os serviços privados respondem por grande parcela da prestação de serviços de saúde bucal. A oferta de serviços de saúde bucal em posições estratégicas não é garantia de acesso aos serviços de saúde por parte da população. Deve-se garantir que os grupos de maior risco a saúde sejam atingidos. Desta forma, a vigilância destes grupos, com particular atenção em suas necessidades em saúde, é postulada como forma de verificar acesso aos serviços e assegurar a equidade (TAYLOR, 1992).

Pesquisa realizada a partir de dados da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD), no Rio de Janeiro, encontrou que 7,6%, 1,8% e 2,6% dos indivíduos participantes nunca haviam se consultado com dentista, respectivamente para as faixas de 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos. Além disso, observou-se uma elevação da proporção de mulheres com o aumento da idade, correspondendo a 50,8%, 53% e 58,3% entre os jovens, os adultos e os idosos, respectivamente. Entre os menos favorecidos economicamente a chance de nunca ter ido ao dentista foi sempre mais elevada em relação aos mais favorecidos (MANHÃES; COSTA, 2008).

Estudo realizado com adolescentes de 12 a 18 anos de idade, da rede pública municipal de Gravataí, região metropolitana de Porto Alegre, RS, observou que 70,00% dos adolescentes do sexo feminino e 67,60% do sexo masculino utilizavam os serviços de saúde bucal anualmente. Além disso, observou-se que os indivíduos pertencentes a classe B apresentavam maior percentual de uso dos serviços de saúde bucal (78,50%) que os adolescentes das classes D e E (54,00%) e em relação ao motivo da visita ao serviço, menos da metade dos jovens procuraram o serviço por motivos preventivos (DAVOGLIO et al., 2009).

Pesquisa conduzida a nível nacional nas capitais brasileiras observou que a utilização de serviços odontológicos particulares foi preponderante (63,20%) e pelo Sistema Único de Saúde correspondeu a 13,60%, variando de 6,20% no Distrito Federal para 35,20% em Boa Vista (Roraima) com marcadas diferenças regionais. A falta de acesso variou bastante entre as capitais onde em Manaus (AM), Macapá (AP), Belém (PA) e Rio Branco (AC) aproximadamente 1 em cada 4 pessoas não conseguiu atendimento quando precisou, valor este cerca de 5 vezes maior que o observado em Curitiba (PR) onde a prevalência foi de 5,40%. Ainda, mulheres e pardos tiveram uma proporção de falta de acesso aproximadamente duas vezes maior do que a dos homens e brancos, respectivamente, podendo estes resultados estar demonstrando que existem importantes fatores sociais envolvidos no acesso ou não aos serviços odontológicos no país (PERES et al.,2012).

2.3 MEDO E ANSIEDADE ODONTOLÓGICA

Grande parcela da população tem medo ou ansiedade em relação ao tratamento odontológico (KANEGANE et al, 2003).

O medo é uma emoção primária que nos alerta sobre um perigo iminente, em relação a um objeto ou uma situação definida. Quando é reconhecida uma situação de perigo, o indivíduo reage com respostas comportamentais e neurovegetativas acompanhadas de uma experiência desagradável (KANEGANE et al., 2003).

O medo em relação ao tratamento odontológico pode ter início na infância ou na adolescência e pode ocasionar graves reflexos na idade adulta, levando as pessoas a evitarem o tratamento odontológico e/ou apresentarem alterações de comportamento durante as consultas. A fobia ao dentista atinge de 15 a 20% da população em geral e ir ao dentista foi identificado como sendo o segundo temor mais frequente na população em geral (BOTTANER; OGLIO; ARAÚJO, 2007).

A ansiedade pode ser caracterizada por sentimentos de tensão, nervosismo e preocupação. Tais sentimentos são subjetivos e, geralmente, ocorrem em resposta a uma sensação de ameaça. A diferença entre o medo e a ansiedade pode estar relacionada com a intensidade dos sentimentos. A ansiedade odontológica pode variar de intensidade de um paciente para outro ou até mesmo em um mesmo paciente dependente do tipo de procedimento a ser realizado. Quando este sentimento alcança níveis extremos, interferindo na condução do tratamento, pode gerar impacto negativo na atuação do profissional assim como na satisfação do paciente com o resultado final do tratamento (PETRY et al, 2006).

Pesquisas conduzidas em países desenvolvidos demonstram que grande parte da população evita realizar visitas periódicas aos consultórios odontológicos e estas são apenas efetivadas quando há a percepção de necessidade de tratamento, ou seja, na presença de sinais e/ou sintomas clínicos como dor, edema ou fístulas (GADBURY-AMYOT; WILLIAMS, 2000; HAGGLIN et al., 1999).

Pesquisa conduzida em São Paulo em 2001 com pacientes de um atendimento de emergência observou que 28,20% dos pacientes foram classificados como ansiosos, e 14,30% dos pacientes apresentaram alto grau de medo. Ainda, nos últimos 12 meses, 64,80% dos pacientes ansiosos compareceram ao dentista comparado com 70,20% entre os não ansiosos (KANEGANE et al., 2003).

Pacientes que sofrem de ansiedade odontológica constituem uma população de importância para a saúde pública devido ao agravamento dos problemas de saúde bucal causado pela evasão às consultas ao dentista, podendo ocasionar dor e ainda mais medo e ansiedade, se tornando um ciclo que não é interrompido. As fugas prolongadas ao dentista podem também ter reflexos na saúde geral causando complicações como pneumonia, febre, septicemia, extensão do abscesso periapical, osteomielite facial e sinusite (MEHRSTEDT et al., 2007).

2.4 DOR DE DENTE

A dor é uma experiência por meio do qual a maioria das afecções se manifesta, podendo se expressar de diferentes formas e em distintas populações. De acordo com o comitê de taxonomia da International Associaton for the Study of Pain (IASP) dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, decorrente ou descrita em termos de lesões teciduais (BORGES et al., 2008) .

A maioria das dores orofaciais tem causas odontológicas, as dores de dentes, derivadas de afecções bucais, especificamente da cárie dentária e doença periodontal. Contudo, sabe-se que processos patológicos não são causa necessária ou suficiente do fenômeno, podendo a percepção de dor ser modulada por fatores cognitivos, tais como conhecimento, crenças e expectativas, todos sendo influenciados por fatores ambientais, sociais e culturais do indivíduo afetado (BASTOS; NOMURA; PERES, 2005).

A dor de dente é menos comumente relatada por indivíduos mais velhos em comparação com pessoas mais jovens, onde a diferença na dor relatada pode estar relacionada com expectativas mais baixas para a saúde bucal em etapas posteriores da vida, de modo que uma certa quantidade de dor é esperada. Além disso, a presença de menor quantidade de dentes com risco de haver dor também pode explicar essa diferença (BASTOS; NOMURA; PERES, 2005).

Estudo de porte nacional verificou que a dor nos dentes e gengivas acometeu mais as meninas (37,8%) que os meninos (32,6%) e foi mais prevalente entre os indivíduos pardos quando comparados aos pretos e brancos. Indivíduos com índice CPO-D ≥ 10 apresentaram prevalência do desfecho duas vezes (46%) maior que aqueles com CPO-D ≤ 2 (23%). A dor nos dentes e gengivas foi mais prevalente entre aqueles que apresentaram os piores agravos bucais (BORGES et al. , 2008).

Estudo conduzido em Manaus em 2011 comparou a prevalência de dor de dente entre duas áreas cobertas pela estratégia saúde da família, sendo uma com equipes de saúde bucal e outra sem tal equipe. Observou-se que a prevalência de dor dental nos últimos 3 meses foi de 33,70% e não foi estatisticamente diferente entre os grupos. A intensidade de dor dentária média ou alta nos últimos 3 meses foi maior no grupo sem equipe de saúde bucal (CARVALHO; REBELO; VETTORE, 2011).

A dor dental é uma medida sensível em saúde bucal e não deve ser considerada como complementar às condições clínicas a ela associada, uma vez que nem sempre estão associadas. O uso de medidas de dor dental possibilita uma melhor avaliação de necessidade de cuidado e o estabelecimento de prioridades de atenção em saúde bucal. Além disso, frequentemente está associada a algum tipo de incapacidade funcional ou social (CARVALHO; REBELO; VETTORE, 2011).

2.5 CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DOS ADOLESCENTES

Apesar dos escassos estudos relacionados à saúde dos adolescentes, têm–se observado uma crescente preocupação na investigação de condições de saúde deste grupo etário, bem como no estabelecimento de medidas que visem à obtenção e manutenção de condições aceitáveis de saúde, incluindo a saúde bucal (SANTOS; ALVES; FREITAS, 2007).

Pesquisas conduzidas a nível nacional têm verificado expressiva melhora nas condições de saúde bucal deste grupo populacional, contudo, especialmente em relação à carie dentária, verifica-se que esta ainda é considerada um grave problema de saúde pública, pois sua ocorrência é importante causa de dor, perdas dentárias e absenteísmo na escola ou no trabalho.

No primeiro grande levantamento conduzido em 1986, em relação aos adolescentes de 15 a 19 anos de idade foi encontrado um CPOD médio de 12,69 ($\pm$5,76) com uma média de dentes obturados de 5,88 ($\pm$5,43), ou seja, o componente com maior expressividade. Em 1996, 10 anos após a realização do primeiro grande levantamento, foi conduzida a primeira etapa do segundo levantamento a nível nacional o qual foi realizado apenas com crianças de 6 a 12 anos de idade, contudo, a segunda etapa não foi realizada, não havendo deste modo, dados sobre as

condições de saúde bucal dos adolescentes de 15 a 19 anos (BRASIL,1988; BRASIL, 2004; BRASIL, 2011).

O chamado “Projeto SB 2000: condições de saúde bucal da população brasileira” teve início no ano 2000, porém o cronograma inicial foi atrasado e o estudo foi concluído em 2003. Os resultados demonstraram um CPOD médio de 6,17 (±4,82) com maior evidência do componente cariado, onde foi observada uma média de 2,60, o que corresponde a 42,14% do CPOD (BRASIL, 2004).

No último levantamento conduzido a nível nacional, o SB Brasil 2010 foi observado um CPOD médio de 4,25, além disso, foi observada maior expressividade do componente obturado com média de 2,16, ou seja, 50,80% do CPOD. Com base no exposto, pode-se observar que de 1986 a 2010 houve uma redução de 66,51% no CPOD dos adolescentes brasileiro e o componente obturado passou de 46,34% para 50,80% do CPOD (BRASIL, 2011).

Pesquisa realizada no estado de São Paulo, em 2002, encontrou um CPOD médio de 6,44 com maior evidência do componente obturado correspondendo a 71,26% do COPD com uma média de 4,59 e um Índice Sic de 11,68 evidenciando a necessidade de maior ênfase em estratégias que possam atenuar os danos causados pela progressão da doença na idade adulta, especialmente nos grupos com maior experiência de cárie dentária (GUSHI et al., 2002).

Estudo conduzido em Sobral, no nordeste brasileiro, constatou um aumento da incidência de cárie dentária de 1,60 nos adolescentes de 12 anos para 2,28 nos adolescentes de 15 a 19 anos de idade, sendo observado um aumento progressivo da incidência com o aumento da idade (NORO; RONCALLI, 2009) .

Estudo conduzido em João Pessoa, PB, com adolescentes entre 12 e 15 anos de idade de escolas públicas e privadas demonstrou que a prevalência de cárie encontrada entre os alunos da escola pública foi de 51,60% com uma média de CPOD de 4,26, enquanto que entre os adolescentes das escolas privadas foi de 9,30% com uma média de 1,91. Ao se observar o percentual de livres de cárie, destaca-se que, na escola pública (48,40%), o valor corresponde praticamente à metade do valor encontrado para a escola privada (90,7%).De acordo com o autor este resultado pode ser atribuído a melhor qualidade de vida dos escolares da rede privada, assim como acesso à água tratada, saúde e educação (MOREIRA; ROSENBLATT; PASSOS, 2007).

De acordo com Fonseca et al., 2009, em Manaus, capital do estado do Amazonas, em seu estudo com adolescentes de 15 a 19 anos encontrou um CPOD médio de 5,16 e uma média de dentes cariados de 4,41 o que de acordo com os autores, pode estar demonstrando acesso deficiente aos serviços de saúde bucal combinado com ausência de fatores controladores da doença como fluoretação da agua de abastecimento público no município .

Pesquisa realizada no município de Salvador, Bahia, com adolescentes de 12 a 15 anos de idade com o objetivo de avaliar a prevalência de cárie dentária em 2001, observou um aumento na experiência de cárie dentária aos 12 anos de idade de 1,44 para 2,66 aos 15 anos havendo também uma redução do percentual de livres de cárie de 49% para 34,90%. Ao se analisar a composição do CPOD, observou-se maior proporção de dentes cariados cm 50,20% aos 12 anos e maior percentual de dentes cariados aos 15 anos com 49,00%. Além disso, não foi observada diferença significativa no CPOD entre adolescentes de escolas públicas e privadas, havendo diferença em relação aos componentes onde houve maior percentual de dentes cariados nas escolas públicas e dentes restaurados nas escolas privadas (CANGUSSU et al., 2002).

Estudo conduzido em Camburiú, SC com jovens entre 15 e 19 anos encontrou um CPOD de 6,5 com aumento da média com aumento da idade (CRISPIM et al., 2010).

Estudo conduzido com dados obtidos a partir de dois levantamentos, sendo um estudo descritivo de corte transversal, com amostra de adolescentes das escolas públicas e privadas do município de Feira de Santana, Bahia e um estudo exploratório desenvolvido na cidade de Recife, Pernambuco. Em Feira de Santana, dentre adolescentes de 12 anos de idade, foi encontrado um CPOD médio de 1,89 em escolas estaduais, 2,17 em escolas municipais e 2,39 em escolas particulares. O estudo de Recife, realizado com adolescentes de 10 a 18 anos de idade, verificou uma mediana para o CPOD de 1,5 (0-3,5), verificando-se também que apenas 35,0% dos adolescentes apresentavam valores médios do CPOD maior que 3,0, podendo-se observar baixa frequência de cárie dentária em ambas as cidades pesquisadas (SANTOS et al., 2007).

Pesquisas com adolescentes no que tange a doença periodontal são mais escassos. Possivelmente, este fato está relacionado com a crença de que, nesta faixa etária, não são identificadas com muita frequência alterações periodontais com

consequências graves, contudo, quanto mais precoce o diagnóstico, prevenção e tratamento da doença periodontal resultará numa população adulta mais saudável, no que tange a saúde bucal (SANTOS et al., 2007).

Deste modo, no levantamento nacional de 1986 o índice utilizado foi o CPITN (Índice comunitário das necessidades de tratamento periodontal), onde observou-se que mais de 90% das necessidades de tratamento estavam relacionadas a sangramento e cálculo dental. No levantamento de 2003 ao analisar a condição periodontal em relação ao Índice Periodontal Comunitário (IPC) observou-se que 33,40% dos adolescentes entre 15 e 19 anos tinham cálculo dental, 18,77% sangramento gengival e 46,18% encontravam-se sadios. No levantamento de 2010 36,20% apresentavam-se com cálculo dental e 33,80% com sangramento gengival (BRASIL, 1988; BRASIL, 2004; BRASIL 2011).

No estudo conduzido no estado de São Paulo (2002) encontrou que 34,30% dos adolescentes apresentaram condição gengival não saudável em um ou mais sextantes da boca; 21,50% da amostra apresentou sangramento gengival à sondagem em ao menos um sextante, proporção próxima à dos que apresentaram cálculo dentário (19,4%) em ao menos um sextante. Não foi observado nenhum adolescente com bolsa profunda (ANTUNES et al., 2008).

As oclusopatias são consideradas problemas de crescimento e desenvolvimento dos ossos maxilares e mandibulares durante a infância e a adolescência e podem acarretar alterações funcionais, estéticas ou psicossociais, por isso, podem ser consideradas problemas de saúde pública (BORGES; PERES; PERES, 2010). A avaliação da oclusão sob a ótica da saúde pública tem dois objetivos principais: avaliar a necessidade e prioridade de tratamento e obter informações para planejar de forma adequada os recursos necessários para o fornecimento de tratamento ortodôntico para a população (MARQUES et al.,2005).

No primeiro levantamento realizado em 1986 este parâmetro não foi avaliado havendo resultados oficiais somente no levantamento de 2003 onde foi constatado que 46,77% dos adolescentes encontravam-se sem alterações, 20,44% com má-oclusão definida, 18,70% muito severa e 14,04% severa. No levantamento conduzido em 2010, observou-se que 65,10% apresentavam-se sem oclusopatias, 18,00% apresentavam oclusopatia definida, 10,30% muito severa e 6,60% severa. Pode-se observar que houve aumento do percentual de adolescentes sem

oclusopatias e redução do percentual de adolescentes com oclusopatias (BRASIL, 2004; BRASIL, 2011).

Estudo conduzido em Belo Horizonte, MG, com adolescentes de 10 a 14 anos encontrou uma prevalência de má-oclusão de 62% e em relação aos tipos de má-oclusão o apinhamento foi o mais prevalente com 37,80% sendo mais frequente na arcada superior (32,70%). O tratamento ortodôntico foi necessário em 52,30% sendo que em 25,80% o tratamento foi considerado eletivo, 13,20% considerado fundamental e 13,20% altamente desejável (MARQUES et al.,2005).

No estudo realizado no município de Lins, SP com 734 crianças de 12 anos de idade encontrou 65,26% das crianças sem anormalidade ou com má oclusão leve. A má oclusão definida foi encontrada em 12,81%, a má oclusão severa foi observada em 10,90% e a má oclusão muito severa ou incapacitante em 11,03%. Ainda mais da metade das crianças (65,26%) apresentou ausência de necessidade de tratamento ou necessidade leve, ficando o tratamento eletivo para 12,81% delas, altamente desejável para 10,90% e imprescindível para 11,03% (GARBIN et al., 2010).

Pesquisa conduzida no município de São Paulo, SP, com crianças de 5 e 12 anos de idade demonstrou alta prevalência de oclusopatias na população infantil, crescendo de 49,0 ± 4,53% na dentição decídua (5 anos de idade) para 71,3 ± 3,95% na dentição permanente (12 anos). Foi observado que enquanto na dentição decídua a proporção da população com problemas oclusais é semelhante à proporção com oclusão normal, na dentição permanente esta relação é 2,5 vezes maior (FRAZÃO et al., 2002).

Estudo realizado em Feira de Santana, BA, em 2005, evidenciou um grau de severidade de oclusopatia de 58,80 % considerado normal, 19,60% definida, 11,30% severa e 10,30% incapacitante. A perda de elementos dentários anteriores foi pouco expressiva com 4,12% e quanto à presença de apinhamento, 31,80% o apresentaram em um segmento e 7,28% apresentaram nos dois segmentos. Com relação ao espaçamento, os valores encontrados foram iguais aos do apinhamento, embora não tenha nenhuma correlação entre ambos (ALVES et al., 2006).

Apesar da substancial melhora nas condições de saúde bucal dos adolescentes salienta-se a importância da realização de estudos epidemiológicos em relação às condições de saúde bucal deste grupo populacional para nortear o

planejamento de ações de promoção de saúde e determinação dos grupos prioritários para atenção a saúde bucal.

3 Proposição

3 **PROPOSIÇÃO**

3.1 OBJETIVO GERAL

A presente pesquisa teve por objetivo avaliar a relação entre as condições de saúde bucal, a dor, o medo e a ansiedade odontológica, com o acesso aos serviços de saúde bucal e com a qualidade de vida de adolescentes.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar as condições de saúde bucal dos adolescentes;
- Avaliar o acesso aos serviços de saúde bucal pelos adolescentes;
- Avaliar a influência das condições de saúde bucal na qualidade de vida dos adolescentes;
- Avaliar a correlação entre as condições de saúde bucal com o acesso aos serviços de saúde bucal e com a qualidade de vida.
- Verificar o medo, a dor de dente e ansiedade odontológica entre os adolescentes examinados;
- Avaliar a correlação da dor de dente, do medo e da ansiedade odontológica com a qualidade e vida;
- Verificar a correlação da dor de dente, do medo e da ansiedade odontológica com o acesso aos serviços de saúde bucal;

Material e Métodos

4 **MATERIAL E MÉTODOS**

4.1 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi encaminhado aos diretores das Escolas Estaduais do município de Agudos, Estado de São Paulo para obter autorização para a condução da pesquisa no ambiente escolar (Anexos A, B e C).

Este projeto foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Bauru (CEP FOB-USP) e teve aprovação sob processo número 174/2011(Anexo D). Foram enviados termos de consentimento livre e esclarecido (TCLE) aos pais ou responsáveis pelos adolescentes menores que 18 anos e aos próprios adolescentes maiores que 18 anos para solicitar autorização para participação na pesquisa. No TCLE foram descritos os objetivos da pesquisa assim como os possíveis riscos e benefícios e a forma de realização dos exames, garantindo o sigilo das informações e a participação voluntária no estudo (Anexos E e F).

4.2 OPÇÃO METODOLÓGICA

Foi realizado um estudo observacional de investigação transversal de cárie dentária, doença periodontal, fluorose dentária, mal oclusão e dor, medo e ansiedade, acesso aos serviços de saúde e avaliação da influência da saúde bucal na qualidade de vida de adolescentes de 15 a 19 anos.

4.3 CÁLCULO DA AMOSTRA

Para a realização do cálculo da amostra foi utilizado o coeficiente de correlação, onde se utilizou um coeficiente de 0,20, um nível de erro alfa de 5% e um nível de erro beta de 20%, obtendo uma amostra de 256 adolescentes a serem examinados para efeito do desenho.

4.4 POPULAÇÃO DE ESTUDO

O presente estudo foi conduzido no município de Agudos, interior do Estado de São Paulo, com uma população estimada em 34.524 habitantes de acordo com o Censo 2010 e abrangendo uma área de 966,161Km². O município conta com 6 Unidades de Saúde Convencionais e 3 Unidades de Saúde da Família e apresenta uma população de 3.091 adolescentes de 15 a 19 anos de idade (IBGE, 2010).

