UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BAURU

FÁBIO SILVA DE CARVALHO

**Medo, ansiedade e dor de dente em adolescentes: impacto na
qualidade de vida, na saúde bucal e no acesso aos serviços de
saúde**

BAURU
2012

FÁBIO SILVA DE CARVALHO

**Medo, ansiedade e dor de dente em adolescentes: impacto na
qualidade de vida, na saúde bucal e no acesso aos serviços de
saúde**

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 Ortodontia e Odontologia em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. José Roberto de Magalhães Bastos

BAURU
2012

C253m Carvalho, Fábio Silva de
Medo, ansiedade e dor de dente em
adolescentes: impacto na qualidade de vida, na
saúde bucal e no acesso aos serviços de saúde/
Fábio Silva de Carvalho. – Bauru, 2012.
138 p. : il. ; 31cm.

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

Orientador: Prof. Dr. José Roberto de
Magalhães Bastos

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: 090/2011
Data: 30/06/2011

(Cole a cópia de sua folha de aprovação aqui)

DEDICATÓRIA

Aos meus pais,

Fernando e Maria Aparecida,

Por todo amor, carinho e atenção em todos os momentos da minha vida e por todas as ocasiões que passamos juntos, desde as mais simples até as especiais. Pelo apoio e incentivo na busca dos meus ideais. Um grande exemplo de pai, de mãe e de união. Amo muito vocês!!!

A minha esposa,

Cristiane,

Pelo companheirismo, cumplicidade, respeito, atenção, amizade e pelo grande amor que nos une. Por estar presente o tempo todo ao meu lado nos momentos mais difíceis e nos momentos de grandes alegrias. Agradeço a Deus por sua vida e pelo nosso carinho e amor que crescem a cada dia. Amo você !!!

AGRADECIMENTOS

A **Deus**,

Que me orienta, acompanha e me mostra o caminho a trilhar. Pela força nas minhas dificuldades, pela vida e por todos que colocou ao meu redor, permitindo que minha vida seja melhor.

Aos meus sogros,

Domingos e Neusa,

Pela atenção, apoio e confiança que depositam em mim. Pelos momentos agradáveis que passamos juntos.

Ao meu irmão,

Ricardo,

Por todo apoio, preocupação e amor que tem por mim e pela Cris. Obrigado por estar sempre presente em nossas vidas e por tudo que passamos juntos, com certeza estará sempre em nosso coração.

Aos meus irmãos,

Rogério, Luís Fernando, Eduardo e Rômulo

Pelo carinho, pelos momentos agradáveis compartilhados e conselhos. Agradeço por todo amor e atenção que têm por mim.

As minhas cunhadas **Gláucia, Fernanda** e aos sobrinhos **Matheus, Bruna, Felipe, Maria Fernanda, Ana Carolina, Isabela e Valentina** por tornarem minha vida mais feliz e transformarem pequenos momentos em grandes lembranças.

Ao meu orientador,

Prof. Dr. José Roberto de Magalhães Bastos,

Obrigado pelos ensinamentos, pelas palavras de entusiasmo que contagia quem está por perto. Pelo apoio, confiança e pelas oportunidades que proporcionou para o meu crescimento. Pela competência e facilidade em ensinar.

A Prof^a. Dr^a. Sílvia Helena de Carvalho Sales Peres,

Agradeço pelos ensinamentos durante a especialização e o mestrado. Pela atenção e disponibilidade em ajudar, por mostrar alternativas e caminhos a seguir. Pelos momentos agradáveis e de descontração. Pela alegria contagiante.

Ao Prof. Dr. Arsenio Sales Peres,

Pelo incentivo e ensinamentos proporcionados. Por estar sempre disposto a ouvir, dando conselhos e mostrando alternativas a seguir. Obrigado pelos momentos de descontração e preocupação.

Ao Prof. Dr. José Roberto Pereira Lauris,

Obrigado por clarear minhas ideias, por ser sempre atencioso e disponível. Um exemplo de tranquilidade e competência. Pelas aulas ministradas e estímulo em buscar o conhecimento.

A Prof^a. Dr^a. Magali de Lourdes Caldana,

Pelos ensinamentos, confiança e participação no meu crescimento. Pela oportunidade que me deu para encarar novos desafios e por todas as palavras de incentivo. Obrigado!!!

A Prof^a. Dr^a. Maria Aparecida,

Pela simpatia, atenção e pelas conversas agradáveis. Pela educação e alegria que transmite.