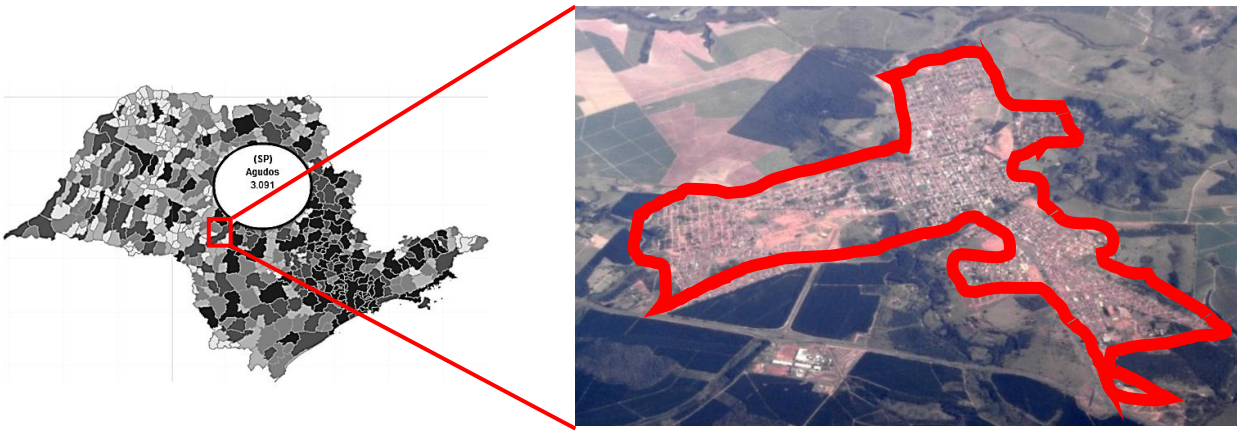

Figura 1 – Mapa do município de Agudos, SP.
Fonte: https://maps.google.com/maps?hl=pt-PT&tab=wl

A população alvo da presente pesquisa consistiu dos escolares entre 15 e 19 anos de idade regularmente matriculados em Escolas Estaduais do município de Agudos, Estado de São Paulo. Para a realização da pesquisa foi utilizada técnica de amostragem simples para seleção das escolas participantes da pesquisa, sendo sorteadas três das cinco Escolas Estaduais presentes no município:

- Escola Estadual Professor Farid Fayad
- Escola Estadual Padre João Batista de Aquino
- Escola Estadual João Batista Ribeiro

Foram distribuídos 716 termos de consentimento para todas as turmas do primeiro ao terceiro ano do período da manhã de ensino médio das três escolas participantes. Deste total, 38,83% consentiram em participar da pesquisa e 35,75%

foram examinados. Esta diferença entre os termos que foram assinados e alunos examinados se deve aos adolescentes que faltavam às aulas com frequência ou se recusaram a participar da pesquisa no momento do exame (tabela 1)

Tabela 1- Frequência absoluta dos termos de consentimento distribuídos e frequências absoluta e relativa de adolescentes examinados nas Escolas Estaduais, Agudos, SP, 2012

Escola	Termos de consentimento distribuídos	Termos de consentimento assinados		Alunos examinados	
	N	n	%	n	%
E.E Farid Fayad	250	108	43,20	104	41,60
E.E. Padre João	230	90	39,13	80	34,78
E.E. João Batista de Aquino	236	80	33,90	72	30,51
Total	716	278	38,83	256	35,75

4.5 ETAPAS DO ESTUDO

O presente estudo foi composto pelas seguintes fases:

4.5.1- Calibração dos examinadores;

4.5.2- Apresentação do projeto e distribuição dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE);

4.5.3- Avaliação epidemiológica;

4.5.4- Análise Estatística;

4.5.1- Calibração dos examinadores

A Organização Mundial da Saúde (WHO, 1997) preconiza a padronização e calibração dos examinadores a qual tem por objetivo assegurar a interpretação, o entendimento e aplicação uniformes dos critérios para as doenças e condições a serem observadas e registradas a fim de assegurar que cada profissional possa examinar dentro de um padrão consistente assim como minimizar variações entre diferentes examinadores.

Após a realização de uma revisão teórica dos procedimentos e códigos e critérios que foram utilizados para os índices CPOD, CPI, fluorose dentária e mal oclusão, o processo de calibração do examinador foi conduzido por um examinador

padrão, experiente em levantamentos epidemiológicos, sendo a primeira etapa deste processo a apresentação de uma aula teórica com a finalidade de proporcionar uma padronização inicial quanto aos códigos, critérios e condutas adotadas para o estudo. Na segunda etapa foi realizada uma demonstração clínica, pelo examinador padrão, quanto ao posicionamento do examinador e anotador, organização do material de trabalho e ergonomia em relação ao atendimento, seguidos de exames de treinamento e discussão clínica para familiarização dos procedimentos.

Durante a execução do levantamento, foram feitos exames em duplicata em 10% dos examinados com o objetivo de detectar possíveis alterações diagnósticas. Esta é uma recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS) para avaliar a concordância intra-examinador (WHO, 1997).

A condição em que foi observada kappa mais elevado foi a cárie dentária com 0,90 e a condição em que houve menor concordância intra-examinador foi a fluorose com 0,82.

4.5.2 - Apresentação do projeto e distribuição dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Foram realizadas visitas às escolas sorteadas previamente à execução da pesquisa com a finalidade de apresentar aos diretores das escolas as proposições do estudo assim como solicitar autorização dos mesmos para a condução da pesquisa.

Foi realizada uma explanação em cada sala de aula sobre a proposição da pesquisa aos estudantes e foram entregues os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido com a finalidade de obter autorização dos pais ou responsáveis dos menores de 18 anos e dos próprios alunos com idade igual ou superior a 18 anos, para sua participação no estudo. Posteriormente os termos foram recolhidos nas salas de aula para proceder a realização dos exames clínicos.

4.5.3 - Avaliação epidemiológica

Para a realização da avaliação epidemiológica, os estudantes foram chamados em grupos de 5 pessoas e enquanto o primeiro aluno era examinado, os demais preenchiam os questionários. Este procedimento foi adotado para evitar falhas no

preenchimento dos questionários assim como evitar perdas decorrentes de falta de entrega dos mesmos.

4.5.3.1 - Questionário de ansiedade odontológica

Para avaliação da ansiedade ao tratamento odontológico foi utilizado o Modified Dental Anxiety Scale (MDAS), cuja segurança e validade foi descrita por Corah (1978); posteriormente Humphris et al., 1995 adicionaram uma questão relativa a anestesia ao questionário que é composto por cinco questões com cinco opções de resposta. Cada opção de resposta apresenta um valor que varia de 1 a 5, do menor ao maior grau de ansiedade, cuja somatória dará um score final de 5 (escore mínimo) a 25 (escore máximo). Os participantes do estudo foram categorizados de acordo com a severidade da ansiedade sendo escore 5 igual a sem ansiedade, de 6 a 15 com baixa ansiedade e maior ou igual a 16 alta ansiedade (Anexo G).

4.5.3.2 - Questionário de medo

O questionário utilizado para avaliação de medo odontológico foi o Dental Fear Survey (KLEINKNECHT; KEPLAC; ALEXANDER,1973) testado e validado em alguns idiomas, inclusive o português (CESAR et al., 1993; COSTA; MRAES, 1994).

O questionário é composto por 20 questões com uma escala tipo likert com 5 opções de resposta, sendo elas: nunca, poucas vezes, mais ou menos, muitas vezes e sempre. Cada resposta recebe uma pontuação que varia de 1 a 5 e o questionário foi pontuado somando-se os valores obtidos para cada questão. Os participantes que apresentaram escore igual a 20 foram classificados como sem medo, com pontuação entre 21 a 60 foram classificados como de baixo medo e os que apresentaram valor entre 61 a 100 foram classificados como de alto medo ao tratamento odontológico (Anexo H).

4.5.3.3 - Questionário de dor

Para avaliação da dor foram utilizados os instrumentos preconizados por Goes (2001) e baseados no modelo de Loeser para avaliação de dor em estudos epidemiológicos. Composto por oito questões, sendo duas questões que avaliam a prevalência de dor, duas questões para avaliar a duração da dor, duas perguntas

para medir a intensidade da dor, uma que avalia a localização da dor e outra que verifica a causa da dor (Anexo I).

4.5.3.4 - Questionário de acesso aos serviços de saúde bucal

Para avaliação do acesso aos serviços de saúde bucal foi utilizado um questionário sobre acesso aos serviços de saúde baseada na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 1998 (PNAD 1998), composto por questões sobre acesso e utilização dos serviços de saúde (Anexo J).

4.5.3.5 - Influência da saúde bucal na qualidade de vida

Para avaliação da influência das condições de saúde bucal sobre a qualidade de vida dos adolescentes foi utilizado o questionário OHIP-14, que é um questionário composto por 14 itens, desenhado para avaliar auto relatos relacionados com limitações funcionais, desconfortos e incapacidades atribuídas à condição bucal (Anexo L). É derivado de uma versão estendida original, o OHIP-49 o qual foi baseado em um modelo teórico desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e adaptado para saúde bucal por Locker. Apesar de ser um questionário curto, demonstrou ser confiável, sensível às mudanças e ter coerência intercultural adequados. (MONTERO-MARTÍN; BRAVO-PÉREZ; ALBALADEJO-MARTÍNEZ; HERNÁNDEZ-MARTÍN; ROSEL-GALLARDO, 2009).

As dimensões de impacto na qualidade de vida e as respectivas questões acessadas por este questionário estão elencadas no quadro 3 sendo que as opções de códigos das respostas são: 0 = nunca; 1 = dificilmente; 2 = às vezes; 3 = quase sempre; 4 = sempre (Carneiro et al, 2010).

Quadro 3 – Questões do questionário OHIP-14 e suas dimensões

Nos últimos seis meses, por causa de problemas com seus dentes ou sua boca:		
Dimensão	Pergunta	Peso
Limitação funcional	1-Você tem problemas para falar alguma palavra?	0,51
	2-Você já sentiu mudança no sabor dos alimentos?	0,49
Dor Física	3-Você já sentiu dor na sua boca ou dentes?	0,34
	4- Você já teve desconforto para comer qualquer alimento?	0,66
Desconforto Psicológico	5-Você já ficou preocupado?	0,45
	6- Você já se sentiu nervoso?	0,55
Incapacidade Física	7- A sua alimentação ficou prejudicada?	0,52
	8- Você já teve que interromper alguma refeição?	0,48
Incapacidade psicológica	9- Você já teve dificuldade para descansar?	0,60
	10- Você já se sentiu envergonhado?	0,40
Incapacidade social	11- Você já ficou aborrecido com outras pessoas?	0,62
	12- Você teve dificuldades para fazer suas atividades diárias?	0,38
Deficiência	13- Você já sentiu que a sua vida piorou?	0,59
	14- Você já esteve totalmente incapaz de agir?	0,41

A pontuação de cada questão é calculada multiplicando-se o valor da resposta pelo peso correspondente. Desse modo, ao realizar a soma da pontuação final de todas as perguntas, é obtido o escore final que varia de 0 a 28 pontos. Quanto maior a pontuação apresentada, maior a percepção do impacto da saúde bucal na qualidade de vida (DRUMOND-SANTANA et al. , 2007).

Além disso, foi utilizada uma escala de impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida, proposta por Bastos, 2012 e modificada pela pesquisadora, onde a pontuação do questionário que varia de 0 a 28 foi dividida em: zero corresponde a sem impacto, entre 1 e maior e igual a 9 corresponde a baixo impacto, entre 9 e maior e igual a 18 médio impacto e entre 18 até 28 alto impacto.

4.5.3.6- Exames Clínicos

Os exames clínicos foram conduzidos no pátio das escolas, sob iluminação natural, com examinador e adolescente sentados um de frente para o outro, de acordo com as normas preconizadas pela Organização Mundial da saúde (Who,1997). Foram utilizados para a condução dos exames espelho plano n° 5 e sonda periodontal point ball, conforme demonstrado na figura 2.

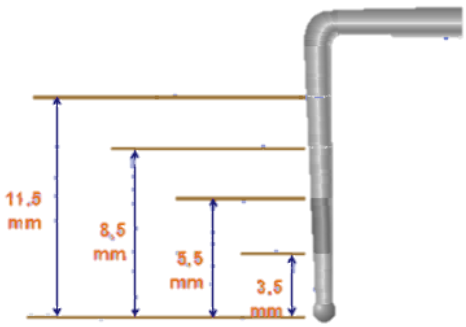

Figura 2 - Sonda periodontal preconizada pela Organização Mundial da Saúde para condução dos exames.

- Avaliação da cárie dentária

Para a avaliação da cárie dentária foi utilizado o índice CPOD, onde os códigos e critérios seguiram as recomendações da Organização Mundial da Saúde adaptados pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e pelo Projeto SB Brasil 2003.

Para realizar o cálculo do índice CPOD e seus componentes todos os dentes examinados receberam um código de acordo com o quadro 4. O total do CPOD se dá pela somatória dos componentes cariados, extraídos por cárie e obturados. A média para um grupo de indivíduos foi obtida dividindo-se a soma pelo número de pessoas examinadas. Desta forma como a experiência de cárie, foi avaliada a necessidade de tratamento e os códigos e critérios empregados estão descritos no quadro 5.

Quadro 4 - Códigos e critérios para condições preconizados pela OMS.

Código			Condição
Dentes decíduos	Dentes permanentes		
Coroa	Coroa	Raiz	
A	0	0	Hígido
B	1	1	Cariado
C	2	2	Restaurado sem cárie
D	3	3	Restaurado com cárie
E	4	-	Perdido por cárie
-	5	-	Perdido por outras razões
F	6	-	Selante
G	7	7	Apoio de ponte, coroa ou faceta/ implante
-	8	8	Dente não erupcionado/ raiz não exposta
T	T	-	Trauma
-	9	9	Sem registro

Quadro 5 - Códigos e Critérios para necessidade de tratamento preconizado pela OMS, 1997.

Código	*Critério*
0	Nenhum tratamento
P	Prevenção/ medidas para inativação de cárie
F	Selante de fissura
1	Restauração de uma superfície
2	Restauração de duas ou mais superfícies
3	Coroa por qualquer razão
4	Veneer ou coroa laminada
5	Cuidado pulpar e restauração
6	Extração indicada
7/8	Necessidades de outros cuidados
9	Não informado

Para a realização da análise dos resultados em relação a cárie dentária também foram usados os seguintes índices:

• Índice de cuidados (Care Index) - é uma forma alternativa de cálculo que integra os mesmos componentes do CPOD e tem a finalidade de produzir uma medida que reflita a capacidade do sistema de saúde em atender as demandas por atendimento odontológico associadas às manifestações da cárie dentária. O seu cálculo é feito por meio da relação de dentes restaurados/CPOD x 100 (WALSH, 1970)

• Índice significativo de cárie (SiC Index) – Proposto para avaliar a desigualdade de cárie dentária na população em estudo. É representado pelo valor

médio do CPOD calculado para um terço do grupo examinado que apresentou os valores mais elevados de cárie dentária (ANTUNES; PERES; FRAZÃO, 2006)

• Coeficiente de Gini - pode também ser utilizado para o cálculo de desigualdade na experiência de cárie e seu valor pode ser determinado pelo cálculo numérico envolvendo o valor CPOD observados em uma população ou ainda por recursos gráficos envolvendo o dimensionamento da área delimitada pela curva de Lorenz da mesma distribuição. O seu valor mínimo é zero que ocorreria caso não houvesse desigualdade na distribuição de cárie e valores maiores podem ocorrer com o aumento na desigualdade da distribuição da doença sendo que o valor máximo é 1. (ANTUNES; PERES; FRAZÃO, 2006)

- Avaliação da doença periodontal

-Índice Periodontal Comunitário (IPC)

Para realização do exame das condições periodontais a boca foi dividida em sextantes definidos pelos seguintes dentes: 18 a 14, 13 a 23, 24 a 28, 38 a 34, 33 a 43 e 44 a 48. Cada sextante foi examinado somente se estivessem presentes dois ou mais dentes e que não estivessem indicados para extração. Como na presente pesquisa foram examinados indivíduos com menos de 20 anos de idade, os dentes índices utilizados para o exame foram: 16, 11, 26, 36, 31 e 46. Esta seleção é feita para evitar que sulcos gengivais profundos decorrentes do processo eruptivo sejam classificados como bolsas periodontais. (WHO, 1997). Para a realização do exame, a ponta da sonda deve ser inserida com leveza dentro do sulco gengival ou bolsa e a extensão total do sulco ou bolsa deve ser explorada. O dente-índice, ou todos os dentes remanescentes num sextante onde o dente-índice não esteja presente, devem ser sondados e o mais alto escore é registrado. Os códigos são:

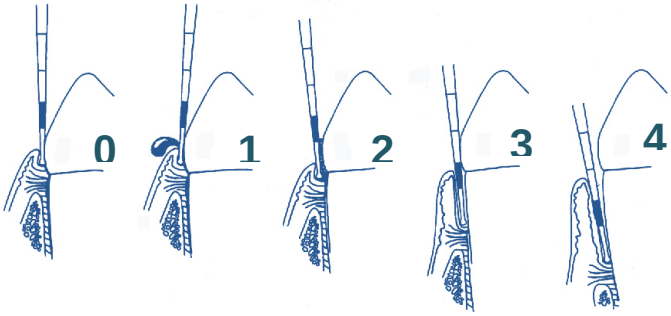

Figura 3 – Demonstração dos códigos do Índice Periodontal Comunitário
Fonte: WHO, 1997

0 – Hígido.
1 - Sangramento observado diretamente ou através do uso do espelho bucal, após sondagem.
2 - Cálculo detectado durante a sondagem, mas com toda a área preta da sonda permanecendo visível.
3 - Bolsa de 4 a 5 mm (margem gengival cobrindo, mas não totalmente, a área preta da sonda).
4 - Bolsa de 6 mm ou mais (área preta da sonda não visível).
x - Sextante excluído (menos de dois dentes presentes).
9-Sem registro.

- *Fluorose dentária*

O índice utilizado para avaliação da fluorose dentária foi o Índice de Dean modificado seguindo com os códigos e critérios da Organização Mundial da Saúde que inclui seis categorias (normal, questionável, muito leve, leve, moderada e severa) de acordo com as alterações estéticas provocadas pelo consumo excessivo de flúor nos dois dentes mais acometidos. Em caso de dúvidas sobre a presença ou não de fluorose, deve-se considerar o dente como normal (quadro 6).

Quadro 6 – Códigos e critérios para o índice de fluorose.

Classificação	Código	Critério
Normal	0	Esmalte apresenta-se translúcido, de estrutura vitriforme, superfície lisa, lustrosa, usualmente de cor branco-creme pálido.
Questionável	1	Esmalte mostra discretas aberrações na translucidez que podem ir desde pequenos traços esbranquiçados até manchas ocasionais
Muito leve	2	Pequenas e opacas áreas brancas espalhadas pelo dente não envolvendo mais que 25% da superfície (1 a 2 mm a partir do topo da cúspide)
Leve	3	Áreas brancas não envolvendo mais que 50% da superfície
Moderada	4	Toda a superfície está afetada; as superfícies estão sujeitas ao desgaste, manchas marrons frequentes.
Severa	5	Toda a superfície está afetada e há hipoplasia com mudança de anatomia dentária manchas marrons, erosões e aparência de corrosão.
Excluído	8	-
Sem Registro	9	-

- Índice de Fluorose Comunitária

O índice de fluorose da comunidade foi proposto por Dean com o objetivo de facilitar sua interpretação no âmbito da saúde pública. Calcula-se a partir da média aritmética dos graus atribuídos a cada individuo de acordo com a seguinte fórmula:

$$\sum(\text{Frequência X grau})/n$$

n = número de sujeitos da amostra.

Quadro 7 - Índice de fluorose dentária da comunidade.

Índice	Classificação	Interpretação
0,0 a 0,4	Negativo	Índice sem importância para a saúde pública sob o ponto de vista da fluorose, porém de alto valor sob o ponto de vista de prevenção de cárie
0,4 a 0,6	Zona Limítrofe	
0,6 a 1,0	Leve	Recomendada a remoção de excesso de flúor na água
1,0 a 2,0	Médio	
2,0 a 3,0	Grave	
3,0 a 4,0	Muito grave	

- Índice de Estética Dental

- Ausência de incisivo, canino e pré-molar.

Foi verificado o número de incisivos, caninos e pré-molares permanentes ausentes, nos arcos superior e inferior.

- Apinhamento na região de incisivos

A região dos incisivos dos arcos superior e inferior foi examinada para verificação de apinhamentos. O apinhamento na região dos incisivos foi registrado como se segue:

0 - Sem apinhamento.

1 - Apenas uma região com apinhamento.

2 - Ambas as regiões com apinhamento.

-Espaçamentos na região dos incisivos

A região dos incisivos dos arcos superior e inferior foi examinada também para verificação de espaçamentos. O espaçamento na região de incisivos é registrado como se segue:

0 - Sem espaçamento.

1 - Uma região com espaçamento.

2 - Ambas as regiões com espaçamento.

-Diastema

Um diastema na linha média é definido como o espaço, em milímetros, entre os dois incisivos permanentes maxilares em posição normal dos pontos de contato.

-Desalinhamento maxilar anterior

O desalinhamento em milímetros foi estimado pelas marcas da sonda, foi registrado o milímetro inteiro mais próximo.

-Desalinhamento mandibular anterior

A medida foi feita da mesma maneira do arco superior, exceto pelo fato de que é feita na mandíbula. O desalinhamento entre dentes adjacentes no arco inferior é localizado e medido como descrito anteriormente

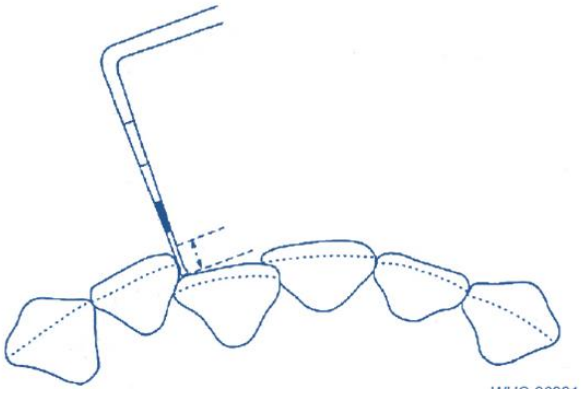

Figura 4 - Medição dos desalinhamentos anteriores do maxilar com a sonda periodontal

Fonte: WHO, 1997

- Overjet maxilar anterior

O overjet maxilar máximo foi registrado pelo milímetro inteiro mais próximo.