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

Pela amizade, convivência, aprendizado e por participar da minha caminhada.

Aos colegas pós-graduandos, **Angela, Patrícia Grec, Juliane, Adriana, Haroldo, Paty Matos, Aline** pelas atividades compartilhadas e por todo apoio durante o doutorado e em especial a **Cris** por toda ajuda durante todo o desenvolvimento deste trabalho.

Aos funcionários do Departamento de Saúde coletiva da FOB/USP, **Rosa, Sílvia, Marta e Helena**, pela atenção, preocupação e disponibilidade em ajudar.

Aos funcionários da Pós-Graduação e do Serviço de Biblioteca da FOB/USP, em especial à **Maristela**, por toda atenção e educação.

À **Renata**, Diretora Municipal da Saúde de Reginópolis, pelo incentivo e atenção.

Às funcionárias do Centro de Saúde de Reginópolis, **Daniela, Paula, Lílian e Maria** pelo apoio e participação durante o desenvolvimento deste trabalho e por participar desta caminhada.

À **Diretora e professores** que permitiram que este estudo fosse desenvolvido nas dependências da Escola Estadual Prof. Carlos Corrêa Viana em Reginópolis-SP.

Aos voluntários participantes deste estudo, pela fundamental e efetiva colaboração.

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**, pela oportunidade e conhecimentos adquiridos nesta casa e por fazer parte da minha formação.

À Comissão de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia de Bauru, por meio de seu presidente **Prof. Dr. Paulo César Rodrigues Conti**.

À **Instituição de Fomento** CAPES, pelo auxílio financeiro durante o curso.

A todos que contribuíram direta ou indiretamente para a realização deste trabalho de doutorado.

Muito Obrigado!

**“Grandes realizações não são feitas por impulso, mas por
uma soma de pequenas realizações.”**

Vincent Van Gogh

RESUMO

O medo e a ansiedade odontológica estão frequentemente associados a experiências traumáticas ocorridas no ambiente odontológico durante a infância. A dor de dente parece ser o problema de saúde bucal de maior impacto sobre o bem-estar dos indivíduos, interferindo diretamente na qualidade de vida, pois provoca distúrbios no sono, diminuição do rendimento no trabalho, faltas escolares e dificuldades na alimentação. Além disso, tem sido identificada como forte preditor de restrição ao acesso aos serviços de saúde bucal, bem como importante elemento no planejamento dos serviços de saúde. O presente estudo teve como objetivos verificar a prevalência e intensidade do medo, da ansiedade e da dor de dente em adolescentes e estimar o impacto dessas variáveis na qualidade de vida, na saúde bucal e no acesso aos serviços de saúde. A amostra foi composta por 101 adolescentes, matriculados na única escola estadual do município de Reginópolis-SP. Foram aplicados cinco questionários para verificar a prevalência e intensidade do medo (Dental Fear Survey), da ansiedade (Modified Dental Anxiety Scale) e da dor de dente, além de verificar o impacto na qualidade de vida (Oral Health Impact Profile, OHIP-14) e o acesso aos serviços de saúde. Para avaliar as condições de saúde bucal foram utilizados os índices CPOD (cárie dentária) e CPI (doença periodontal). O teste de Mann-Whitney foi usado para verificar as diferenças entre os grupos (idade, sexo, etnia e local da moradia) quanto ao medo, ansiedade, qualidade de vida, cárie dentária e doença periodontal. Para verificar a associação com a dor de dente e acesso ao serviço de saúde foi usado o teste do qui-quadrado. A correlação entre medo, ansiedade e dor de dente com qualidade de vida, saúde bucal e acesso ao serviço foi feita por meio do Coeficiente de Correlação de Spearman. Em todos os testes foram adotados níveis de significância de 5%. A prevalência do medo e da ansiedade foram 55,45% e 84,16%, respectivamente. O baixo nível de ansiedade foi maior nos adolescentes de 11 a 13 anos de idade ($p=0,028$). Cerca de 71,00% dos adolescentes teve dor de dente alguma vez na vida e a faixa etária de 11 a 13 anos teve maior experiência de dor de dente ($p=0,014$). A média do CPOD foi de 4,52, sendo que a prevalência de cárie dentária foi maior nos adolescentes de 14 a 16 anos de idade e nas meninas ($p<0,05$). Poucos adolescentes apresentaram condições periodontais saudáveis (14,85%). A procura por atendimento odontológico foi feita por 70,30% há menos de um ano, na maioria

das vezes para prevenção. Grande parte apresentou impacto da saúde bucal na qualidade de vida (88,12%), porém fraco (79,21%). Houve correlação significativa do medo e da prevalência e severidade da dor de dente com a média geral do OHIP-14 ($p < 0,010$). Neste estudo, verificou-se que medo e a dor de dente tiveram impacto na qualidade de vida dos adolescentes.

Palavras-chave: Medo. Ansiedade ao tratamento odontológico. Dor de dente. Saúde bucal. Qualidade de vida. Acesso aos serviços de saúde. Adolescente.

ABSTRACT

Fear, anxiety and dental pain in adolescents: impact on quality of life, oral health and access to health services

Dental fear and anxiety are often associated with traumatic experiences that occurred in the dental environment during childhood. Dental pain seems to be the problem of oral health with the greatest impact on the well-being of individuals, directly interfering with quality of life; it causes sleep disorders, decreased performance at work, school absences and difficulties in feeding. Moreover, it has been identified as strong predictor of restriction of access to oral health services, as well as an important element in the planning of health services. This study aimed to determine the prevalence and intensity of fear, anxiety and dental pain in adolescents and to estimate the impact of these variables on quality of life, oral health and access to health services. The sample consisted of 101 adolescents enrolled in the only state school in the city of Reginópolis-SP. Five questionnaires were used to determine the prevalence and intensity of fear (Dental Fear Survey), anxiety (Modified Dental Anxiety Scale) and dental pain, and check the impact on quality of life (Oral Health Impact Profile, OHIP-14) and access to health services. To assess the oral health status DMFT (dental caries) and CPI (periodontal disease) were used. The Mann-Whitney test was used to investigate the differences between the groups (age, gender, ethnicity and place of residence) as to fear, anxiety, quality of life, dental caries and periodontal disease. To verify the association with the dental pain and access to health services was used the chi-square test. The correlation between fear, anxiety, and dental pain with quality of life, oral health and access to the service was performed by the Spearman correlation coefficient. In all tests it was adopted level of significance of 5%. The prevalence of fear and anxiety were 55.45% and 84.16% respectively. The low level of anxiety was higher in adolescents 11-13 years-old ($p = 0.028$). About 71.00% of adolescents had dental pain sometime in their lives and the age range 11-13 years had greater experience of dental pain ($p = 0.014$). The mean DMFT was 4.52, and the prevalence of dental caries was higher in adolescents 14-16 years-old and in girls ($p < 0.05$).

Few adolescents had healthy periodontal conditions (14.85%). Searching for dental care was done by 70.30% less than a year, mostly for prevention. Most adolescents showed impact of oral health on quality of life (88.12%), but weak (79.21%). There was a significant correlation of fear and the prevalence and severity of dental pain with the total mean OHIP-14 ($p < 0.010$). In this study, it was noted that fear and dental pain had impact on quality of life of adolescents.

Key words: Fear. Dental anxiety. Toothache. Oral health. Quality of life. Health services accessibility. Adolescent.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- FIGURAS

Figura 1 - Localização de Reginópolis – SP.....	48
Figura 2 - Sonda OMS ou “ball point”, ilustrando as marcações com as distâncias, em milímetros.....	57

- GRÁFICOS

Gráfico 1 - Características da população de Reginópolis, Região de Bauru e Estado de São Paulo.....	48
Gráfico 2 - Perfil da educação da população de Reginópolis, Região de Bauru e Estado de São Paulo.....	50
Gráfico 3 - Setores com vínculo empregatício em Reginópolis, Região de Bauru e Estado de São Paulo.....	50