-Overjet mandibular anterior

O overjet mandibular é registrado quando algum incisivo inferior está protruído anteriormente ou vestibularmente em relação ao incisivo superior oposto, ou seja, quando está em mordida cruzada. O overjet mandibular máximo (protrusão mandibular), ou mordida cruzada, é registrado pelo milímetro inteiro mais próximo. A medida é feita da mesma forma que a do arco superior. O overjet mandibular não deve ser registrado se um incisivo inferior está rotacionado a tal ponto que uma parte da borda incisal está em mordida cruzada (ou seja, está localizada vestibularmente em relação ao incisivo superior), mas a outra parte da borda incisal não está.

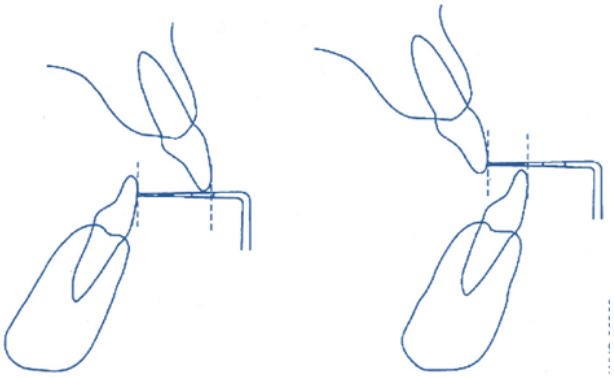

Figura 5 - Medição do overjet anterior maxilar e mandibular com a sonda periodontal
Fonte: WHO, 1997

- Mordida aberta vertical anterior

É verificada uma ausência de sobreposição vertical entre qualquer um dos pares de incisivos opostos (mordida aberta), a medida desta deve ser estimada com a utilização da sonda periodontal. A mordida aberta é então registrada pelo milímetro inteiro mais próximo.

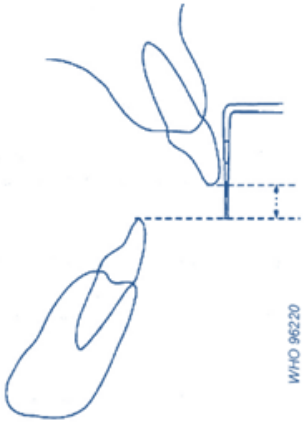

Figura 6 - Medição da mordida aberta vertical anterior com sonda periodontal
Fonte: WHO, 1997

- Relação molar anteroposterior

Os lados direito e esquerdo foram avaliados com os dentes em oclusão e somente o maior desvio da relação molar normal é registrado (Fig. 8). Os seguintes códigos são utilizados:

0 - Normal.

1 - Meia cúspide. O primeiro molar inferior está deslocado meia cúspide para mesial ou para distal da relação oclusal normal.

2 - Cúspide inteira. O primeiro molar inferior está deslocado uma cúspide inteira ou mais para a mesial ou distal da relação oclusal normal.

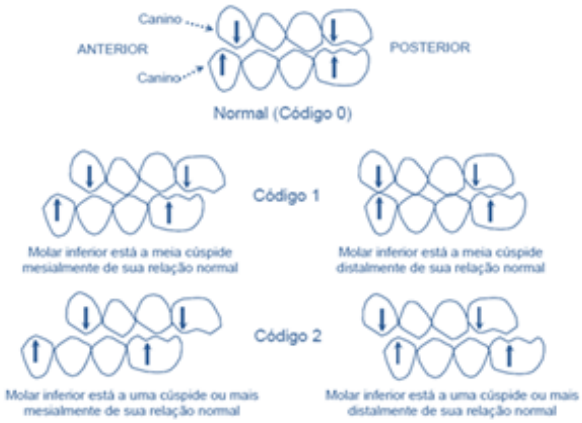

Figura 7 - Avaliação da relação molar anteroposterior

Fonte: WHO, 1997

Os dados obtidos foram anotados em fichas próprias (anexo M) para facilitar a tabulação dos dados (WHO, 1997).

4.5.4 - Análise Estatística

Os dados coletados foram analisados descritivamente por meio de frequências absolutas e relativas e foram estratificados de acordo com a idade, sexo e etnia por meio de planilhas Excel (Microsoft Office 2010). O registro da etnia foi referida pelo participante.

Para comparação do CPOD, fluorose, IPC, má oclusão, ansiedade e medo de acordo com o sexo e etnia foi utilizado o teste Mann Whitney. Para a comparação dos referidos índices de acordo com a idade foi utilizado o teste Kruskall Wallis. Foi utilizado o teste qui quadrado para verificar a associação da dor

e do acesso aos serviços de saúde bucal em relação a idade, sexo e etnia. Para verificar a relação entre a experiência de dor, medo e ansiedade, condições de saúde bucal e acesso aos serviços de saúde bucal com a qualidade de vida assim como a correlação entre as condições de saúde bucal , o medo, dor , ansiedade com o acesso aos serviços e saúde bucal foi utilizado o teste de Correlação de Spearman. Para a realização dos testes estatísticos foi utilizado o programa Statistica 7.0 adotando-se um nível de significância de 5%.

5 Resultados

5 **RESULTADOS**

5.1 DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA

Na tabela 2 pode-se verificar a distribuição dos adolescentes participantes da pesquisa de acordo com a idade, sexo e etnia, podendo-se observar maior percentual de escolares aos 15 anos de idade, do sexo feminino e etnia branca.

Tabela 2- Frequência absoluta e relativa dos adolescentes que participaram da pesquisa de acordo com a idade, sexo e etnia, Agudos, SP, 2012

	n	%
Idade		
15 anos	107	41,80
16 anos	79	30,86
17 anos	56	21,88
18 anos	14	5,47
Sexo		
Masculino	90	35,16
Feminino	166	64,84
Etnia		
Branco	190	74,22
Não Branco	66	25,78
Total	256	100,00

5.2 CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL

Para a realização da presente pesquisa foram avaliadas as seguintes condições de saúde bucal dos adolescentes: cárie dentária, fluorose dentária, doença periodontal e má oclusão.

5.2.1 Cárie dentária

O resultado do Índice CPOD e seus componentes demonstrou um valor médio de 3,09 na amostra geral, com aumento do valor dos jovens de 15 para 18 anos de idade. Foi encontrada maior expressividade do componente restaurado

(2,45), fato também observado em relação às diferentes idades examinadas, sexo e etnia. Além disso, houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos étnicos no componente cariado, conforme demonstrado na tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição do CPOD e componentes e desvio padrão (dp) de acordo com a idade, sexo, etnia, Agudos, SP, 2012

	Cariado (±dp)	Perdido (±dp)	Restaurado (±dp)	CPOD (±dp)
Idade				
15 anos	0,42 (±0,93)	0,07 (±0,32)	1,99 (±2,58)	2,48 (±2,75)
16 anos	0,65 (±0,96)	0,19 (±0,60)	2,41 (±3,38)	3,25 (±3,74)
17 anos	0,45 (±0,78)	0,05 (±0,23)	3,20 (±3,16)	3,70 (±3,42)
18 anos	1,29 (±1,52)	0,00 (±0,00)	3,29 (±2,87)	4,58 (±3,46)
Kruskall Wallis (p)	0,904	0,556	0,117	0,159
Sexo				
Masculino	0,60 (±0,89)	0,09 (±0,36)	2,37 (±2,86)	3,06 (±3,04)
Feminino	0,51 (±0,99)	0,10 (±0,44)	2,50 (±3,11)	3,11 (±3,45)
Mann Whitney (p)	0,644	0,504	0,457	0,386
Etnia				
Branco	0,45 (±0,90)	0,07 (±0,38)	2,53 (±3,20)	3,05 (±3,50)
Não Branco	0,80 (±1,09)	0,18 (±0,46)	2,24 (±2,42)	3,22 (±2,68)
Mann Whitney (p)	0,031*	0,364	1,000	0,405
Total	0,54 (±1,11)	0,10 (±0,41)	2,45 (±3,02)	3,09 (±3,30)

*diferença estatisticamente significativa (p<0,05).

Com relação a desigualdade da distribuição da cárie dentária, foi observado um elevado Índice Significativo de Cárie demonstrando polarização da doença no grupo estudado, tanto para a amostra geral como para as diferentes idades, sexo e etnia; o elevado Índice de Cuidados evidenciou o acesso aos serviços de saúde pelos adolescentes e foi encontrado um percentual de livres de cárie de 32,42% (tabela 4).

Tabela 4 - Desigualdade na distribuição da cárie dentária de acordo com a idade, sexo, etnia, Agudos, SP, 2012

	CPOD (±dp)	Sic Índice (±dp)	Livres de cárie (%)	Coeficiente de Gini	Índice de Cuidados (%)
Idade					
15 anos	2,48 (±2,75)	5,66 (±2,25)	38,32	0,58	80,24
16 anos	3,24 (±3,74)	7,42 (±3,60)	29,11	0,57	74,38
17 anos	3,70 (±3,42)	7,78 (±1,93)	30,36	0,51	86,49
18 anos	4,57 (±3,46)	8,75 (±2,22)	14,29	0,41	71,99
Sexo					
Masculino	3,06 (±3,04)	7,47 (±2,96)	35,56	0,54	77,45
Feminino	3,11 (±3,45)	6,53 (±2,62)	30,72	0,57	80,39
Etnia					
Branco	3,05 (±3,50)	7,17 (±2,85)	35,79	0,59	82,95
Não Branco	3,23 (±2,68)	5,68 (±2,59)	22,73	0,46	69,35
Total	3,09 (±3,30)	6,86 (±2,76)	32,42	0,56	79,29

Ao avaliar a necessidade de tratamento dos escolares observou-se maior necessidade de restaurações de 1 face na amostra geral assim como na estratificação por idade, sexo e etnia. Além disso, foi encontrada diferença estatisticamente significativa na necessidade de tratamento pulpar e restauração entre os indivíduos brancos e não brancos, como pode ser verificado na tabela 5.

Tabela 5 - Necessidades de tratamento de acordo com a idade, sexo, etnia, Agudos, SP, 2012

	Restauração 1 Face (±dp)	Restauração 2 Faces (±dp)	Coroa (±dp)	Pulpar + Restauração (±dp)	Exodontia (±dp)
Idade					
15 anos	0,20 (±0,52)	0,09 (±0,45)	0,04 (±0,27)	0,07 (±0,30)	0,04 (±0,23)
16 anos	0,33 (±0,75)	0,15 (±0,53)	0,03 (±0,16)	0,14 (±0,47)	0,01 (±0,11)
17 anos	0,20 (±0,59)	0,05 (±0,23)	0,04 (±0,19)	0,13 (±0,47)	0,04 (±0,19)
18 anos	0,50 (±1,02)	0,43 (±1,16)	0,00 (±0,00)	0,14 (±0,53)	0,07 (±0,27)
Kruskall Wallis (p)	0,386	0,919	0,408	0,378	0,377
Sexo					
Masculino	0,29 (±0,67)	0,12 (±0,54)	0,06(±0,31)	0,09(±0,32)	0,03 (±0,18)
Feminino	0,23 (±0,63)	0,12 (±0,49)	0,02(±0,13)	0,12(±0,45)	0,03 (±0,20)
Mann Whitney (p)	0,645	0,262	0,725	0,769	0,529
Etnia					
Branco	0,21 (±0,61)	0,12 (±0,54)	0,03(±0,19)	0,09(±0,39)	0,02 (±0,12)
Não Branco	0,38 (±0,74)	0,12 (±0,41)	0,05(±0,27)	0,15(±0,47)	0,08 (±0,32)
Mann Whitney (p)	0,722	0,639	0,552	0,019*	0,293
Total	0,25 (±0,65)	0,12 (±0,51)	0,03(±0,21)	0,11(±0,41)	0,03 (±0,20)

*diferença estatisticamente significativa (p<0,05).

5.2.2 Fluorose

Na tabela 6 estão elencados os índices de fluorose dos adolescentes examinados estratificados de acordo com a idade, sexo e etnia, podendo-se observar uma prevalência de 12,89%, com maior percentual de indivíduos com condição normal e questionável. Não foi observada diferença estatisticamente significativa entre as diferentes idades (p=0,363) assim como entre os sexos (p=0,506) e grupos étnicos (p=0,997).

Tabela 6 – Índice de fluorose de acordo com a idade, sexo e etnia, Agudos, SP, 2012

	Normal n (%)	Questionável n (%)	Muito leve n (%)	Leve n (%)	Moderada n (%)	Severa n (%)	Total n (%)
Idade							
15 anos	92 (85,98)	9 (8,41)	5 (4,67)	1 (0,94)	0 (0,00)	0 (0,00)	107 (100,00)
16 anos	70 (88,61)	7 (8,86)	2 (2,53)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	79 (100,00)
17 anos	50 (89,29)	3 (5,36)	2 (3,57)	1 (1,78)	0 (0,00)	0 (0,00)	56 (100,00)
18 anos	11 (78,57)	2 (14.29)	1 (7,14)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	14 (100,00)
Sexo							
Masculino	75 (83,33)	9 (10,00)	5 (5,56)	1 (1,11)	0 (0,00)	0 (0,00)	90 (100,00)
Feminino	148 (89,16)	12 (7,23)	5 (3,01)	1 (0,60)	0 (0,00)	0 (0,00)	166 (100,00)
Etnia							
Branco	166 (87,37)	16 (8,42)	7 (3,68)	1 (0,53)	0 (0,00)	0 (0,00)	190 (100,00)
Não Branco	57 (86,36)	5 (7,58)	3 (4,55)	1 (1,52)	0 (0,00)	0 (0,00)	66 (100,00)
Total	223 (87,11)	21 (8,20)	10 (3,91)	2 (0,78)	0 (0,00)	0 (0,00)	256 (100,00)

Em relação ao Índice de fluorose comunitária foi encontrado valor de 0,18, valor considerado sem importância para a saúde pública, não havendo necessidade de intervenção em relação à fluoretação da água de abastecimento pública.

5.2.3 Doença Periodontal

A avaliação da condição periodontal dos adolescentes foi efetuado por meio do Índice Periodontal Comunitário. Em relação à condição periodontal de acordo com os grupos de dentes examinados, nos grupos 16, 11, 36 e 46 foi encontrado maior percentual da condição sangramento gengival e nos grupos 26 e 31 foi encontrado maior percentual de cálculo dentário (tabela 7).

Tabela 7 - Frequência absoluta e relativa do índice periodontal comunitário de acordo com os grupos de dentes examinados, Agudos, SP, 2012.

	16		11		26		36		31		46	
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Sadio	189	73,83	231	90,23	194	75,78	184	71,88	183	71,48	185	72,27
Sangramento	38	14,84	16	6,25	29	11,33	43	16,80	8	3,13	43	16,80
Cálculo dentário	26	10,16	8	3,13	31	12,11	27	10,55	63	24,61	25	9,77
Bolsa de 4 a 5 mm	3	1,17	1	0,39	2	0,78	2	0,78	2	0,78	2	0,78
Bolsa 6 mm ou mais	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Excluído	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,39
Não examinado	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Total	256	100	256	100	256	100,00	256	100,00	256	100,00	256	100,00

Ao avaliar a condição periodontal em relação a idade, sexo e etnia foi encontrado 51,17% dos escolares com alguma alteração periodontal, sendo a mais prevalente o cálculo dentário com 32,03%, conforme pode ser verificado na tabela 8. Não foi observada diferença estatisticamente significativa na condição periodontal em relação a idade (p=0,143), sexo (p=0,751) e etnia (p=0,420).

Tabela 8- Frequência absoluta e relativa do Índice Periodontal Comunitário por individuo examinado de acordo com a idade, sexo e etnia, Agudos, SP, 2012.

	Sadio n (%)	Sangramento n (%)	Cálculo dentário n (%)	Bolsa 4 a 5 mm n (%)	Bolsa 6 mm ou mais n (%)	Total
Idade						
15 anos	53 (49,53)	18 (16,82)	35 (32,71)	1 (0,94)	0 (0,00)	107 (100,00)
16 anos	41 (51,90)	15 (18,99)	21 (26,58)	2 (2,53)	0 (0,00)	79 (100,00)
17 anos	25 (44,64)	10 (17,86)	19 (33,93)	2 (3,57)	0 (0,00)	56 (100,00)
18 anos	6 (42,86)	1 (7,14)	7 (50,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	14 (100,00)
Sexo						
Masculino	43 (47,78)	18 (20,00)	28 (31,11)	1 (1,11)	0(0,00)	90 (100,00)
Feminino	82 (49,40)	26 (15,66)	54 (32,53)	4 (2,41)	0(0,00)	166 (100,00)
Etnia						
Branco	96 (50,53)	34 (17,89)	57 (30,00)	3 (1,58)	0(0,00)	190 (100,00)
Não Branco	29 (43,94)	10 (15,15)	25 (37,88)	2 (3,03)	0(0,00)	66 (100,00)
Total	125 (48,83)	44 (17,19)	82 (32,03)	5 (1,95)	0(0,00)	256 (100,00)

5.2.4 Má Oclusão

Para avaliar a má oclusão foi utilizado o Índice de Estética Dental. Ao analisar os componentes utilizados para determinar a severidade da má oclusão e sua necessidade de tratamento, verificou-se que, em relação à presença de apinhamento dentário houve maior percentual de adolescentes sem apinhamento (51,95%), e daqueles que apresentavam esta condição, 29,69% apresentavam apinhamento em 1 região (arco superior ou inferior), com maior percentual nos adolescentes de 17 anos de idade, sexo masculino, e etnia branca, conforme evidenciado na tabela 9.

Tabela 9 - Frequência absoluta e relativa do apinhamento dentário de acordo com a idade, sexo e etnia, Agudos, SP, 2012

	Sem apinhamento		Apinhamento 1 região		Apinhamento 2 regiões		Total	
	n	%	N	%	n	%	n	%
Idade								
15 anos	63	58,88	24	22,43	20	18,69	107	100,00
16 anos	38	48,10	27	34,18	14	17,72	79	100,00
17 anos	25	44,64	21	37,50	10	17,86	56	100,00
18 anos	7	50,00	4	28,57	3	21,43	14	100,00
Gênero								
Masculino	44	48,89	31	34,44	15	16,67	90	100,00
Feminino	89	53,61	45	27,11	32	19,28	166	100,00
Etnia								
Branco	94	49,47	60	31,58	36	18,95	190	100,00
Não Branco	39	59,09	16	24,24	11	16,67	66	100,00
Total	133	51,95	76	29,69	47	18,36	256	100,00

Na tabela 10 evidencia-se a presença de diastema a qual foi encontrada em 8,20% dos adolescentes estudados e 4,69% apresentavam diastema maior que 2 mm, sendo mais prevalente nos jovens de 15 anos, sexo masculino e brancos.

Tabela 10 - Frequência absoluta e relativa do diastema de acordo com a idade, sexo e etnia, Agudos, SP, 2012

	Sem Diastema		Menor que 2 mm		Maior que 2 mm		Total	
	n	%	N	%	n	%	n	%
Idade								
15 anos	94	87,85	5	4,67	8	7,48	107	100,00
16 anos	75	94,94	2	2,53	2	2,53	79	100,00
17 anos	53	94,64	1	1,79	2	3,57	56	100,00
18 anos	13	92,86	1	7,14	0	0,00	14	100,00
Gênero								
Masculino	81	90,00	4	4,44	5	5,56	90	100,00
Feminino	154	92,77	5	3,01	7	4,22	166	100,00
Etnia								
Branco	175	92,10	6	3,16	9	4,74	190	100,00
Não Branco	60	90,90	3	4,55	3	4,55	66	100,00
Total	235	91,80	9	3,51	12	4,69	256	100,00

Em relação ao overjet maxilar, foi encontrada uma média de 2,65 (±1,34) em

94,53% dos adolescentes participantes, conforme evidenciado na tabela 11, com maior percentual aos 18 anos de idade, sexo masculino e etnia branca.

Tabela 11- Overjet maxilar de acordo com idade, sexo e etnia, Agudos, SP, 2012

	Sem Overjet Maxilar		Com Overjet Maxilar		Total		Média	dp
	n	%	n	%	n	%		
Idade								
15 anos	7	6,54	100	93,46	107	100,00	2,52	1,32
16 anos	5	6,33	74	93,67	79	100,00	2,76	1,4
17 anos	2	3,57	54	96,43	56	100,00	2,81	1,33
18 anos	0	0,00	14	100,00	14	100,00	2,32	1,07
Sexo								
Masculino	2	2,22	88	97,78	90	100,00	2,69	1,44
Feminino	12	7,23	154	92,77	166	100,00	2,62	1,28
Etnia								
Branco	10	5,26	180	94,74	190	100,00	2,67	1,36
Não branco	4	6,06	62	93,94	66	100,00	2,58	1,27
Total	14	5,47	242	94,53	256	100,00	2,65	1,34

Dos adolescentes examinados, 44,53% apresentaram alterações na relação molar, sendo que 28,91% apresentaram relação molar de meia cúspide (tabela 12).

Tabela 12 - Frequência absoluta e relativa da relação molar de acordo com o gênero, sexo e etnia, Agudos, SP, 2012

	Normal		Meia Cúspide		Cúspide inteira		Total	
	n	%	n	%	n	%		
Idade								
15 anos	68	63,55	22	20,56	17	15,89	107	100,00
16 anos	37	46,84	28	35,44	14	17,72	79	100,00
17 anos	31	55,36	18	32,14	7	12,50	56	100,00
18 anos	6	42,86	6	42,86	2	14,28	14	100,00
Gênero								
Masculino	53	58,89	22	24,44	15	16,67	90	100,00
Feminino	89	53,61	52	31,33	25	15,06	166	100,00
Etnia								
Branco	108	56,84	55	28,95	27	14,21	190	100,00
Não Branco	34	51,52	19	28,79	13	19,70	66	100,00
Total	142	55,47	74	28,91	40	15,62	256	100,00

Em relação à presença de espaçamentos, a maior parte dos adolescentes examinados encontrou-se sem espaçamentos (86,33%) e apenas 10,16% apresentaram espaçamentos em uma região (Apêndice A, p, 149).

Ao analisar a severidade da má oclusão e as necessidades de tratamento dos participantes, constatou-se que 64,06% apresentaram má oclusão e deste total 27,73% apresentavam má oclusão definida, com necessidade de tratamento eletivo e 19,53% má oclusão severa com necessidade de tratamento altamente desejável; não foi observada diferença estatisticamente significativa na má oclusão entre as idades, sexo e etnia (tabela 13).

Tabela 13 - Frequência absoluta e relativa da severidade da má oclusão e necessidade de tratamento de acordo com a idade, sexo e etnia, Agudos, SP, 2012,

	Sem anormalidade/ Pouca necessidade		Definida/ Eletivo		Severa/ Altamente desejável		Incapacitante/ Imprescindível		Total		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Idade											
15 anos	37	34,58	31	28,97	26	24,30	13	12,15	107	100,00	0,157
16 anos	31	39,24	19	24,05	11	13,92	18	22,79	79	100,00	
17 anos	18	32,14	18	32,14	10	17,86	10	17,86	56	100,00	
18 anos	6	42,86	3	21,43	3	21,43	2	14,29	14	100,00	
Sexo											
Masculino	28	31,11	25	27,78	24	26,67	13	14,44	90	100,00	0,374
Feminino	64	38,55	46	27,71	26	15,66	30	18,07	166	100,00	
Etnia											
Branco	70	36,84	52	27,37	37	19,47	31	16,32	190	100,00	0,682
Não Branco	22	33,33	19	28,79	13	19,70	12	18,18	66	100,00	
Total	92	35,94	71	27,73	50	19,53	43	16,80	256	100,00	

,

5.3 ANSIEDADE E MEDO ODONTOLÓGICO

Foi encontrada alta prevalência de adolescentes com ansiedade odontológica (90,62%), contudo 76,56% demonstrou baixo nível de ansiedade; não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre as idades, sexo e etnia conforme demonstrado na tabela 14.

Tabela 14 - Frequência absoluta e relativa do grau de ansiedade, de acordo com a idade, sexo e etnia, Agudos, SP, 2012

	Sem ansiedade		Baixa ansiedade		Alta ansiedade		Total		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Idade									
15 anos	9	8,41	84	78,51	14	13,08	107	100,00	0,834
16 anos	9	11,39	61	77,22	9	11,39	79	100,00	
17 anos	5	8,93	40	71,43	11	19,64	56	100,00	
18 anos	1	7,14	11	78,57	2	14,29	14	100,00	
Sexo									
Masculino	9	10,00	72	80,00	9	10,00	90	100,00	0,827
Feminino	15	9,04	124	74,70	27	16,26	166	100,00	
Etnia									
Branco	18	9,47	149	78,42	23	12,11	190	100,00	0,678
Não branco	6	9,09	47	71,21	13	19,70	66	100,00	
Total	24	9,38	196	76,56	36	14,06	256	100,00	

Ao analisar a ansiedade frente a diferentes situações pode-se observar que esperar o cirurgião-dentista preparar a anestesia foi a situação em que houve maior percentual de adolescentes com ansiedade (81,65%), sendo também a situação em que os adolescentes demonstraram maiores níveis de ansiedade, com 16,02% de adolescentes extremamente ansiosos assim como estar na cadeira odontológica esperando o dentista trabalhar com 10,94% (Apêndice B, p, 149).

Em relação ao medo odontológico, 91,79% dos adolescentes apresentavam medo odontológico, sendo que 83,98% apresentavam baixo medo. Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa no medo odontológico entre as idades, sexo e etnia (tabela 15).

Tabela 15 - Frequência absoluta e relativa do medo odontológico de acordo com a idade, sexo e etnia, Agudos, SP, 2012

	Sem medo		Baixo medo		Alto medo		Total		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Idade									
15	7	6,54	91	85,05	9	8,41	107	100,00	0,312
16	8	10,13	66	83,54	5	6,33	79	100,00	
17	5	8,93	47	83,93	4	7,14	56	100,00	
18	1	7,14	11	78,57	2	14,29	14	100,00	
Sexo									
Masculino	8	8,89	78	86,67	4	4,44	90	100,00	0,545
Feminino	13	7,83	137	82,53	16	9,64	166	100,00	
Etnia									
Branco	17	8,95	162	85,26	11	5,79	190	100,00	0,640
Não Branco	4	6,06	53	80,30	9	13,64	66	100,00	
Total	21	8,20	215	83,98	20	7,81	256	100,00	

Ao avaliar a fuga dos adolescentes ao tratamento odontológico observou-se que 58,20% dos adolescentes nunca adiam consultas e 66,41% nunca cancelam os horários marcados (Apêndice C, p, 150). Em relação às manifestações fisiológicas relacionadas ao medo odontológico, 45,70% relataram apresentar o coração batendo mais depressa a qual foi a manifestação de ocorrência mais frequente (sempre) com 2,73% (Apêndice D, p,150).

Quanto ao medo provocado, pode-se observar maior percentual de indivíduos com medo relacionado às situações mais invasivas como sentir a agulha penetrar com 70,70% e vendo a agulha da seringa com 66,02%; além disso, o medo sempre esteve presente ao sentir a agulha penetrar em 15,23% dos adolescentes, (Apêndice E, p, 150; Apêndices F; G, p, 151).

5.4 DOR DE DENTE

A dor de dente foi avaliada pelo instrumento preconizado por Goes e baseado no modelo de Loeser, onde 76,56% dos estudantes demonstraram terem tido dor de dente alguma vez na vida, contudo, ao avaliar a experiência de dor de dente nos últimos 6 meses, 32,42% dos adolescentes relataram dor. Foi observada diferença estatisticamente significativa na dor de dente alguma vez na vida em relação à etnia assim como na dor de dente nos últimos 6 meses em relação ao sexo, como pode ser observado nas tabelas 16 e 17.

Tabela 16 - Frequência absoluta e relativa dos adolescentes que já tiveram dor de dente na vida, de acordo com a idade, sexo e etnia, Agudos, SP, 2012

	Com dor		Sem dor		Total		p
	n	%	n	%	n	%	
Idade							
15 anos	75	70,09	32	29,91	107	100,00	0,224
16 anos	64	81,01	15	18,99	79	100,00	
17 anos	46	82,14	10	17,86	56	100,00	
18 anos	11	78,57	3	21,43	14	100,00	
Sexo							
Masculino	66	73,33	24	26,67	90	100,00	0,369
Feminino	130	78,31	36	21,69	166	100,00	
Etnia							
Branco	139	73,16	51	26,84	190	100,00	0,029*
Não Branco	57	86,36	9	13,64	66	100,00	
Total	196	76,56	60	23,44	256	100,00	

* diferença estatisticamente significativa (p<0,05),

Tabela 17- Frequência absoluta e relativa dos adolescentes que tiveram dor de dente nos últimos seis meses, de acordo com a idade, sexo e etnia, Agudos, SP, 2012

	Com dor		Sem dor		Total		p
	n	%	n	%	n	%	
Idade							
15 anos	27	25,23	80	74,77	107	100,00	0,177
16 anos	30	37,97	49	62,03	79	100,00	
17 anos	22	39,29	34	60,71	56	100,00	
18 anos	4	28,57	10	71,43	14	100,00	
Sexo							
Masculino	22	24,44	68	75,56	90	100,00	0,044*
Feminino	61	36,75	105	63,25	166	100,00	
Etnia							
Branco	57	30,00	133	70,00	190	100,00	0,160
Não Branco	26	39,39	40	60,61	66	100,00	
Total	83	32,42	173	67,58	256	100,00	

* diferença estatisticamente significativa (p<0,05)

Ao avaliar a duração da dor de dente, em 31,12% dos casos os adolescentes não souberam responder e em 30,61% a dor de dente durou um tempo muito pequeno, conforme demonstrado na tabela 18.

Tabela 18 – Frequência absoluta e relativa da duração da dor de dente de acordo com a idade, sexo e etnia, Agudos, SP, 2012

	Um tempo muito pequeno n (%)	Uma hora n (%)	O dia inteiro n (%)	A noite toda n (%)	Mais que um dia n (%)	Não sabe n (%)	Total n (%)
Idade							
15 anos	25 (33,33)	5 (6,67)	13 (17,33)	2 (2,67)	8 (10,67)	22 (29,33)	75 (100,00)
16 anos	17 (26,56)	3 (4,69)	14 (21,88)	4 (6,25)	5 (7,81)	21 (32,81)	64 (100,00)
17 anos	12 (26,09)	5 (10,87)	8 (17,39)	1 (2,17)	4 (8,70)	16 (34,78)	46 (100,00)
18 anos	6 (54,55)	0 (0,00)	1 (9,09)	1 (9,09)	1 (9,09)	2 (18,18)	11(100,00)
Sexo							
Masculino	25 (37,88)	3 (4,55)	9 (13,64)	4 (6,06)	1 (1,51)	24 (36,36)	66 (100,00)
Feminino	35 (26,92)	10 (7,69)	27 (20,77)	4 (3,08)	17 (13,08)	37 (28,46)	130 (100,00)
Etnia							
Branco	52 (37,41)	9 (6,47)	22 (15,83)	7 (5,04)	11 (7,91)	38 (27,34)	139 (100,00)
Não Branco	8 (14,04)	4 (7,02)	14 (24,56)	1 (1,75)	7 (12,28)	23 (40,35)	57 (100,00)
Total	60 (30,61)	13(6,63)	36(18,37)	8(4,08)	18(9,18)	61(31,12)	196 (100,00)

Quanto à intensidade da dor dente pode-se observar que 45,92% dos participantes apresentaram dor considerada desconfortável e 23,47% tiveram dor leve (tabela 19).

Tabela 19 – Frequência absoluta e relativa da intensidade da dor de dente de acordo coma idade, Agudos, SP, 2012

	Leve n (%)	Desconfortável n (%)	Estressante n (%)	Horrível n (%)	Intolerável n (%)	Total n (%)
Idade						
15 anos	21 (28,00)	33 (44,00)	10 (13,33)	8 (10,67)	3 (4,00)	75 (100,00)
16 anos	15 (23,44)	29 (45,31)	12 (18,75)	6 (9.38)	2 (3,12)	64 (100,00)
17 anos	9 (19,57)	23 (50,00)	8 (17,39)	5 (10,87)	1 (2,17)	46 (100,00)
18 anos	1 (9,09)	5 (45,46)	1 (9,09)	3 (27,27)	1 (9,09)	11 (100,00)
Sexo						
Masculino	19 (28,79)	30 (45,45)	7 (10,61)	7 (10,61)	3 (4,54)	66 (100,00)
Feminino	27 (20,77)	60 (46,15)	24 (18,46)	15 (11,54)	4 (3,08)	130 (100,00)
Etnia						
Branco	36 (25,90)	64 (46,04)	22 (15,83)	14 (10,07)	3 (2,16)	139 (100,00)
Não Branco	10 (17,54)	26 (45,61)	9 (15,79)	8 (14,04)	4 (7,02)	57 (100,00)
Total	46 (23,47)	90 (45,92)	31 (15,82)	22 (11,22)	7 (3,57)	196 (100,00)

Ao questionar a causa da dor de dente, a presença de buraco no dente e comer/beber alimentos quentes/frios foram as mais prevalentes na amostra geral (tabelas 20 e 21).

Tabela 20 - Frequência absoluta e relativa da causa da dor de dente* de acordo com a idade, sexo e etnia, Agudos, SP, 2012

	Buraco no dente		Comi/bebi alimentos quentes/frios		Mastiguei alimentos duros		Perdi um dente		Um novo dente aparecendo		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Idade												
15 anos	16	21,33	18	24,00	16	21,33	0	0,00	5	6,67	75	100,00
16 anos	20	31,25	16	25,00	10	15,63	3	4,69	6	9,37	64	100,00
17 anos	8	17,39	7	15,22	13	28,26	1	2,17	4	8,70	46	100,00
18 anos	4	28,57	3	21,43	3	21,43	0	0,00	2	14,29	14	100,00
Sexo												
Masculino	18	27,27	11	16,67	12	18,18	0	0,00	4	6,06	66	100,00
Feminino	30	23,08	32	24,61	20	15,38	4	3,08	21	16,15	130	100,00
Etnia												
Branco	36	25,90	33	23,74	26	18,70	3	2,16	11	7,91	139	100,00
Não Branco	12	21,05	10	17,54	6	10,53	1	1,75	14	24,56	57	100,00
Total	48	24,49	43	21,94	32	16,33	4	2,04	25	12,75	196	100,00

*buraco no dente, comi/bebi alimentos quentes/frios, mastiguei alimentos duros, perdi um dente, um novo dente aparecendo

Tabela 21 - Frequência absoluta e relativa da causa da dor de dente* de acordo com a idade, sexo e etnia, Agudos, SP, 2012

	Restaurei um dente		Fiz tratamento de canal		Extração		Dente quebrou		Total	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)		
Idade										
15 anos	15	20,00	2	2,67	2	2,67	1	1,33	75	100,00
16 anos	2	3,12	1	1,56	0	0,00	6	9,38	64	100,00
17 anos	11	23,91	1	2,17	0	0,00	1	2,17	46	100,00
18 anos	1	7,14	1	7,14	0	0,00	0	0,00	14	100,00
Sexo										
Masculino	13	19,70	1	1,51	1	1,51	6	9,09	66	100,00
Feminino	16	12,31	4	3,08	1	0,77	2	1,54	130	100,00
Etnia										
Branco	18	12,95	3	2,16	2	1,44	7	5,04	139	100,00
Não Branco	11	19,30	2	3,51	0	0,00	1	1,75	57	100,00
Total	29	14,80	5	2,55	2	1,02	8	4,08	196	100,00

*restaurei um dente, fiz tratamento de canal, extração, dente quebrou

Em relação à localização da dor, 40,31% dos adolescentes apresentaram do no lado direito da face e 34,69% no lado esquerdo (Apêndice H, p, 150).

5.5 ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL

No que tange ao acesso aos serviços de saúde bucal, observou-se que 1,56% dos adolescentes participantes nunca foram ao dentista e 61,72% compareceram ao dentista há menos de 1 ano, com maiores percentuais aos 16 anos de idade, sexo feminino e etnia não branca (tabela 22); além disso, 48,44% foram ao dentista nos últimos 6 meses, com maior prevalência aos 18 anos de idade, sexo feminino e etnia não branca (tabela 23).

Tabela 22 - Frequência absoluta e relativa do período da última consulta com o dentista de acordo com a idade, sexo e etnia, Agudos, SP, 2012

	Nunca foi ao dentista		Menos de 1 ano		1 a 2 anos		3 anos ou mais		Total		p
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	
Idade											
15 anos	2	1,87	62	57,94	25	23,37	18	16,82	107	100,00	0,934
16 anos	1	1,27	54	68,35	13	16,46	11	13,92	79	100,00	
17 anos	1	1,79	34	60,71	10	17,86	11	19,64	56	100,00	
18 anos	0	0,00	8	57,14	4	28,57	2	14,29	14	100,00	
Sexo											
Masculino	2	2,22	47	52,22	21	23,33	20	22,22	90	100,00	0,116
Feminino	2	1,21	111	66,87	31	18,67	22	13,25	166	100,00	
Etnia											
Branco	3	1,58	115	60,53	43	22,63	29	15,26	190	100,00	0,438
Não Branco	1	1,52	43	65,15	9	13,64	13	19,69	66	100,00	
Total	4	1,56	158	61,72	52	20,31	42	16,41	256	100,00	

Tabela 23 - Frequência absoluta e relativa dos adolescentes que tiveram consulta com o dentista nos últimos seis meses, de acordo com a idade, sexo e etnia, Agudos, SP, 2012

	Foi ao dentista nos últimos 6 meses		Não foi ao dentista nos últimos 6 meses		Total		p
	n	%	n	%	n	%	
Idade							
15 anos	51	47,66	56	52,34	107	100,00	0,088
16 anos	39	49,37	40	50,63	79	100,00	
17 anos	27	48,21	29	51,79	56	100,00	
18 anos	7	50,00	7	50,00	14	100,00	
Sexo							
Masculino	38	42,22	52	57,78	90	100,00	0,143
Feminino	86	51,81	80	48,19	166	100,00	
Etnia							
Branco	91	47,90	99	52,10	190	100,00	0,768
Não Branco	33	50,00	33	50,00	66	100,00	
Total	124	48,44	132	51,56	256	100,00	

Em relação ao local onde foi feita a primeira procura por serviços de saúde bucal constatou-se que 48,83% procuraram atendimento em consultório particular e 46,88% buscaram atendimento no serviço público de saúde. Ainda, 2,73% buscaram o primeiro atendimento em instituições de ensino (tabela 24).

Tabela 24 - Frequência absoluta e relativa do local onde foi feito o primeiro atendimento odontológico, de acordo com a idade, sexo e etnia, Agudos, SP, 2012

	Consultório Particular		Centro de saúde		Instituições de ensino		Nunca foi ao dentista		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Idade										
15 anos	53	49,53	46	42,99	6	5,61	2	1,87	107	100,00
16 anos	40	50,63	37	46,83	1	1,27	1	1,27	79	100,00
17 anos	26	46,43	29	51,79	0	0,00	1	1,78	56	100,00
18 anos	6	42,86	8	57,14	0	0,00	0	0,00	14	100,00
Sexo										
Masculino	45	50,00	37	41,11	6	6,67	2	2,22	90	100,00
Feminino	80	48,19	83	50,00	1	0,60	2	1,21	166	100,00
Etnia										
Branco	92	48,42	89	46,84	6	3,16	3	1,58	190	100,00
Não Branco	33	50,00	31	46,97	1	1,51	1	1,51	66	100,,00
Total	125	48,83	120	46,88	7	2,73	4	1,56	256	100,00

Do total de adolescentes examinados que buscaram serviços de saúde bucal (98,44%), 16,41% não conseguiram atendimento na primeira procura (tabela 25) e os principais motivos por não terem sido atendidos foram, falta de vaga ou senha para o atendimento (33,33%) e não haver dentista no local (21,43%) no momento da busca (tabela 26).

Tabela 25 - Frequência absoluta e relativa dos adolescentes que conseguiram atendimento odontológico na primeira procura de acordo com a idade, sexo e etnia, Agudos, SP, 2012

	Conseguiram atendimento		Não Conseguiram atendimento		Nunca foi ao dentista		Total	
	n	%	N	%	n	%	n	%
Idade								
15 anos	87	81,31	18	16,82	2	1,87	107	100,00
16 anos	63	79,75	15	18,99	1	1,27	79	100,00
17 anos	48	85,71	7	12,50	1	1,79	56	100,00
18 anos	12	85,71	2	14,29	0	0,00	14	100,00
Sexo								
Masculino	79	87,78	9	10,00	2	2,22	90	100,00
Feminino	131	78,92	33	19,88	2	1,20	166	100,00
Etnia								
Branco	159	83,68	28	14,74	3	1,58	190	100,00
Não Branco	51	77,27	14	21,21	1	1,51	66	100,00
Total	210	82,03	42	16,41	4	1,56	256	100,00

Tabela 26 - Frequência absoluta e relativa do motivo pelo qual os adolescentes não conseguiram atendimento na primeira procura de acordo com a idade, Agudos, SP, 2012

	Faltou vaga /senha		Não tinha dentista		Serviço ou equipamento sem funcionar		Não tinha material		Não podia pagar		Esperou muito e desistiu		Outro		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Idade																
15 anos	5	27,78	5	27,78	0	0,00	0	0,00	1	5,56	0	0,00	7	38,88	18	100,00
16 anos	7	46,67	2	13,33	1	6,67	2	13,33	1	6,67	2	13,33	0	0,00	15	100,00
17 anos	1	14,29	1	14,29	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	14,29	4	57,14	7	100,00
18 anos	1	50,00	1	50,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	100,00
Sexo																
Masculino	2	22,22	1	11,11	0	0,00	0	0,00	1	11,11	1	11,11	4	44,44	9	100,00
Feminino	12	36,36	8	24,24	1	3,03	2	6,06	1	3,03	2	6,06	7	21,21	33	100,00
Etnia																
Branco	10	35,71	6	21,43	1	3,57	1	3,57	2	7,14	1	3,57	7	25,00	28	100,00
Não Branco	4	28,57	3	21,43	0	0,00	1	7,14	0	0,00	2	14,29	4	28,57	14	100,00
Total	14	33,33	9	21,43	1	2,38	2	4,76	2	4,76	3	7,14	11	26,19	42	100,00

Em relação ao percentual de adolescentes que foram atendidos por planos de saúde odontológicos, foi verificado um percentual de 18,75% (Apêndice I, p, 150), Além disso, 42,97% dos adolescentes participantes pagaram pelo atendimento odontológico (Apêndice J, p, 153).

Ao avaliar a proporção de pacientes que realizaram o tratamento odontológico pelo Sistema Único de Saúde, observou-se que 40,23% foram atendidos no serviço público (tabela 27), podendo-se destacar que dos 46,88% de pacientes que tiveram seu primeiro atendimento no sistema público de saúde, 6,65% (17) não continuaram o atendimento neste sistema.

Tabela 27 - Frequência absoluta e relativa dos atendimentos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com a idade, sexo e etnia, Agudos, SP, 2012

	Atendidos pelo SUS		Não foram atendidos pelo SUS		Nunca foram ao dentista		Total	
	n	%	N	%	n	%	n	%
Idade								
15 anos	42	39,25	63	58,88	2	1,87	107	100,00
16 anos	31	39,24	47	59,49	1	1,27	79	100,00
17 anos	22	39,29	33	58,93	1	1,79	56	100,00
18 anos	8	57,14	6	42,86	0	0,00	14	100,00
Sexo								
Masculino	30	33,33	58	64,44	2	2,22	90	100,00
Feminino	73	43,98	91	54,82	2	1,20	166	100,00
Etnia								
Branco	77	40,53	110	57,89	3	1,58	190	100,00
Não Branco	26	39,39	39	59,09	1	1,52	66	100,00
Total	103	40,23	149	58,20	4	1,56	256	100,00

A tabela 28 descreve o motivo da última consulta com o dentista, destacando-se 42,19% dos adolescentes que foram ao dentista para revisão ou prevenção, com maiores percentuais de adolescentes de 18 anos de idade, sexo masculino e etnia branca.

Tabela 28 - Frequência absoluta e relativa do motivo da última consulta odontológica de acordo com a idade, sexo e etnia, Agudos, SP, 2012

	Extração		Revisão /Prevenção		Tratamento		Dor		Outro		Nunca foi ao dentista		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Idade														
15 anos	5	4,67	42	39,25	42	39,25	10	9,35	6	5,61	2	1,87	107	100,00
16 anos	3	3,80	32	40,51	21	26,58	12	15,19	10	12,66	1	1,27	79	100,00
17 anos	1	1,79	27	48,21	16	28,57	6	10,71	5	8,93	1	1,79	56	100,00
18 anos	0	0,00	7	50,00	4	28,57	3	21,43	0	0,00	0	0,00	14	100,00
Sexo														
Masculino	4	4,44	43	47,78	28	31,11	10	11,11	3	3,33	2	2,22	90	100,00
Feminino	5	3,01	65	39,16	55	33,13	21	12,65	18	10,84	2	1,21	166	100,00
Etnia														
Branco	7	3,68	79	41,58	63	33,16	20	10,53	18	9,47	3	1,58	190	100,00
Não Branco	2	3,03	29	43,94	20	30,30	11	16,67	3	4,55	1	1,51	66	100,00
Total	9	3,52	108	42,19	83	32,42	31	12,11	21	8,20	4	1,56	256	100,00

5.6 QUALIDADE DE VIDA

Ao avaliar a influência da saúde bucal na qualidade de vida dos adolescentes foi observada uma média geral de 6,62 (±4,41) com uma pontuação mínima de 0,00 e máxima de 18,40. O domínio que apresentou a maior média foi desconforto psicológico tanto na amostra geral como nas diferentes idades, sexo e etnia; a menor média foi encontrada no domínio deficiência tanto na amostra geral como aos 15, 16, 17 anos, em ambos os sexos e etnia; nos adolescentes de 18 anos a menor média foi observada no domínio incapacidade física, conforme pode ser observada na tabela 29.

Tabela 29 - Média e desvio padrão (dp) da influência da saúde bucal na qualidade de vida e domínios de acordo com o gênero, sexo e etnia, Agudos, SP, 2012

	LF Média (dp)	DF Média (dp)	DP Média (dp)	IF Média (dp)	IP Média (dp)	IS Média (dp)	D Média (dp)	T Média (dp)
Idade								
15 anos	0,75 (±0,68)	1,18 (±0,85)	1,50 (±1,07)	0,60 (±0,71)	0,88 (±0,80)	1,07 (0,83)	0,51 (0,77)	6,48 (3,79)
16anos	0,80 (±0,73)	1,18 (±0,78)	1,65 (±1,05)	0,74 (±0,84)	0,89 (±0,84)	1,19 (±0,92)	0,60 (±0,89)	7,05 (±4,55)
17 anos	0,68 (±0,68)	1,28 (±0,79)	1,48 (±1,12)	0,70 (±0,79)	0,78 (±0,89)	1,04 (±0,95)	0,40 (±0,69)	6,36 (±4,17)
18 anos	0,75 (±0,89)	1,05 (±0,78)	1,64 (±1,20)	0,50 (±0,73)	0,61 (±0,69)	1,20 (±0,91)	0,67 (±1,03)	6,43 (±4,42)
Sexo								
Masculino	0,70 (±0,65)	1,07 (±0,78)	1,40 (±1,02)	0,57 (±0,69)	0,66 (±0,75)	0,98 (±0,83)	0,42 (±0,61)	6,65 (±4,41)
Feminino	0,78 (±0,73)	1,26 (±0,82)	1,63 (±1,11)	0,70 (±0,81)	0,95 (±0,85)	1,18 (±0,91)	0,58 (±0,89)	6,61 (±4,00)
Etnia								
Branco	0,74 (±0,71)	1,13 (±0,81)	1,56 (±1,12)	0,63 (±0,78)	0,83 (±0,79)	1,12 (±0,89)	0,51 (±0,80)	6,53 (±4,15)
Não Branco	0,77 (±0,70)	1,39 (±0,77)	1,51 (±0,96)	0,73 (±0,73)	0,89 (±0,92)	1,07 (±0,89)	0,55 (±0,85)	6,90 (±4,14)
Total	0,75 (±0,70)	1,19 (±0,81)	1,55 (±1,08)	0,66 (±0,77)	0,85 (±0,83)	1,11 (±0,89)	0,52 (±0,81)	6,62 (±4,41)

LF (limitações funcionais); DF (dor física); DP (desconforto psicológico); IF (incapacidade física); IP (incapacidade psicológica); IS (incapacidade social); D (deficiência); T(total)

Em relação ao impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida dos adolescentes observou-se que 96,87% apresentaram impacto das condições de

saúde bucal na qualidade de vida sendo que destes, 74,22% apresentaram impacto fraco e 23,00% apresentaram médio impacto (gráfico 1).

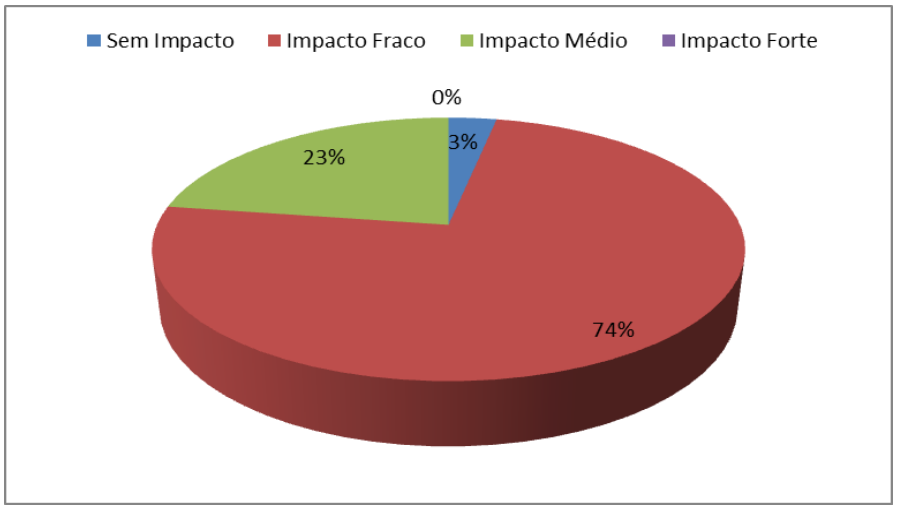

Gráfico 1- Impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida, Agudos, SP, 2012

O impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida de acordo com as diferentes idades está descrito no gráfico 2, onde foi encontrado maior percentual de indivíduos com impacto fraco nas diferentes idades, sendo observado maior percentual de indivíduos com impacto médio aos de 18 anos de idade.

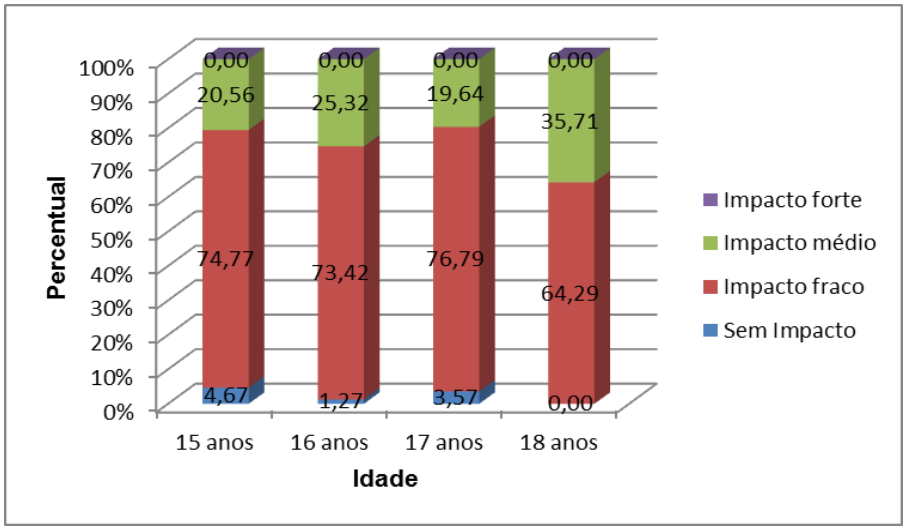

Gráfico 2- Impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida dos adolescentes examinados, de acordo com a idade, Agudos, SP,2012

Em relação ao impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida de acordo com o sexo observou-se maior percentual de indivíduos com

impacto fraco em ambos os sexos, contudo em relação àqueles com médio impacto, foi encontrado maior percentual nos indivíduos do sexo feminino (gráfico 3).

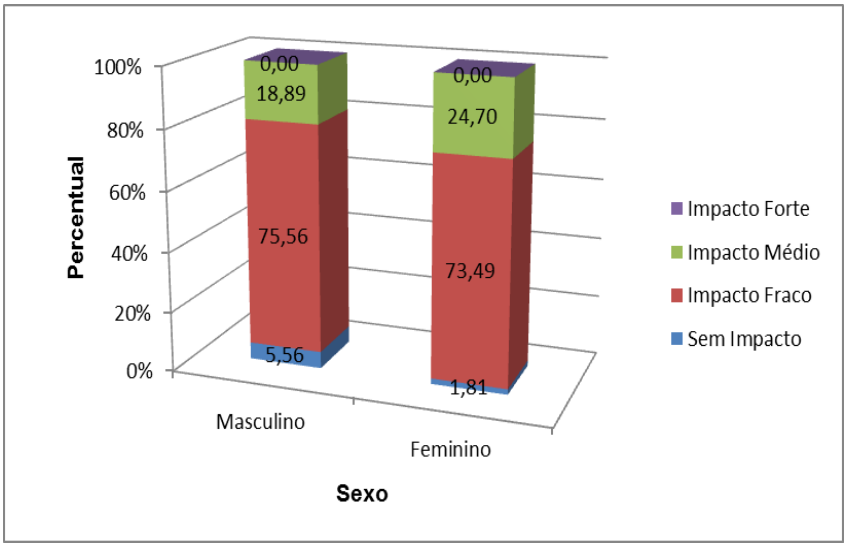

Gráfico 3- Impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida dos adolescentes examinados, de acordo com o gênero, Agudos, SP,2012

O gráfico 4 demonstra o impacto das condições de saúde bucal de acordo com a etnia, sendo encontrada maior prevalência de impacto fraco em ambos os grupos, contudo observou-se maior percentual de indivíduos com médio impacto no grupo étnico não branco.

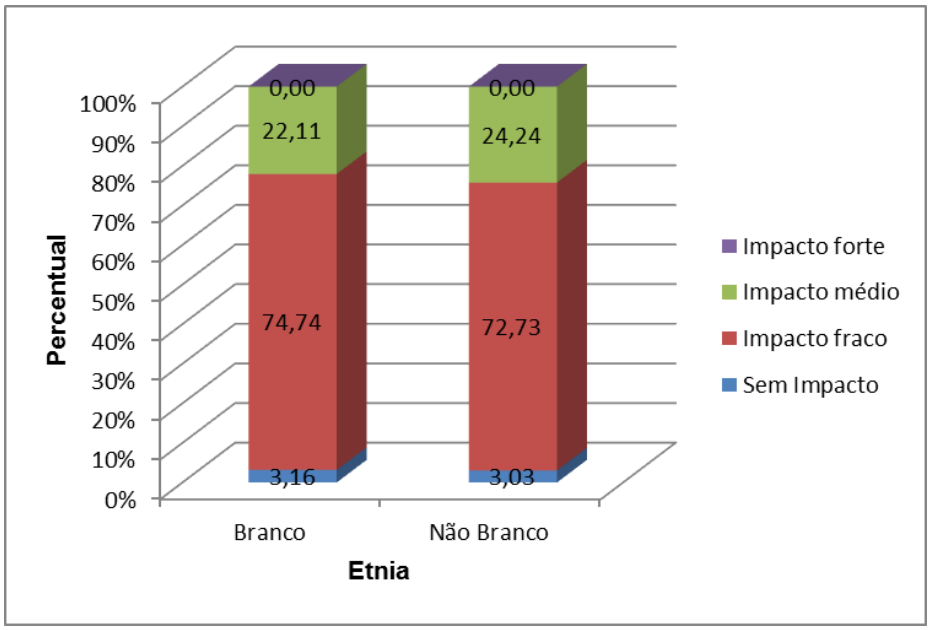

Gráfico 4- Impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida de acordo com a etnia, Agudos, SP, 2012

5.7 CORRELAÇÃO DE SPEARMAN

O teste de Correlação de Spearman foi utilizado para avaliar a relação entre as variáveis independentes (cárie dentária, doença periodontal, fluorose, má oclusão, medo, dor, ansiedade) com a influência da saúde bucal na qualidade de vida e com o acesso ao serviço de saúde bucal. Além disso, foi verificada a relação entre acesso ao serviço de saúde e a influência da saúde bucal na qualidade de vida. Entretanto, este estudo não possibilitou verificar a relação de causalidade entre as variáveis investigadas haja vista o delineamento transversal adotado no mesmo.

5.7.1 Correlação entre condições de saúde bucal, medo, dor e ansiedade odontológica com a qualidade de vida,

Os resultados da correlação entre o CPOD e seus componentes com o questionário de qualidade de vida estão elencados na tabela 30, observando que houve relação estatisticamente significativa entre o componente perdido do CPOD com o impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida e com os domínios desconforto psicológico, incapacidade psicológica e deficiência, e entre o componente cariado do CPOD e a qualidade de vida, dor física e incapacidade física, entretanto as correlações encontradas foram fracas.

Tabela 30 – Correlação de Spearman entre o CPOD e componentes com a influência da saúde bucal na qualidade de vida e domínios, Agudos, SP, 2012,

	CPOD		Cariado		Obturado		Perdido	
	R	p	R	p	R	p	R	p
Qualidade de vida	0,066	0,291	0,149	0,017*	-0,010	0,870	0,192	0,002*
Limitações funcionais	0,021	0,733	0,050	0,427	-0,014	0,814	0,074	0,239
Dor física	0,102	0,102	0,145	0,020*	0,039	0,529	0,112	0,073
Desconforto psicológico	0,021	0,737	0,116	0,065	-0,035	0,572	0,159	0,011*
Incapacidade física	0,114	0,069	0,185	0,002*	0,02	0,747	0,110	0,079
Incapacidade psicológica	0,028	0,650	0,077	0,216	-0,014	0,821	0,183	0,003*
Incapacidade social	-0,005	0,941	0,019	0,760	-0,028	0,652	0,113	0,070
Deficiência	0,085	0,177	0,066	0,294	0,046	0,459	0,183	0,003*

* correlação estatisticamente significativa

Ao avaliar a relação entre a fluorose, condição periodontal e má oclusão, não foi encontrada relação estatisticamente significativa entre as variáveis independentes e o impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida dos adolescentes (Apêndice L, p, 153).

Os resultados da correlação entre a ansiedade, medo e dor de dente com a influência das condições de saúde bucal na qualidade de vida estão elencados na tabela 31, podendo verificar que houve relação estatisticamente significativa entre a dor de dente com o escore geral da qualidade de vida e os domínios desconforto psicológico, incapacidade física e dor física, sendo este último domínio o que apresentou a relação mais forte (R=0,405); foi encontrada relação estatisticamente significativa entre o medo e a qualidade de vida e todos os domínios e também entre a ansiedade e os domínios limitações funcionais, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física e incapacidade psicológica, entretanto a relação observada foi fraca.

Tabela 31 – Correlação de Spearman entre a ansiedade, medo, dor de dente com a influência da saúde bucal na qualidade de vida e domínios, Agudos, SP, 2012

	Ansiedade		Medo		Dor de dente	
	R	p	R	p	R	p
Qualidade de vida	0,239	<0,001*	0,359	<0,001*	0,221	<0,001*
Limitações funcionais	0,266	<0,001*	0,318	<0,001*	0,099	0,111
Dor física	0,201	0,001*	0,350	<0,001*	0,405	<0,001*
Desconforto psicológico	0,178	0,004*	0,283	<0,001*	0,168	0,007*
Incapacidade física	0,185	0,003*	0,294	<0,001*	0,211	<0,001*
Incapacidade psicológica	0,199	0,001*	0,314	<0,001*	0,077	0,222
Incapacidade social	0,088	0,160	0,154	0,014*	0,102	0,104
Deficiência	0,118	0,059	0,149	0,016*	0,014	0,818

* correlação estatisticamente significativa

5.7.2 Correlação entre condições de saúde bucal, medo, dor e ansiedade odontológica e qualidade de vida com o acesso aos serviços de saúde bucal,

Ao analisar os resultados da correlação entre o acesso aos serviços de saúde bucal e a qualidade de vida (tabela 32), observou-se que houve relação estatisticamente significativa entre o acesso aos serviços de saúde bucal e o

domínio incapacidade física e com o domínio dor física, sendo que quanto mais distante foi o período da última consulta, maior o impacto da saúde bucal na incapacidade física e na dor física dos adolescentes, contudo tais relações foram fracas (R=0,167; R=0,159).

Tabela 32 - Correlação de Spearman entre o acesso ao serviço de saúde bucal e a influência da saúde bucal na qualidade de vida e domínios, Agudos, SP, 20125

	Período da última visita com o dentista	
	R	p
Qualidade de vida	0,069	0,274
Limitações funcionais	0,013	0,837
Dor física	0,167	0,008*
Desconforto psicológico	0,026	0,676
Incapacidade física	0,159	0,011*
Incapacidade psicológica	0,020	0,753
Incapacidade social	0,012	0,851
Deficiência	0,026	0,677

* correlação estatisticamente significativa (p<0,05)

Os resultados da correlação entre o acesso aos serviços de saúde bucal e o Índice CPOD estão descritos na tabela 33 onde foi observada relação estatisticamente significativa entre o acesso e o CPOD e o componente cariado, sendo que quanto mais distante o período da ultima visita com o dentista, maior o CPOD e o componente cariado, contudo, a relação observada foi fraca, Não foi encontrada relação estatisticamente significativa entre o acesso aos serviços de saúde bucal com a fluorose, doença periodontal e má oclusão (Apêndice M, p, 151).

Tabela 33 - Correlação de Spearman entre o acesso ao serviço de saúde bucal e o CPOD e componentes, Agudos, SP, 2012

	Período da última visita com o dentista	
	R	p
Cariado	0,130	0,037*
Perdido	0,069	0,378
Obturado	0,053	0,958
CPOD	0,168	0,006*

* correlação estatisticamente significativa (p<0,05)

Na tabela 34 estão descritos os resultados da correlação entre o acesso aos serviços de saúde bucal com a ansiedade, medo e dor de dente, verificando-se relação significativa entre a presença de dor de dente alguma vez na vida e o acesso aos serviços de saúde bucal, podendo-se constatar que quanto mais tempo o adolescente passa sem ir ao dentista, maior a ocorrência de dor de dente, entretanto a relação verificada foi fraca (R=0,128).

Tabela 34 – Correlação de Spearman entre a ansiedade, medo, dor de dente com o acesso aos serviços de saúde bucal, Agudos, SP, 2012

	Ansiedade		Medo		Dor de dente na vida	
	R	p	R	p	R	p
Acesso – período da última visita com o dentista	-0,048	0,448	0,025	0,687	0,128	0,041*

* correlação estatisticamente significativa (p<0,05)

6 Discussão

6 DISCUSSÃO

6.1 CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL

Existem poucas pesquisas no que tange às condições de saúde bucal dos adolescentes. Em relação à cárie dentária, foi encontrada uma média geral de CPOD de 3,09 (±3,30), resultado que foi inferior ao encontrado em outros estudos (GUSHI et al., 2005; REBELO et al., 2009; MOREIRA; ROSENBLATT; PASSOS, 2007), e superior a pesquisa de Cangussu et al., 2001. Além disso, foi observada maior expressividade do componente restaurado, tanto para a amostra geral como em relação à idade, sexo e etnia, da mesma forma que nos estudos de Gushi et al., 2005 e Moreira; Rosenblatt; Passos, 2007 e diferentemente da pesquisa de Rebelo et al., 2009 que encontrou maior expressividade do componente cariado. A maior expressividade do componente restaurado vem de encontro ao Índice de cuidados encontrado de 79,29% na amostra geral, demonstrando que os adolescentes participantes têm acesso a atenção a saúde bucal.

De acordo com Narvai et al., 2006, há um consenso que de existe polarização quando num polo encontra-se ausência de doenças em um grande número de pessoas e em outro há grande proporção de casos concentrados em um pequeno grupo de indivíduos. Ainda, de acordo com o autor, a polarização é um fenômeno que pode estar refletindo a eficácia de medidas preventivas e controle da enfermidade, embasadas em estratégia populacional, onde se evolui de uma situação de alta prevalência da doença para um panorama em que se constata uma grande porcentagem de indivíduos livres de cárie (Narvai et al., 2006).

Na presente pesquisa foi observado um Sic Índice de 6,86, valor este 2 vezes superior ao CPOD, demonstrando elevada concentração da doença em menor percentual de grupo populacional; este fato também foi observado no estudo conduzido no Estado de São Paulo que encontrou um Sic Índice 12,19 e um CPOD de 7,13 em 2002 para adolescentes de 18 anos de idade (Gushi et al,, 2008). A identificação dos grupos polarizados torna-se fundamental para direcionar ações em saúde bucal pelo serviço público de saúde e reduzir desigualdades nas condições de saúde bucal.

Em relação à prevalência da fluorose dentária, percebe-se uma tendência inversa em relação à cárie dentária com taxas crescentes em todo o mundo, especialmente nas formas leve e muito leve (SALIBA et al., 2006).

Neste estudo foi encontrada uma prevalência de 12,89% de fluorose com maior percentual de indivíduos com condição questionável. Este resultado foi inferior a outros estudos onde foi encontrada uma prevalência de fluorose de 16,83% em indivíduos de 15 anos em Salvador, 26,80% em adolescentes de 15 a 19 anos em Passo Fundo, 28,06% em Aracaju e 16,20% de casos de fluorose muito leve e leve em Maringá (OLIVEIRA-JUNIOR et al., 2006; RIGO et al., 2010; CARVALHO et al., 2010;TERADA et al., 2009). Além disso, o Índice de Fluorose Comunitário encontrado (0,18) foi considerado sem importância sob o ponto de vista da saúde pública, não havendo necessidade de intervenções em relação a fluoretação da água de abastecimento público.

A despeito de a doença periodontal ser mais prevalente em adultos e idosos, sabe-se que alterações nas condições da saúde gengival podem ser observadas em elevadas proporção nos adolescentes (Schroeder; Ribeiro, 2004). Na presente pesquisa foram encontrados 51,17% dos adolescentes com alterações periodontais, sendo que 32,03% tinham cálculo dental.

O resultado observado neste estudo foi superior ao estudo conduzido no Estado de São Paulo onde se verificou que 34,30% dos adolescentes tinham alterações na condição gengival em um ou mais sextantes da boca e destes, 21,50% apresentaram sangramento gengival à sondagem em pelo menos um sextante. Além disso, 19,40% apresentavam cálculo dentário em pelo menos um sextante (Antunes et al., 2008).

Estudo conduzido nos municípios de Recife e Feira de Santana encontrou, no município de Recife 37,50% dos adolescentes examinados com cálculo dental e 35,00% com sangramento gengival; no município de Feira de Santana foram avaliados adolescentes de escolas particulares, estaduais e municipais e foi verificada uma média de 4,36 sextantes com sangramento nas escolas estaduais, 4,08 nas municipais e 5,16 nas particulares (Santos et al., 2007).

As alterações no crescimento e desenvolvimento que afetam a oclusão dos dentes, definidas como má-oclusão, são consideradas problemas de saúde pública, pois são altamente prevalentes e podem interferir nos aspectos psicossociais e nas

relações sociais, ocasionando impacto negativo na qualidade de vida (Marques et al., 2005).

O índice de estética dental (DAI) foi desenvolvido pela Organização Mundial da saúde, recomendando-se sua utilização com adolescentes a partir dos 12 anos de idade que apresentam dentição permanente completa, sendo considerado um índice simples e de fácil execução (WHO, 1997).

Este estudo encontrou 64,06% dos adolescentes com má oclusão, sendo 27,73% má oclusão definida, com necessidade de tratamento eletivo. Este resultado foi inferior ao estudo de Peres et al., 2002 com 71,30% de oclusopatias e semelhante ao estudo de Marques et al., 2005, em Minas Gerais, que encontrou uma prevalência de 61,90%. Contudo, o resultado encontrado foi superior ao estudo de Borges et al., 2010 que encontrou uma prevalência de 53,30% utilizando dados secundários referentes ao levantamento SB Brasil 2003, de Garbin et al., 2010 onde foi encontrada uma prevalência de 34,74% de má-oclusão e de Alves et al., 2006 com 41,20%.

Em relação ao apinhamento dentário, este estudo encontrou uma prevalência de 48,05%, sendo 29,69% de apinhamento em 1 região (superior ou inferior); este resultados foi superior aos estudos de Marques et al., 2005 e Alves et al., 2006 com 37,80% e 38,20% respectivamente e inferior ao estudo de Garbin et al., 2010 com 66,62% de apinhamento. A presente pesquisa encontrou 44,53% dos indivíduos com desvios na relação molar, sendo 28,91% com a condição meia cúspide, resultado inferior ao estudo de Alves et al., 2006 com 51,60% de alteração e superior ao estudo de Garbin com 29,43% de alteração na relação molar.

Ao relacionar a presença de má oclusão com a influência da saúde bucal na qualidade de vida, não foi encontrada relação estatisticamente significativa entre estes dois parâmetros. Estudo conduzido com adolescentes comparou a qualidade de vida de um grupo de adolescentes que buscaram tratamento ortodôntico em uma universidade e um grupo de adolescentes que nunca haviam procurado atendimento especializado e encontrou que os indivíduos do grupo de adolescentes ortodônticos tinham 3,1 vezes mais chance de ter impacto negativo na qualidade de vida que o grupo controle (Feu etal., 2008).

A realização de estudos epidemiológicos visando o diagnóstico das oclusopatias pode ser valioso para avaliação das necessidades de prioridades das oclusopatias assim como obter informações para alocar recursos necessários para

provisão de tratamento para população, considerando que o tratamento ortodôntico foi incluído no elenco de alternativas terapêuticas nos centros de especialidades odontológicas do Sistema Único de Saúde (BORGES et al., 2010).

6.2 ANSIEDADE E MEDO ODONTOLÓGICO

Apesar do aperfeiçoamento tecnológico nos equipamentos e procedimentos odontológicos, o sentimento de ansiedade e medo em relação às consultas com o dentista demonstra não ter acompanhado tal mudança com o passar do tempo.

A ansiedade em relação ao tratamento odontológico atinge pessoas de todas as idades, e pode causar interferências na condução do tratamento odontológico e na relação profissional-paciente. As consequências da ansiedade podem ser expressas sob diferentes aspectos, podendo haver sucessivas interrupções, incompatibilidade de horários, falta às consultas agendadas, limitação da abertura de boca e irritabilidade durante o tratamento (BOTTAN et al., 2008).

A ansiedade odontológica foi observada em 90,62% dos adolescentes avaliados neste estudo; este resultado foi superior a outras pesquisas onde foi observada uma prevalência de 20,00% no estudo de Macedo et al., em 2011, 84,00% no estudo de Bottan et al., 2007, 28,20% no estudo de Kanegane et al., 2003 e 32,50% na pesquisa de Ramos-Jorge et al., de 2004.

Além disso, neste estudo, foi observada relação significativa entre a ansiedade odontológica e a influência das condições de saúde bucal na qualidade de vida, demonstrando que quanto maior o nível de ansiedade em relação ao tratamento odontológico, maior o impacto das doenças bucais na vida dos adolescentes.

A situação que demonstrou maior relação com ansiedade foi esperar o dentista preparar a anestesia, resultado semelhante ao estudo de Kanegane, 2006, enquanto no estudo de Bottan et al., 2007 ver ou ouvir a broca foi a situação que mais relacionadas a ansiedade (KANEGANE et al., 2006; BOTTAN; OGLIO; ARAÚJO;2007). Neste estudo, a baixa ansiedade foi a mais prevalente com 76,56%, semelhante ao resultado observado no estudo de Bottan et al., 2007 que também encontrou baixa ansiedade com maior prevalência.

Tem sido sugerido que o medo odontológico pode ter componentes endógenos e exógenos. Os componentes exógenos são aqueles que têm relação

direta ou indireta com experiências passadas. Os componentes endógenos estão relacionados como parte de transtornos de depressão ou ansiedade envolvendo diagnósticos de fobias múltiplas (POHJOLA et al., 2011).

O medo ocasiona um problema cíclico, pois quando o tratamento preventivo não é realizado, as doenças bucais progridem e tomam proporções que necessitam de tratamentos curativos cada vez mais invasivos. Estes tratamentos, geralmente desconfortáveis, exacerbam o medo e consequentemente o paciente continua com a fuga ao tratamento, estabelecendo-se, desta forma, o ciclo que pode culminar com a perda do dente (BOTTAN; OGLIO; ARAÚJO; 2007).

No presente estudo foi observado que a grande maioria (91,79%) dos adolescentes tinha medo odontológico, contudo 83,98% apresentavam pouco medo. Este resultado foi superior a outros estudos encontrados na literatura onde foi verificada uma prevalência de 6,30%, 12,60%, 34,14% e 36,90% de indivíduos com medo respectivamente (KANEGANE et al., 2006; AKBAY OBA; DÜLGERGIL; SÖNMEZ, 2009; KANEGANE et al., 2003; POHJOLA et al., 2011).

Os adolescentes participantes deste estudo relataram que as manifestações fisiológicas mais frequentemente associadas ao atendimento odontológico foram sentir o coração batendo mais depressa e transpiração. Em relação ao medo provocado, sentir a agulha da anestesia penetrar e sentir as vibrações do motor foram as situações que mais provocaram medo; este resultado foi semelhante ao estudo de Singh et al., 2000 que observou que em ambas as faixas etárias examinadas (7 a 9 anos e 11 a 13 anos) o medo odontológico foi maior nas crianças que receberam anestesia que nas crianças que não receberam anestesia (SINGH; MORAES; BOVI-AMBROSANO, 2000).

Neste estudo, foi encontrada correlação significativa entre o medo odontológico e a influência das condições de saúde bucal na qualidade de vida dos adolescentes, sendo que quanto maior o impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida, maior o medo odontológico dos adolescentes.

O medo de dentista pode causar transtornos para o indivíduo, para cirurgião dentista, e para a comunidade em geral. Pessoas não só sofrem com os estados emocionais negativos de ansiedade e medo, mas também acabam suportando dor e desconforto causados por problemas de saúde bucal decorrentes da fuga ao tratamento odontológico. Para os profissionais, os pacientes com medo frequentemente protelam e cancelam compromissos e podem necessitar de mais

tempo para a condução do tratamento e para a comunidade em geral, o medo odontológico gera desafio para a saúde pública, pois as doenças bucais são algumas dos maiores problemas de saúde relatados por adultos e ocasiona consideráveis gastos com sua prevenção e tratamento pelo setor público e privado (ARMFIELD, 2011).

6,3 DOR DE DENTE

A dor de dente pode ser considerada um problema de saúde pública, pois pode ocasionar um impacto negativo na qualidade de vida dos indivíduos assim como na sociedade devido ao custo elevado dos tratamentos curativos, absenteísmo ao trabalho ou à escola e necessidade de uso de medicamentos (BORGES et al.,2008).

Neste estudo 76,56% dos adolescentes tiveram dor dente ao menos uma vez na vida, contudo 32,42% tiveram dor de dente nos últimos seis meses. Este resultado é semelhante ao estudo de Borges et al., 2008, conduzido com adolescentes brasileiros que encontraram uma prevalência de 35,60%, entretanto, este estudo considerou a prevalência da dor nos dentes e nas gengivas conjuntamente. Da mesma forma, estudo de Carvalho et al., 2011 encontrou uma prevalência de 33,70% de adolescentes que tiveram dor nos últimos 3 meses em Manaus, AM (BORGES et al., 2008; CARVALHO;REBELO;VETTORE,2011). O resultado deste estudo foi superior a pesquisa de Bastos et al., 2005 em Florianópolis, Santa Catarina, que encontrou um percentual de 21,20% de adolescentes que tiveram dor de dente nos últimos 12 meses (BASTOS; NOMURA; PERES, 2005).

Apesar do elevado percentual de indivíduos com dor de dente encontrado nos estudos supracitados, verificam-se limitações para a comparação entre os mesmos, devido às diferenças nos tipos de instrumentos utilizados e nos períodos e tempo relativo ao desfecho.

Em relação à intensidade da dor, 45,92% dos adolescentes referiram a dor como desconfortável e 3,57% como intolerável, enquanto Carvalho et al., 2011, encontrou 20,70% dos adolescentes com dor de intensidade média ou alta (CARVALHO; REBELO; VETTORE,2011).

O uso de medidas para avaliação da dor de dente permite uma avaliação mais criteriosa das necessidades de cuidado e no estabelecimento de prioridades de atenção em saúde bucal, além disso, frequentemente está associada a algum tipo de incapacidade funcional ou social (CARVALHO; REBELO; VETTORE, 2011).

Foi observada relação significativa entre a dor de dente e a influência das condições de saúde bucal na qualidade de vida e com os domínios dor física, desconforto psicológico e incapacidade física, sendo que, quanto maior a dor de dente, maior a influência das condições de saúde bucal na qualidade de vida dos adolescentes, demonstrando o impacto negativo da dor na vida dos mesmos. Ainda, foi observada correlação significativa entre a dor de dente e o acesso aos serviços de saúde, sendo que quanto mais tempo decorreu da última visita ao dentista, maior a ocorrência de dor de dente. Os impactos negativos causados pela dor de dente na vida dos indivíduos reforçam a necessidade de ações prioritárias na atual política de saúde bucal, ampliando o acesso da atenção àqueles com piores condições e saúde (BORGES et al., 2008).

6,4 ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL

Para que a acessibilidade aos serviços de saúde seja garantida a toda a população, deve-se atentar a aspectos geográficos, com localização planejada dos serviços de saúde, aspectos econômicos, não havendo sistemas de pagamento pelos usuários, culturais com técnicas e manejo adequados aos hábitos e costumes da população e aspectos funcionais, com oferta de serviços adequados às necessidades da população (MIALHE; OLIVEIRA; SILVA, 2006). O padrão de utilização dos serviços de saúde é considerado um fator importante no estudo dos hábitos e das condições de saúde, pois este padrão está relacionado com as necessidades de tratamento, preocupação e autocuidado.

Neste contexto, a presente pesquisa observou que do total dos adolescentes que compuseram este estudo, 61,72% tiveram sua última consulta há menos de 1 ano, contudo 51,56% não foram ao dentista nos últimos 6 meses e 48,83% procuraram serviços de saúde bucal privado para tratamento odontológico. Ainda foi observado que 16,41% não conseguiram atendimento na primeira busca por serviços e destes 33,33% não foram atendidos devido a falta de vaga ou senha e 21,43% devido a falta de dentistas para atendimento. Estes resultados demonstram

que apesar dos adolescentes terem frequentado o dentista há menos de 1 ano, grande percentual procurou atendimento em consultórios particulares o que pode evidenciar que este setor ainda responde por uma parcela considerável da prestação de serviços de saúde bucal a o grupo etário estudado.

Similarmente, estudo conduzido em Canoas, RS, demonstrou que dos adolescentes de 14 a 19 anos participantes, 67,10% tiveram sua última visita ao dentista no período de 1 mês a 1 ano e 44,40% somente procuram novamente um profissional quando existia dor de dente (LISBÔA; ABEGG, 2006).

Na presente pesquisa, dos 46,88% dos adolescentes que realizaram a primeira busca para atendimento odontológicos no Sistema Único de Saúde, 40,23% continuou o tratamento neste sistema e 6,65% migraram para o sistema privado; este fato pode estar relacionado com as dificuldades observadas na busca por atendimento neste setor.

Estudo de Baldani et al., 2011, no município de Ponta Grossa, PR, com crianças de 0 a 14 anos de idade demonstrou que 35,20% não acessam os serviços da Estratégia de Saúde da Família (ESF) como uma fonte regular de cuidados com a saúde e 31,00% nunca foram ao dentista sendo que destes 18,00% relatram ter problemas de saúde saúde bucal. Ainda, de acordo com a autora, apesar dos esforços para minimizar as barreiras de acesso aos sereviços de saúde bucal por meio da implementação das equipes de saude bucal na ESF, persistem desigualdades na utilização dos serviços de saúde odontológicos (BALDANI et al., 2011).

Estudo de Davoglio no município de Gravataí, RS, com jovens de 12 a 18 anos de idade, observou que 68,90% consultavam o dentista ao menos 1 vez ao ano e 45,00% o motivo da consulta foi tratamento preventivo (DAVOGLIO et al., 2009).

Baldani e Antunes, em um estudo conduzido em 2011, em Ponta Grossa, sobre o acesso aos serviços de saúde bucal em uma área conberta pela ESF demonstraram que dentre os participantes, 48,00% tinham consultas regulares com o dentista, com o grupo de escolares (58,00%) e adultos (56,00%) os que mais tiveram visitas regulares. As crianças entre 0 a 6 anos e 7 a 14 anos foram os grupos que mais utilizavam os serviços de saúde bucal da ESF com 36,00% e 44,00% respectivamente; dentre os individuos que não utilizavam os serviços os principais motivos foram dificuldade em conseguir vaga ou agendamento com o dentista (BALDANI; ANTUNES, 2011).

Gibilini et al., 2010 realizam um estudo com base nos resultados de um levantamento no estado de São Paulo observaram que dentre os adolescentes de 15 a 19 anos, 60,10% foram ao dentista há menos que 1 ano e 56,10% o motivo foi consulta de rotina.

Apesar dos avanços observados nas políticas púbicas em saúde bucal no país com a inclusão das equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família e a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas, politicas públicas ainda são necessárias para ampliar o acesso à atenção a saúde bucal para toda a população, pois o setor privado ainda é responsável por uma parcela significativa da cobertura a esses serviços no país (ROCHA; GOES, 2008).

6,5 QUALIDADE DE VIDA

O método de avaliação das condições de saúde bucal mais utilizado ainda é baseado estritamente na avaliação clínica, normativa, sem levar em consideração características sociocomportamentais, ou seja, o modo como alterações na saúde bucal afetam o cotidiano das pessoas. Entretanto, a epidemiologia bucal tem agregado medidas de percepção aos indicadores clínicos para auxiliar na tomada de decisões em relação ao tipo de tratamento dos indivíduos, levando em consideração aspectos sociopsíquicos até então ignorados pelos sistemas normativos de determinação dessas necessidades (MIOTTO; BARCELLOS; VELTEN, 2012). A contribuição da avaliação subjetiva complementarmente aos exames clínicos na definição das necessidades de tratamento se dá por meio de informações que podem auxiliar na definição das prioridades nos serviços de saúde bucal, direcionando-os às populações com maiores carências ou grupos específicos (COHEN-CARNEIRO; SOUZA-SANTOS; REBELO, 2011).

O questionário de avaliação da influência das condições de saúde bucal na qualidade de vida OHIP foi desenvolvido por Slade e Spencer em 1994, posteriormente, em 1997 foi desenvolvida sua versão simplificada, o OHIP 14 que avalia o impacto de sua saúde bucal em diferentes dimensões (Ravaghi et al., 2011). Estudo conduzido com adolescentes de 12 anos de idade observou que o OHIP 14 estava associado à necessidade percebida de tratamento e ao aumento do índice CPO-S, demonstrando boas propriedades psicométricas quando aplicado a

adolescentes e que poderia ser um promissor instrumento de seleção de grupos de cuidados prioritários (FERREIRA; LOUREIRO; ARAÚJO, 2004).

Pôde-se observar neste estudo uma média geral de 6,62 (±4,14), sendo que os domínios que demonstraram maior influência das condições de saúde bucal na vida dos adolescentes foram desconforto psicológico com média de 1,55 e dor física com 1,19, tanto na amostra geral como em relação à idade, sexo e etnia. O domínio dor física procura demonstrar o quanto alterações na saúde bucal estão causando dor nos dentes ou desconforto ao comer e o domínio desconforto psicológico refere-se a preocupação ou nervosismo em relação às condições de saúde bucal; ambos demonstraram relação significativa com o componente perdido do CPOD. Estes resultados podem estar demonstrando que a perda de dentes está relacionada com o impacto que saúde bucal pode causar na presença de dor e uma preocupação evidente dos adolescentes com as futuras consequências de alterações nas condições de saúde bucal.

Por outro lado, os domínios com menores médias foram deficiência e incapacidade física com médias de 0,52 e 0,66 respectivamente; a incapacidade física refere-se ao quanto as alterações na saúde bucal podem estar dificultando ou impossibilitando a alimentação e apresentou relação significativa com o componente cariado do CPOD. O domínio deficiência está relacionado a uma piora ou incapacidade em sua vida de modo geral devido aos problemas de saúde bucal, sendo que este domínio apresentou relação significativa com o componente perdido do CPOD.

A identificação dos grupos mais afetados pelos impactos psicossociais ocasionados pelas doenças pode subsidiar a seleção de prioridades de tratamento em regiões ou municípios com poucos recursos financeiros e demanda reprimida, pois, medidas auto referidas podem expressar as experiências de adoecimentos complementando as avaliações clínicas (MIOTTO; BARCELLOS; VELTEN, 2012).

Observou-se que 96,87% dos adolescentes participantes demonstraram algum impacto das condições de saúde bucal em sua qualidade de vida, sendo que 74,22% destes apresentaram impacto fraco, fato também evidenciado em relação à idade, ao sexo e etnia com maior prevalência nos adolescentes de 15 anos de idade, sexo masculino e brancos. Este resultado foi inferior ao estudo de Bastos, 2012, que encontrou 87,95% de indivíduos com impacto fraco. Neste estudo, foi observado um impacto maior nos indivíduos com cárie dentária não tratada, cárie

recorrente em restaurações ou cárie em outra superfície de um dente restaurado ou dentes que foram extraídos por cárie dentária. O autor ressalta que as ações promovidas pelos gestores devem levar em consideração os fatores intrínsecos biológicos relacionados ao resultado, o índice CPOD, e os fatores subjetivos relacionados à qualidade de vida em populações diferentes (BASTOS et al., 2012).

O maior percentual de fraco impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida encontrado neste estudo pode estar relacionado ao elevado índice de cuidados, evidenciado pela maior expressividade do componente restaurado do CPOD.

O uso dos questionários sociodentais, combinados às medidas clínicas de avaliação de saúde bucal, proporciona identificação dos aspectos psicossociais relacionados às alterações de saúde bucal, auxiliando na implementação de medidas preventivas e curativas assim como na seleção das prioridades de tratamento nos serviços de saúde.

7 Conclusões

7 CONCLUSÕES

Com base na análise dos resultados deste estudo pode-se concluir que:

- Foi encontrada baixa prevalência de cárie dentária e em relação à fluorose foi observado maior percentual de indivíduos sem esta condição com um índice de fluorose comunitária considerada sem importância para a saúde pública. Em relação à condição periodontal, a alteração mais prevalente foi o cálculo dentário e a má oclusão foi observada na maioria dos adolescentes examinados, porém com maior percentual de má oclusão definida e necessidade de tratamento eletivo.
- Em relação ao acesso aos serviços de saúde bucal, a maioria dos adolescentes se consultou com o dentista há menos de 1 ano e menos da metade realizaram consultas pelo Sistema Único de Saúde, sendo o motivo mais prevalente a prevenção/revisão. Houve fraca correlação entre este parâmetro com o CPOD, componente cariado e com a dor de dente.
- A prevalência da ansiedade odontológica foi elevada, porém com maior percentual de indivíduos com baixa ansiedade e foi encontrado elevado percentual de adolescentes com medo odontológico, contudo verificou-se maior prevalência de indivíduos com baixo medo, Além disso, verificou-se elevada prevalência de dor de dente, porém com intensidade desconfortável e causada por presença de cavidade no dente.
- Foi observado baixo impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida e relação significativa com o componente cariado e perdido do CPOD e com a dor de dente, o medo e a ansiedade odontológica, entretanto a relação encontrada foi fraca.

Referências

REFERÊNCIAS

Alexandre GC, Nadanovsky P, Lopes CS, Faerstein E. Prevalência e fatores associados à ocorrência da dor de dente que impediu a realização de tarefas habituais em uma população de funcionários públicos no Rio de Janeiro, Brasil. Cad, Saude Publica,2006;22(5):1073-8.

Alves TDB, Gonçalves APR, Alves AN, Rios FC, Silva LBO. Prevalência de oclusopatia em escolares de 12 anos de idade: estudo realizado em uma escola pública do município de Feira de Santana-BA,RGO,2006;54(3):269-73.

Antunes JLF, Peres MA, Frazão P. Cárie dentária in: Antunes JLF, Peres MA, Epidemiologia da saúde bucal. 1° Ed. Rio de Janeiro:Guanabara Koogan,2006;49-67.

Antunes JLF, Peres MA, Frias AC, Crosato EM, Biazevic MGH. Saúde gengival de adolescentes e a utilização de serviços odontológicos, Estado de São Paulo, Rev Saude Publica 2008;42(2):191-9.

Armfield J M. Australian population norms for the Index of Dental Anxiety and Fear, Australian Dental Journal 2011;56:16–22.

Bandéca MC, Nadalin MR, Calixto LR, Saad JRC, Silva SRC. Correlation between oral health perception and clinical factors in a brazilian community, Community Dental Health 2011;28:64-8.

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

Bastos JLD, Nomura LH, Peres MA, Dor de dente e sua relação com condições socioeconômicas e cárie dentária em adultos jovens do sexo masculino no Sul do Brasil, Cad Saude Publica. 2005; 21(5):1416-23.

Bastos RS, Carvalho ES, Xavier A, Caldana ML, Bastos JRM, Lauris JRP. Dental caries related to quality of life in two Brazilian adolescent groups: a cross-sectional randomised study. Int Dent J, 2012;62(3):137-43.

Borges CM, Cascaes AM, Fischer TK, Boing AF, Peres MA, Peres KG. Dor nos dentes e gengivas e fatores associados em adolescentes brasileiros: análise do inquérito nacional de saúde bucal SB-Brasil 2002-2003. Cad Saude Publica, 2008;24(8):1825-34.

Borges CM, Peres MA, Peres KG. Associação entre presença de oclusopatias e insatisfação com a aparência dos dentes e gengivas: estudo com adolescentes brasileiros, Rev Bras Epidemiol. 2010; 13(4): 713-23.

Bottan ER, Pelegrini FM, Stein JC, Farias MMA, Araújo SM. Relação entre consulta odontológica e ansiedade ao tratamento odontológico: estudo com um grupo de adolescentes. RSBO,2008;5(3):27-32.

Bottan ER, Oglio JD, Araújo SM. Ansiedade ao Tratamento Odontológico em Estudantes do Ensino Fundamental. Pesq Bras Odontoped Clin Integr. 2007; 7(3):241-6.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Levantamento Epidemiológico em Saúde bucal: Brasil, zona urbana, 1986, Brasília-DF, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais, Brasília-DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2010: pesquisa nacional de saúde bucal: resultados principais, Brasília-DF, 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. 2002. Portaria n° 1,101de 12 de junho de 2002 [Acessado em 22/02/2012], Disponível em: http://pnass.datasus.org.br/ documentos/normas/48.pdf

Cangussu MCT, Castellanos RA, Pinheiro MF, Albuquerque SR, Pinho C. Cárie dentária em escolares de 12 e 15 anos de escolas públicas e privadas de Salvador, Bahia, Brasil, em 2001. Pesqui Odontol Bras 2002;16(4):379-84.

Carvalho JC, Rebelo MAB, Vettore MV. Dor dental nos últimos 3 meses em adolescentes e Estratégia Saúde da Família: a comparação entre duas áreas com abordagens diferentes de atenção em saúde bucal. Cienc Saude Coletiva,2011;16(10):4107-14.

Carvalho MAN, Silva IBS, Ramos SBP, Coelho LF, Gonçalves ID, Figueiredo Neto JÁ. Qualidade de Vida de Pacientes Hipertensos e Comparação entre dois Instrumentos de Medida de QVRS. Arq Bras Cardiol. 2012;[online],0-0.

Carvalho RWF, Santos CNA, Oliveira CCC, Gonçalves SRJ, Novais SMA, Pereira MAS. Aspectos psicossociais dos adolescentes de Aracaju (SE) relacionados à percepção de saúde bucal. Cienc Saude Coletiva. 2011;16(Supl, 1):1621-8.

Carvalho RWF et al. Estudo da prevalência de fluorose dentária em Aracaju. Ciênc Saúde Coletiva.2010; 15(Supl, 1):1875-80.

Cohen-Carneiro F, Souza-Santos R, Rebelo MAB. Qualidade de vida relacionada à saúde bucal: contribuição dos fatores sociais. Cienc Saude Coletiva. 2011; 16(Supl, 1):1007-15.

Corah NL, Gale EN, IIlig SJ. Assessment of a dental anxiety scale. J Am Den Assoc. 1978;97:816-9.

Crispim MGA, Grillo LP, Próspero ENS, Mariath AB. Saúde bucal e sua associação com o estado nutricional e a condição socioeconômica em adolescentes. RGO. 2010;58(1):41-6.

Cunha ABO, Vieira-da-Silva LM. Acessibilidade aos serviços de saúde me um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. Cad Saude Publica. 2010;26(4):725-37.

Davoglio RS, Aerts DRGC, Abegg C, Freddo SL, Monteiro L. Fatores associados a hábitos de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos entre adolescentes, Cad Saude Publica, 2009; 25(3):655-67,

Ferreira AAA, Piuvezam G, Werner CWA, Alves MSCF. Dor e a perda dentária: representações sociais do cuidado à saúde bucal. Cienc Saude Coletiva, 2006; 11(1):211-8.

Ferreira CA, Loureiro CA, Araújo VE. Psycometrics properties of subjetive indicator in children, Rev Saude Publica.2004;38(3):1-7.

Feu D, Oliveira BH, Sales HX, Miguel JAM. Más-oclusões e seu impacto na qualidade de vida de adolescentes que buscam tratamento ortodôntico, Ortodontia SPO. 2008;41(4):355-65.

Fonseca TGG, Lopes MC, Vieira JMR, Parente RCP, Rebelo MAB. Experiência de cárie em adolescentes de uma região metropolitana da Amazônia brasileira. Rev Odonto Cienc. 2009;24(4):349-53.

Frazão P, Narvai PC, Latorre MRDO, Castellanos RA. Prevalência de oclusopatia na dentição decídua e permanente de crianças na cidade de São Paulo, Brasil, 1996. Cad Saude Publica.2002;18(5):1197-205.

Gadbury-Amyot CC, Williams KB, Dental Hygiene Fear: Gender and age differences. J Contemp Dent Pract. 2000;1(2):42-59.

Galindo EMV, Pereira JAC, Feliciano KVO. Prevalência de cárie e fatores associados em crianças da comunidade do Vietnã, Recife. Rev Bras Saúde Mater Infant. 2005; 5:199-208.

Garbin AJI, Perin PCP, Garbin CAS, Lolli LF. Prevalência de oclusopatias e comparação entre a Classificação de Angle e o Índice de Estética Dentária em escolares do interior do estado de São Paulo – Brasil. Dental Press J Orthod. 2010;15(4):94-102.

Giachello AL. Health outcomes research on Hispanics/Latinos. J Medical Systems.1996;20(5):235-54.

Góes PSA. The prevalence and impact of dental pain in brazillian schoolchildren and their families. Thesis (Phd) - Department of Epidemiology and Public Health. University College London. London. 2001. 305p.

Gushi LL, Soares MC, Forni TIB, Vieira V, Wada RS, Sousa MLR. Relationship between dental caries and socio-economic factors in adolescents. J Appl Oral Sci, 2005;13(3):305-11.

Gushi LL,et al. Cárie dentária em adolescentes de 15 a 19 anos de idade no Estado de São Paulo, Brasil, 2002. Cad Saude Publica. 2005;21(5):1383-91.

Gushi LL et al. Cárie dentária e necessidades de tratamento em adolescentes do estado de São Paulo, 1998 e 2002. Rev Saude Publica. 2008;42(3):480-6.

Hagglin C, Berggren U, Hakeberg M, Hallstrom T, Bengtsson C. Variations in dental anxiety among middle-aged and elderly women in Sweden: a longitudinal study between 1968 and 1996. J Dent Res 1999;78(10):1655-61.

Humphris GM, Morrison T, Lindsay SJE. The Modified Dental Anxiety Scale: validation and United Kingdom Norms. Community Dent Health.1995;12:143-50.

Inglehart MR, Bagramian RA. Oral health-related quality of life : an introduction in: Inglehart MR,Bagramian RA. Oral health-related quality of life, Quintessence Books. 2002;1-12.

IBGE. Instituto brasileiro de geografia e estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: [Acessado em: 22/02/2012], Disponível em: http:// www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/listabl.asp?z=pnad&o=10&i=P&c=2526.

Jesus WLA, Assis MMA. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos sérvios de saúde: contribuições do planejamento. Cienc Saude Coletiva.2010;15(1):161-70.

Jokovic A, Locker D. Dissatisfaction with oral health status in an older adult population. J Public Health Dent. 1997; 57(1):40-7.

Jokovic A, Locker D, Stephes M, Kenny D, Tompson B, Guyatt G. Validity and reliability of a questionnaire for measuring child oral-health-related quality of life. J Dent Res. 2002;81:459-63.

Kanegane K, Penha SS, Borsatti MA, RochaRG. Ansiedade ao tratamento odontológico em atendimento de urgência. Rev Saude Publica. 2003;37(6):786-92.

Kiwanuka SN, Åstrøm AN. Self-reported dental pain and associated factors in Ugandan schoolchildren. Norsk Epidemiol. 2005;15(2):175-82.

Kleinknecht RA, Keplac RK, Alexander LD. Origins and characteristics of fear of dentistry.J Am Dent Assoc.1973;86(4):842-8.

Levantamento Epidemiológico Básico de Saúde Bucal. Manual de instruções. 4a Edição. Organização Mundial da Saúde. Genebra,1997.

Lisbôa IC, Abegg C. Hábitos de higiene bucal e uso de serviços odontológicos por adolescentes e adultos do Município de Canoas, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Epidemiol Serviços Saude. 2006;15(4):29-39.

Macinko J, Costa MFL. Access to use of and satisfaction with health services among adults enrolled in Brazil's Family Health Strategy: evidence from the 2008 National Household Survey. Trop Med Int Health. 2012;17(1):36-42.

Manhães ALD, Costa AJL. Acesso a e utilização de serviços odontológicos no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, em 1998: um estudo exploratório a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Cad Saude Publica. 2008;24(1):207-18.

Marques LS, Barbosa CC, Ramos-Jorge ML, Pordeus IA, Paiva SM. Prevalência da maloclusão e necessidade de tratamento ortodôntico em escolares de 10 a 14 anos de idade em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: enfoque psicossocial. Cad Saude Publica. 2005;21(4):1099-106.

Masood M, Masood Y, Saub R, Newton JT.Need of minimal important difference for oral health-related quality of life measures, J Public health dent,2012;1-8,

Mehrstedt M, John MT, Tönnies S, Micheelis W, Oral health-related quality of life in patients with dental anxiety. Community Dent Oral Epidemiol. 2007; 35:357-63.

Mialhe FL, Oliveira CSR, Silva DD. Acesso e avaliação dos serviços de saúde bucal em uma localidade rural da região sul do Brasil. Arq Cienc Saude Unipar. 2006; 10(3):145-9.

Miotto MHMB, Barcellos LA, Velten DB. Avaliação do Impacto na qualidade de vida causado por problemas bucais na população adulta e idosa em um município da região sudeste. Cienc Saude Coletiva. 2012;17(2):397-406.

Montero-Martín J, Bravo-Pérez M, Albaladejo-Martínez A, Hernández-Martín LA, Rosel-Gallardo EM. Validation the Oral Health Impact Profile (OHIP-14sp) for adults in Spain. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2009; 1;14 (1):E44-50.

Moreira PVL, Rosenblatt A, Passos IA. Prevalência de cárie em adolescentes de escolas públicas e privadas na cidade de João Pessoa, Paraíba, Brasil. Cienc Saude Coletiva.2007;12(5):1229-36.

Narvai PC, Frazão P, Roncalli AG, Antunes JLF. Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social. Rev Panam Salud Publica. 2006;19(6):385-93.

Noro LRA, Rocalli AG, Mendes Júnior FIR, Lima KC. Incidência de cárie dentária em adolescentes em município do Nordeste brasileiro, 2006. Cad Saude Publica.2009;25(4):783-90.

Oliveira MMT, Colares V. A relação entre ansiedade odontológica e a dor de dente em crianças com idade entre 18 e 59 meses: estudo em Recife, Pernambuco, Brasil. Cad Saude Publica.2009; 25(4):743-50.

Oliveira-Júnior SR, Cangussu MCT, Lopes LS, Soares AP, Ribeiro AA, Fonseca LA. Fluorose dentária em escolares de 12 e 15 anos de idade, Salvador, Bahia, Brasil, nos anos 2001 e 2004. Cad Saude Publica. 2006; 22(6):1201-6.

Peres MA, Iser BPM, Boing AF, Yokota RTC, Malta DC, Peres KG. Desigualdades no acesso e na utilização de serviços odontológicos no Brasil: análise do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL 2009). Cad Saude Publica.2012;28 (Sup:S90-S100).

Pereira GIN, Costa CDS, Geocze L, Borim AA, Ciconelli RM, Camacho-Lobato L. Tradução e validação para a língua portuguesa (Brasil) de instrumentos específicos para avaliação de qualidade de vida na doença do refluxo gastroesofágico. Arq Gastroenterol. 2007;44(2):168-77.

Peres KG, Traebert ESA, Marcenes W. Diferenças entre autopercepção e critérios normativos na identificação das oclusopatias. Rev Saude Publica. 2002;36(2):230-6.

Petry PC, Toassi RFC, Scotá ACP, Fochesatto S. Ansiedade do Paciente Idoso Frente ao Tratamento Odontológico. RGO.2006;54(2):191-4.

Piovesan C, Batista A, Ferreira FV, Ardenghi TM. Oral health-related quality of life in children: Conceptual Issues. Rev Odonto Cienc.2009;24(1):81-5.

Pohjola V, Mattila AK, Joukamaa M, Lahti S. Anxiety and depressive disorders and dental fear among adults in Finland. Eur J Oral Sci. 2011;119: 55–60.

Ratnayake N, Ekanayake L. Prevalence and impact of oral pain in 8-year-old children in Sri Lanka. Int J Paediatr Dent.2005;15:105-12.

Ravens-Sieberer U, et al. Quality of life in children and adolescents: a European public health perspective,Sozial-und Präventvmedizin,2001;46(5):292-302.

Ravaghi V, Ardakan MMM, Shahriari S, Mokhtari N, Underwood M. Comparison of the COHIP and OHIP- 14 as measures of the oral health-related quality of life of adolescents. Community Dent Health. 2011; 28: 82-8.

Rebelo MAB, Lopes MC, Vieira JMR, Parente RCP. Dental caries and gingivitis among 15 to 19 year-old students in Manaus, AM, Brazil. Braz Oral Res. 2009;23(3):248-54.

Rigo L, Caldas-Junior AF, Souza EA, Abegg C, Lodi L.Estudo sobre a fluorose dentária num município do sul do Brasil. Cienc Saude Coletiva 2010;15(Supl, 1):1439-48.

Rocha RACP, Goes PSA. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. Cad Saude Publica.2008; 24(12):2871-80.

Saliba Garbin CAS, Garbin AJI, Moimaz SAS, Gonçalves PE. A saúde na percepção do adolescente. Physis Rev Saude Coletiva.2009;19(1): 227-38.

Saliba NA, Moimaz SAS, Saliba O, Santos KT, Sundfeld RH, Lilis RT. Fluorose dentária em jovens não expostos a água fluoretada durante a formação dentária. Arquivos em Odontologia.2006;42(2):81-160.

Santos NCN, Alves TDB, Freitas VS. A saúde bucal de adolescentes: aspectos de higiene, de cárie dentária e doença periodontal nas cidades de Recife, Pernambuco e Feira de Santana, Bahia. Cienc Saude Coletiva.2007;12(5):1155-66.

Schroeder MDS, Ribeiro GLU. Avaliação do índice gengival e de placa com apinhamento dentário no desenvolvimento de gengivites em crianças e adolescentes. RSBO.2004;1(1):17-21.

Singh k A, Moraes ABA, Bovi-Ambrosano GM. Medo, ansiedade e controle relacionados ao tratamento odontológico.Pesq Odont Bras.2000;14(2):131-6.

Slade GD. Assessment of Oral health-related Quality of Life, in: Inglehart MR, Bagramian RA, Oral health-related quality of life. Quintessence Books.2002;29-46.

Slade GD. Derivation and validation of a short-formoral health impact profile. Community Dent Oral Epidemiol.1997;25:284-90.

SladeGD, Nettale N, Sanders AE, Steele JG, Allen PF, Lahti S. Impacts of oral disorders in the United Kingdom and Australia. British Dental J. 2005;198(8):489-93.

Soares AHR, Martins AJ, Lopes MCB, Britto JAA, Oliveira CQ, Moreira MCN. Qualidade de vida de crianças e adolescentes: uma revisão bibliográfica. Cienc Saude Coletiva.2011;16(7):3197-206.

Solans M, et al. Health-related quality of life measurement in children and adolescents: a Systematic Review of Generic and Disease-specific Instrument, Value in Health. 2008;11(4):742-64.

Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise de percepção dos usuários e profissionais de saúde. Cad Saude Publica. 2008;24(supl1):S100-S110.

Schwartz TD, Ferreira JTB, Maciel ELN, Lima RCD. Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). Cienc Saude Coletiva. 2010;15(4):2145-54.

Taylor, C. Surveillance for equilty in primary health care: implications from international experience. Int J Epidemiology.1992;6(21):1043-9.

Terada RSS, Hayacibara MF, Marchi V, Ramos MJ.Fluorose dental em estudantes da rede estadual de ensino de Maringá – PR. Cad Saude Coletiva.2009;17(2):351-60.

Tesh FC, Oliveira BH, Leão A. Mensuração do impacto dos problemas bucais sobre a qualidade de vida de crianças: aspectos conceituais e metodológicos. Cad Saude Publica.2007;23(11):2555-64.

Thiede MM, McIntyre DD. Information, communication and equitable access to health care: a conceptual note. Cad Saude Publica.2008; 24(5):1168-73.

Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad Saude Publica.2004; 20(supl2): S190-S198.

Travassos C , Viacava F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. Cad Saude Publica. 2007;23(10):2490-502.

Vieira-da-Silva LM, Chaves SCL, Esperidião MA , Lopes-Martinho RM. Accessibility to primary healthcare in the capital city of a northeastern state of Brazil: an evaluation of the results of a Programme. J Epidemiol Community Health. 2010;64:1100 -05.

Walsh J. International patterns of oral health care- the example of New Zealand. N Z Dent J.1970;66(304):143-52.

World Health Organization. Oral Health Surveys, basic methods. 4nd ed. Geneve,1997.

Apêndices

APÊNDICE A - Frequência absoluta e relativa do espaçamento de acordo com a idade, sexo e etnia, Agudos, SP, 2012

	Sem espaçamento		Espaçamento 1 região		Espaçamento 2 regiões		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Idade								
15 anos	87	81,31	15	14,02	5	4,67	107	100,00
16 anos	76	96,20	2	2,53	1	1,27	79	100,00
17 anos	46	82,14	8	10,13	2	2,53	56	100,00
18 anos	12	85,72	1	7,14	1	7,14	14	100,00
Gênero								
Masculino	79	87,78	8	8,89	3	3,33	90	100,00
Feminino	142	85,54	18	10,84	6	3,62	166	100,00
Etnia								
Branco	166	87,37	18	9,47	6	3,16	190	100,00
Não Branco	55	83,33	8	12,12	3	4,55	66	100,00
Total	221	86,33	26	10,16	9	3,51	256	100,00

APÊNDICE B – Frequência absoluta e relativa da ansiedade odontológica de acordo com diferentes situações, Agudos, SP, 2012,

	Ir ao dentista amanhã		Aguardando na sala de espera		Na cadeira odontológica esperando o dentista trabalhar		Esperando o dentista para limpar os dentes		Esperando o dentista preparar a anestesia	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nada ansioso	141	55,08	102	39,84	76	29,69	89	34,77	47	18,36
Um pouco ansioso	83	32,42	110	42,97	101	39,45	98	38,28	107	41,80
Muito ansioso	15	5,86	24	9,38	38	14,84	34	13,28	37	14,45
Bastante ansioso	9	3,52	10	3,91	13	5,08	15	5,86	24	9,38
Extremamente ansioso	8	3,13	10	3,91	28	10,94	20	7,81	41	16,02
Total	256	100	256	100	256	100	256	100	256	100

APÊNDICE C – Distribuição da amostra total de acordo com a fuga ao atendimento odontológico, Agudos, SP, 2012

	Adia consultas		Cancela/Não comparece	
	n	%	n	%
Nunca	149	58,20	170	66,41
Poucas vezes	87	33,98	67	26,17
Mais ou menos	9	3,52	11	4,30
Muitas vezes	6	2,34	2	0,78
Sempre	5	1,95	6	2,34
Total	256	100,00	256	100,00

APÊNDICE D – Distribuição da amostra total de acordo com as manifestações fisiológicas, Agudos, SP, 2012

	Músculos tensos		Respiração aumentada		Transpiração		Náuseas ou enjoo		Coração bate mais depressa	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nunca	165	64,45	148	57,81	199	77,73	212	82,81	139	54,30
Poucas vezes	67	26,17	62	24,22	36	14,06	27	10,55	73	28,52
Mais ou menos	16	6,25	34	13,28	10	3,91	11	4,30	22	8,59
Muitas vezes	6	2,34	10	3,91	5	1,95	4	1,56	15	5,86
Sempre	2	0,78	2	0,78	6	2,34	2	0,78	7	2,73
Total	256	100,00	256	100,00	256	100,00	256	100,00	256	100,00

APÊNDICE E – Distribuição de amostra de acordo com o medo provocado (marcando consulta, aproximando-se do consultório, aguardando na sala de espera, sentado na cadeira do dentista), Agudos, SP, 2012

	Marcando consulta		Aproximando-se do consultório		Aguardando na sala de espera		Sentado na cadeira do dentista	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nunca	211	82,42	190	74,22	168	65,63	141	55,08
Poucas vezes	26	10,16	44	17,19	61	23,83	70	27,34
Mais ou menos	8	3,13	12	4,69	16	6,25	22	8,59
Muitas vezes	6	2,34	8	3,13	7	2,73	15	5,86
Sempre	5	1,95	2	0,78	4	1,56	8	3,13
Total	256	100,00	256	100,00	256	100,00	256	100,00

APÊNDICE F – Distribuição de amostra de acordo com o medo provocado (sentindo o cheiro do consultório, vendo o dentista entrar, vendo a agulha da seringa, submetendo-se a limpeza dos dentes), Agudos, SP, 2012

	Sentindo o cheiro do consultório		Vendo o dentista entrar		Vendo a agulha da seringa		Submetendo-se a limpeza dos dentes	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nunca	189	73,83	164	64,06	87	33,98	158	61,72
Poucas vezes	35	13,67	47	18,36	76	29,69	44	17,19
Mais ou menos	11	4,30	21	8,20	32	12,50	26	10,16
Muitas vezes	15	5,86	13	5,08	28	10,94	15	5,86
Sempre	6	2,34	11	4,30	33	12,89	13	5,08
Total	256	39,06	256	100,00	256	100,00	256	100,00

APÊNDICE G – Distribuição de amostra de acordo com o medo provocado (sentindo agulha penetrar, vendo a broca do motor, ouvindo o motor, sentindo a vibração do motor no dente), Agudos, SP, 2012

	Sentindo agulha penetrar		Vendo a broca do motor		Ouvindo o motor		Sentindo a vibração do motor no dente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nunca	75	29,30	107	41,80	122	47,66	109	42,58
Poucas vezes	67	26,17	69	26,95	58	22,66	58	22,66
Mais ou menos	43	16,80	28	10,94	27	10,55	34	13,28
Muitas vezes	32	12,50	29	11,33	21	8,20	26	10,16
Sempre	39	15,23	23	8,98	28	10,94	29	11,33
Total	256	100,00	256	100,00	256	100,00	256	100,00

APÊNDICE H – Frequência absoluta e relativa da localização da dor de dente de acordo com a idade, sexo e etnia, Agudos, SP, 2012

	Direito		Esquerdo		Centro		Ambos		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Idade										
15 anos	31	41,33	21	28,00	13	17,33	10	13,33	75	100,00
16 anos	22	34,37	26	40,63	5	7,81	11	17,19	64	100,00
17 anos	20	43,48	18	39,13	3	6,52	5	10,87	46	100,00
18 anos	6	54,55	3	27,27	1	9,09	1	9,09	11	100,00
Sexo										
Masculino	29	43,94	21	31,82	8	12,12	8	12,12	66	100,00
Feminino	50	38,46	47	36,15	14	10,77	19	14,62	130	100,00
Etnia										
Branco	58	41,73	50	35,97	18	12,95	13	9,35	139	100,00
Não Branco	21	36,84	18	31,58	4	7,02	14	24,56	57	100,00
Total	79	40,31	68	34,69	22	11,22	27	13,78	196	100,00

APÊNDICE I - Frequência absoluta e relativa do atendimento por planos de saúde odontológico, de acordo com a idade, sexo e etnia, Agudos, SP, 2012

	Atendimento com plano de saúde		Atendimento sem plano de saúde		Nunca foram ao dentista		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Idade								
15 anos	20	18,69	85	79,44	2	1,87	107	100,00
16 anos	17	21,52	61	77,21	1	1,27	79	100,00
17 anos	9	16,07	46	82,14	1	1,79	56	100,00
18 anos	2	14,29	12	85,71	0	0,00	14	100,00
Sexo								
Masculino	18	20,00	70	77,78	2	2,22	90	100,00
Feminino	30	18,07	134	80,72	2	1,21	166	100,00
Etnia								
Branco	38	20,00	149	78,42	3	1,58	190	100,00
Não Branco	10	15,15	55	83,33	1	1,52	66	100,00
Total	48	18,75	204	79,69	4	1,56	256	100,00

APÊNDICE J - Frequência absoluta e relativa dos adolescentes que pagaram pela consulta odontológica, de acordo com a idade, sexo e etnia, Agudos, SP, 2012

	Pagaram pelo atendimento		Não pagaram pelo atendimento		Nunca foram ao dentista		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Idade								
15 anos	46	42,99	59	55,14	2	1,87	107	100,00
16 anos	33	41,77	45	56,96	1	1,27	79	100,00
17 anos	26	46,43	29	51,78	1	1,79	56	100,00
18 anos	5	35,71	9	64,29	0	0,00	14	100,00
Sexo								
Masculino	36	40,00	52	57,78	2	2,22	90	100,00
Feminino	74	44,58	90	54,22	2	1,20	166	100,00
Etnia								
Branco	79	41,58	108	56,84	3	1,58	190	100,00
Não Branco	31	46,97	34	51,52	1	1,51	66	100,00
Total	110	42,97	142	55,47	4	1,56	256	100,00

APÊNDICE L - Correlação de Spaearman entre a fluorose, condição periodontal e má oclusão com a influência da saúde bucal na qualidade de vida e domínios, Agudos, SP, 2012

	Fluorose		Condição periodontal		Má olcusão	
	R	p	R	p	R	p
Qualidade de vida	-0,010	0,873	0,070	0,264	-0,030	0,638
Limitações funcionais	-0,011	0,861	0,115	0,066	-0,014	0,827
Dor física	-0,076	0,224	0,026	0,683	0,037	0,559
Desconforto psicológico	-0,019	0,765	0,007	0,911	-0,020	0,746
Incapacidade física	-0,020	0,745	0,115	0,065	-0,010	0,876
Incapacidade psicológica	0,022	0,730	0,074	0,239	-0,019	0,762
Incapacidade social	0,026	0,676	0,017	0,784	-0,012	0,843
Deficiência	0,017	0,789	-0,014	0,830	-0,046	0,460

APÊNDICE M - Correlação entre o acesso ao serviço de saúde bucal com a fluorose, Índice Periodontal Comunitário e Índice de Estética Dental, Agudos, SP, 2012

	Período da última visita com o dentista	
	R	p
Fluorose	-0,006	0,911
CPI	-0,059	0,340
DAI	-0,092	0,140

Anexos

ANEXO A - Autorização da E,E, Prof, Farid Fayad

E.E. "PROF. FARID FAYAD" D.E.R. BAURU AGUDOS

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO

COORDENADORIA DE ENSINO DO INTERIOR

DIRETORIA DE ENSINO – REGIÃO DE BAURU

E.E."PROF. FARID FAYAD"

Autorização

A Escola E.E.PROF. FARID FAYAD por meio do (a) Diretor SYLBER ANTONIO ZONTA autoriza a doutoranda Angela Xavier sob orientação do Prof. Dr. José Roberto de Magalhães Bastos a desenvolver a pesquisa intitulada "Relação do medo, dor, ansiedade e condições de saúde bucal com o acesso aos serviços de saúde bucal e qualidade de vida de adolescentes" em suas dependências.

Agudos, 18 de agosto de 2011.

Sylber Antonio Zonta
RG: 4174838-4
Diretor de Escola

ANEXO B - Autorização da E,E, João Batista Ribeiro

SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO
COORDENADORIA DE ENSINO DO INTERIOR
DIRETORIA REGIONAL DE ENSINO - REGIÃO BAURU
E.E. "JOÃO BATISTA RIBEIRO"
Av. Major Gasparino de Quadros, 90 - Agudos - SP
CEP 17120-000 - Fone (014) 3262-1185

Autorização

A Escola João Batista Ribeiro, por meio do (a) diretor (a) Marta Aparecida Andrade autoriza a doutoranda Angela Xavier, sob orientação do Prof. Dr. José Roberto de Magalhães Bastos, a desenvolver a pesquisa intitulada "Relação do medo, dor, ansiedade e condições de saúde bucal com o acesso aos serviços de saúde bucal e qualidade de vida de adolescentes" em suas dependências.

Atenciosamente,

Agudos, 16 de setembro de 2011.

E.E. JOÃO BATISTA RIBEIRO - AGUDOS -

Marta Aparecida Andrade
Diretor de Escola
RG: 15.608.003

ANEXO C - Autorização da E,E, Padre João Batista de Aquino

SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO
COORDENADORIA DE ENSINO DO INTERIOR
DIRETORIA DE ENSINO REGIÃO DE BAURU
EE. PADRE JOÃO BATISTA DE AQUINO
Av João Travain,400 - Centro
CEP 17.120-000 – AGUDOS - Fone 3262-1277
E-mail: e025987a@see.sp.gov.br

E E Pe João Batista de Aquino AGUDOS

Autorização

A Escola EE Padre João Batista de Aquino, por meio do (a) diretor (a) Vanderléia A. Figueiredo Cavalheri, autoriza a doutoranda Angela Xavier sob orientação do Prof. Dr. José Roberto de Magalhães Bastos a desenvolver a pesquisa intitulada "Relação do medo, dor, ansiedade e condições de saúde bucal com o acesso aos serviços de saúde bucal e qualidade de vida de adolescentes" em suas dependências.

Atenciosamente,

Diretor (a)
Vanderléia A. Figueiredo Cavalheri
RG: 18.480.158
Diretor de Escola

ANEXO D - Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa –FOB

Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia de Bauru

Comitê de Ética em Pesquisa

50 ANOS 1962 - 2012 FOB USP

Processo nº 174/2011

Bauru, 1 de dezembro de 2011.

Senhor Professor,

O projeto de pesquisa encaminhado a este Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, denominado "**Relação do medo, dor, ansiedade e condições de saúde bucalcom o acesso aos serviços de saúde bucal e qualidade de vida de adolescentes**", de autoria de Angela Xavier, que será desenvolvido sob sua orientação, foi enviado ao relator para avaliação e apreciado em reunião realizada no dia **30 de novembro de 2011.**

O CEP-FOB/USP considerou o projeto APROVADO lembrando que a condição de aprovação da pesquisa propriamente dita exige o que segue:

- que sejam encaminhados ao CEP-FOB/USP relatórios anuais sobre o andamento da pesquisa (parciais e finais), conforme o cronograma apresentado;
- que sejam notificados ao CEP-FOB/USP, com a devida justificativa, qualquer modificação na metodologia e/ou título e a inclusão ou exclusão de autores;
- na apresentação do relatório final, incluir todos os TCLEs e/ou termos de doação de dentes devidamente assinados e rubricados.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Flávio Augusto Cardoso de Faria
Coordenador

Prof. Dr. José Roberto de Magalhães Bastos
Docente do Departamento de Ortodontia, Odontopediatria e Saúde Coletiva

Al. Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75 – Bauru-SP – CEP 17012-101 – C.P. 73
e-mail: cep@fob.usp.br – Fone/FAX (0xx14) 3235-8356
http://www.fob.usp.br

ANEXO E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- adolescentes menores de 18 anos

Caros pais ou responsáveis,

Estaremos iniciando em 2012 um estudo para verificar as condições de saúde bucal de adolescentes entre 15 e 19 anos de idade no município de Agudos, Estado de São Paulo, Para isso serão feitos exames da boca para avaliar a presença de cárie dentária, doença das gengivas, manchas nos dentes causadas por excesso de flúor (fluorose), dentes mal posicionados e necessidade de uso de próteses, Os exames da boca serão feitos na própria escola, sendo usado instrumental esterilizado e materiais descartáveis, não havendo nenhum risco à saúde dos adolescentes; os exames apresentam uma duração de cerca de dez minutos por pessoa,

Estaremos também enviando questionários para serem respondidos pelos próprios adolescentes para verificar a história de dor de dente, o medo ao ir ao dentista, influência da saúde bucal na qualidade de vida e acesso aos serviços de saúde bucal (dentista), sendo que o adolescente levará cerca de quinze minutos para responder todos os questionários, Como benefícios aos participantes serão feitas palestras sobre educação em saúde bucal nas escolas,

Os dados de identificação pessoal, como nome do adolescente, dos pais ou responsáveis e da escola não serão divulgados, Cada indivíduo será identificado apenas com um número, o que colaborará para o sigilo profissional, Os resultados obtidos serão analisados e ao final da pesquisa serão divulgados para todos os interessados, população em geral e em eventos científicos, Quaisquer dúvidas poderão ser esclarecidas pelo telefone (14) 9606-8223 (Angela Xavier), Caso queira apresentar reclamações em relação a sua participação na pesquisa, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da FOB-USP pelo endereço Al, Dr, Octavio Pinheiro Brisilla, 9-75 (sala no prédio da Biblioteca, FOB-USP) ou pelo telefone (14) 3235-8356,

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr, (a) _____, portador da cédula de identidade _____, responsável por _____, nascido em ___/___/_____, após leitura minuciosa das informações constantes neste **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**, devidamente explicada pelos profissionais em seus mínimos detalhes, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** concordando em participar da pesquisa proposta,

Fica claro que o sujeito da pesquisa ou seu representante legal, pode a qualquer momento retirar seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** e deixar de participar desta pesquisa e ciente de que todas as informações prestadas tornar-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional (Art, 9º do Código de Ética Odontológica),

Por estarem de acordo assinam o presente termo,

Agudos-SP, _____ de _____ de_____,

_____ _____

Assinatura do responsável **Angela Xavier**

_____

Assinatura do sujeito da pesquisa

ANEXO F - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - adolescentes 18 anos ou mais

Caros adolescentes,

Estaremos iniciando em 2012 um estudo para verificar as condições de saúde bucal de adolescentes entre 15 e 19 anos de idade no município de Agudos, Estado de São Paulo, Para isso serão feitos exames da boca para avaliar a presença de cárie dentária, doença das gengivas, manchas nos dentes causadas por excesso de flúor (fluorose), dentes mal posicionados e necessidade de uso de próteses, Os exames da boca serão feitos na própria escola, sendo usado instrumental esterilizado e materiais descartáveis, não havendo nenhum risco à saúde dos adolescentes; os exames apresentam uma duração de cerca de dez minutos por pessoa,

Estaremos também enviando questionários para serem respondidos pelos próprios adolescentes para verificar a história de dor de dente, o medo ao ir ao dentista, influência da saúde bucal na qualidade de vida e acesso aos serviços de saúde bucal (dentista), sendo que o adolescente levará cerca de quinze minutos para responder todos os questionários, Como benefícios aos participantes serão feitas palestras sobre educação em saúde bucal nas escolas,

Os dados de identificação pessoal, como nome do adolescente, dos pais ou responsáveis e da escola não serão divulgados, Cada indivíduo será identificado apenas com um número, o que colaborará para o sigilo profissional, Os resultados obtidos serão analisados e ao final da pesquisa serão divulgados para todos os interessados, população em geral e em eventos científicos, Quaisquer dúvidas poderão ser esclarecidas pelo telefone (14) 9606-8223 (Angela Xavier), Caso queira apresentar reclamações em relação a sua participação na pesquisa, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da FOB-USP pelo endereço Al, Dr, Octavio Pinheiro Brisilla, 9-75 (sala no prédio da Biblioteca, FOB-USP) ou pelo telefone (14) 3235-8356,

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr, (a) _____, portador da cédula de identidade _____, nascido em ___/___/_____, após leitura minuciosa das informações constantes neste TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO, devidamente explicada pelos profissionais em seus mínimos detalhes, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO concordando em participar da pesquisa proposta,

Fica claro que o sujeito da pesquisa ou seu representante legal, pode a qualquer momento retirar seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e deixar de participar desta pesquisa e ciente de que todas as informações prestadas tornar-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional (Art, 9o do Código de Ética Odontológica),

Por estarem de acordo assinam o presente termo,

Agudos-SP, _____ de _____ de_____,

_____ _____

Assinatura do sujeito da pesquisa Angela Xavier

ANEXO G - Questionário de Ansiedade

1, Se você tiver que ir ao dentista amanhã, como você se sente?

( ) Nada ansioso

( ) Um pouco ansioso

( ) Muito ansioso

( ) Bastante ansioso

( ) Extremamente ansioso

2, Quando você está esperando na sala de espera do dentista, como você se sente?

( ) Nada ansioso

( ) Um pouco ansioso

( ) Muito ansioso

( ) Bastante ansioso

( ) Extremamente ansioso

3, Quando você está na cadeira odontológica esperando que o dentista comece a trabalhar nos seus dentes com o motorzinho, como você se sente?

( ) Nada ansioso

( ) Um pouco ansioso

( ) Muito ansioso

( ) Bastante ansioso

( ) Extremamente ansioso

4, Você está na cadeira odontológica para ter seus dentes limpos, Enquanto você aguarda o dentista pegar os instrumentais que ele usará para limpar seus dentes perto da gengiva, como você se sente?

( ) Nada ansioso

( ) Um pouco ansioso

( ) Muito ansioso

( ) Bastante ansioso

( ) Extremamente ansioso

5, Quando você está esperando o dentista preparar a anestesia para aplicar na sua boca, como você se sente?

( ) Nada ansioso

( ) Um pouco ansioso

( ) Muito ansioso

( ) Bastante ansioso

( ) Extremamente ansioso

ANEXO H - Questionário de Medo

Marque um “X” em sua resposta:

Com que frequência você:	Nunca	Poucas vezes	Mais ou menos	Muitas vezes	Sempre
Adia a consulta					
Cancela ou não comparece a consulta					
Durante o atendimento do dentista você sente alguma reação como citado abaixo?	Nunca	Poucas vezes	Mais ou menos	Muitas vezes	Sempre
Meus músculos ficam tensos					
O ritmo da minha respiração aumenta					
Eu transpiro					
Sinto náuseas e enjoo de estômago					
Meu coração bate mais depressa					
Você sente medo em situações como citado abaixo?	Nunca	Poucas vezes	Mais ou menos	Muitas vezes	Sempre
Marcando consulta para ir ao dentista					
Aproximando-se do consultório					
Aguardando na sala de espera					
Estar sentado na cadeira do dentista					
Sentindo o cheiro do consultório					
Vendo o dentista entrar					
Vendo a agulha da seringa					
Sentindo a agulha penetrar					
Vendo a broca do motor					
Ouvindo o motor					
Sentindo as vibrações do motor no dente					
Submetendo-se à limpeza dos dentes					
Medo geral do tratamento odontológico					

ANEXO I - Questionário de dor

1- Você já teve dor de dente na sua vida?

( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei/ não me lembro

2-Você teve dor de dente nos últimos 6 meses?

( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei/ não me lembro

3-Você poderia marcar quanto tempo em dias sentiu dor de dente?

( ) Sim , Quantos dias?_____ ( ) Não sei/ não me lembro

4- Na última questão, você respondeu quanto tempo em dias você sentiu dor de dente, Qual a duração da dor de dente a cada dia?

( ) Um tempo muito pequeno ( ) Uma hora ( ) O dia inteiro

( ) A noite toda ( ) Mais que um dia ( ) Não sei/ não me lembro

5-Agora você poderia escolher das palavras a seguir a que melhor pode descrever a sua dor de dente?

( ) Leve ( ) Desconfortável ( ) Estressante ( ) Horrível ( ) Intolerável

6-Você poderia marcar na linha a seguir o tamanho dessa sua última dor de dente? **Você deve considerar que 0 (zero) significa nenhuma dor e 10 (dez), a dor pior possível,**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7-Marque com um círculo no desenho a seguir que melhor representa a região da sua face em que você sentiu dor,

Face direita entro Face esquerda

8- Qual foi a principal causa da sua dor de dente? (marque apenas uma resposta)

( ) Buraco ou cavidade no dente

( ) Quando comi ou bebi alimentos quentes , frios ou doces

( ) Quando mastiguei alguns alimentos duros

( ) Quando perdi um dente

( ) Um novo dente aparecendo

( ) Aparelho ortodôntico fixo ao dente

( ) Aparelho ortodôntico móvel

( ) Quando restaurei um dente

( ) Quando fiz tratamento de canal

( ) Quando fiz uma extração de dente

( ) Quando um dente quebrou

( ) Não sei/ não me lembro

ANEXO J - Questionário de acesso aos serviços de saúde

1- Procurou serviço de saúde (saúde geral) nos últimos 6 meses?
( ) Não ( ) Sim

2- Qual o motivo da procura ao serviço de saúde?
( ) Não procurei ( ) Exame/ prevenção
( ) Doença ( ) Acidente/ lesão
( ) Problema odontológico ( ) Tratamento/ reabilitação
( ) Vacinação ( ) Atestado
( ) Pré-natal ( ) Parto

3- Quando foi a última vez que foi ao dentista?
( ) Nunca foi ao dentista ( ) Menos de 1 ano
( ) 1 a 2 anos ( ) 3 anos ou mais

4- Procurou serviço odontológico (dentista) nos últimos 6 meses?
( ) Não ( ) Sim

5- Onde procurou o primeiro atendimento odontológico (dentista)?
( ) Consultório particular ( ) Centro de saúde (público)
( ) Outros serviços _____
Porque?_____
_____

6- Conseguiu atendimento na primeira busca por atendimento odontológico?
( ) Não ( ) Sim

7- Em caso negativo, qual o motivo da falta de atendimento?
( ) Faltou vaga ou senha
( ) Não tinha dentista atendendo
( ) Serviço ou equipamento não estava funcionando
( ) Não tinha material
( ) Não podia pagar
( ) Esperou muito e desistiu
( ) Outro motivo

8- Atendimento odontológico foi através de plano de saúde?
( ) Sim ( ) Não

9- Pagou pelo atendimento odontológico?
( ) Não ( ) Sim

10- O atendimento odontológico foi pelo SUS?
( ) Não ( ) Sim ( ) Não sabe

11- Avaliação do atendimento odontológico:
( ) Muito bom ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim/ muito ruim

12- Qual o motivo da sua última consulta?
( ) Nunca foi ao dentista ( ) Revisão ou prevenção ( ) Dor
( ) Extração ( ) Tratamento
( ) Outro:_____

ANEXO L - Questionário de influência da saúde bucal na qualidade de vida

Assinale com um X a melhor opção de resposta para cada pergunta, Responda com uma única opção de resposta para cada pergunta,

PERGUNTA	OPÇÕES DE RESPOSTA				
Nos últimos seis meses, por causa de problemas com seus dentes ou sua boca:	Nunca	Dificilmente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
1-Você tem problemas para falar alguma palavra?					
2-Você já sentiu mudança no sabor dos alimentos?					
3-Você já sentiu dor na sua boca ou dentes?					
4- Você já teve desconforto para comer qualquer alimento?					
5-Você já ficou preocupado?					
6-Você já se sentiu nervoso?					
7-A sua alimentação ficou prejudicada?					
8-Você já teve que interromper alguma refeição?					
9-Você já teve dificuldade para descansar?					
10- Você já se sentiu envergonhado?					
11- Você já ficou aborrecido com outras pessoas?					
12- Você teve dificuldades para fazer suas atividades diárias?					
13- Você já sentiu que a sua vida piorou?					
14- Você já esteve totalmente incapaz de agir?					

Anexo M - Ficha de Exame clínico

Nome :_____
DN: ____/____/_____,Escola:_____
Etnia:_____Data exame:_____

Cárie dentária

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

IPC

17/16	11	26/27
47/46	31	36/37

Fluorose

Uso e necessidade de prótese

Uso	Necessidade

Anormalidades dentofaciais

Dentição (ausência de I, C e PM sup, e inf,- entre com o n° de dentes)

s I

Espaço

Apinhamento nos Is
0= sem apinhamento
1= apinhamento em 1 região
2=apinhamento de 2 regiões

Espaçamentos nos Is,
0= sem espaço
1= 1 região com espaçamento
2= 2 regiões com espaçamento

Diastema em mm,

Desalinhamento maxilar anterior em mm

Desalinhamento mandibular anterior em mm

Oclusão

Overjet maxilar ant, em mm

Overjet mand, ant, em mm

Mordida aberta vertical ant, em mm,

Relação molar antero-posterior
0=normal/ 1=meia cúspide/2=cúspide inteira