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Peso atribuído a cada resposta do OHIP-14.....	54
Tabela 2 -	Códigos e critérios para o diagnóstico e registro de cárie dentária.....	56
Tabela 3 -	Códigos e critérios para a necessidade de tratamento de cárie dentária.....	56
Tabela 4 -	Códigos e critérios das condições periodontais.....	58
Tabela 5 -	Distribuição da amostra do estudo piloto de acordo com idade, sexo, etnia e localidade.....	63
Tabela 6 -	Distribuição do medo no estudo piloto de acordo com idade, sexo, etnia e localidade.....	64
Tabela 7 -	Distribuição da ansiedade no estudo piloto de acordo com idade, sexo, etnia e localidade.....	65
Tabela 8 -	Experiência da dor de dente alguma vez na vida no estudo piloto de acordo com idade, sexo, etnia e localidade.....	65
Tabela 9 -	Experiência da dor de dente nos últimos 6 meses no estudo piloto de acordo com idade, sexo, etnia e localidade.....	66
Tabela 10 -	Impacto da saúde bucal na qualidade de vida no estudo piloto de acordo com idade, sexo, etnia e localidade.....	66
Tabela 11 -	Distribuição da cárie dentária no estudo piloto de acordo com idade, sexo, etnia e localidade.....	67
Tabela 12 -	Condição periodontal de adolescentes do estudo piloto de acordo com idade, sexo, etnia e localidade.....	68
Tabela 13 -	Procura por atendimento odontológico do estudo piloto de acordo com idade, sexo, etnia e localidade.....	69
Tabela 14 -	Motivo da última procura por atendimento odontológico do estudo piloto de acordo com idade, sexo, etnia e localidade.....	69
Tabela 15 -	Distribuição da amostra de acordo com idade, sexo, etnia e localidade.....	70
Tabela 16 -	Distribuição da amostra total de acordo com a fuga ao atendimento e manifestações fisiológicas durante o atendimento odontológico.....	71

Tabela 17 - Distribuição da amostra total de acordo com o medo provocado (sala de espera, na cadeira CD, agulha) durante o atendimento odontológico.....	71
Tabela 18 - Distribuição da amostra total de acordo com o medo provocado (agulha, broca, motor) durante o atendimento odontológico.....	72
Tabela 19 - Distribuição do medo de acordo com idade, sexo, etnia e localidade.....	72
Tabela 20 - Ansiedade ao tratamento odontológico de acordo com a amostra total.....	73
Tabela 21 - Distribuição da ansiedade de acordo com idade, sexo, etnia e localidade.....	74
Tabela 22 - Experiência da dor de dente alguma vez na vida de acordo com idade, sexo, etnia e localidade.....	75
Tabela 23 - Experiência da dor de dente nos últimos 6 meses de acordo com idade, sexo, etnia e localidade.....	75
Tabela 24 - Severidade da dor de dente, avaliada pela escala verbal, de acordo com idade, sexo, etnia e localidade.....	76
Tabela 25 - Severidade da dor de dente, avaliada pela escala visual, de acordo com idade, sexo, etnia e localidade.....	77
Tabela 26 - Causa da dor de dente de acordo com idade, sexo, etnia e localidade.....	77
Tabela 27 - Duração da dor de dente de acordo com idade, sexo, etnia e localidade.....	78
Tabela 28 - Distribuição da média das dimensões do OHIP-14 de acordo com idade, sexo, etnia e localidade.....	79
Tabela 29 - Impacto da saúde bucal na qualidade de vida de acordo com idade, sexo, etnia e localidade.....	80
Tabela 30 - Distribuição da cárie dentária de acordo com idade, sexo, etnia e localidade.....	81
Tabela 31 - Prevalência de livres de cárie e índice de cuidados de acordo com idade, sexo, etnia e localidade.....	82

Tabela 32 -	Condição periodontal dos adolescentes de acordo com idade, sexo, etnia e moradia.....	83
Tabela 33 -	Procura por atendimento odontológico de acordo com idade, sexo, etnia e localidade.....	84
Tabela 34 -	Procura por atendimento odontológico nos últimos 6 meses de acordo com idade, sexo, etnia e localidade.....	84
Tabela 35 -	Motivo da última procura por atendimento odontológico de acordo com idade, sexo, etnia e localidade.....	85
Tabela 36 -	Frequência à consulta odontológica no centro de saúde municipal de acordo com o ciclo de vida.....	86
Tabela 37 -	Tipo de atendimento odontológico prestado aos pacientes do município de acordo com o ciclo de vida.....	86
Tabela 38 -	Correlação entre medo e qualidade de vida.....	87
Tabela 39 -	Correlação entre medo e saúde bucal.....	87
Tabela 40 -	Correlação entre medo e acesso aos serviços de saúde.....	87
Tabela 41 -	Correlação entre ansiedade e qualidade de vida.....	88
Tabela 42 -	Correlação entre ansiedade e saúde bucal.....	88
Tabela 43 -	Correlação entre ansiedade e acesso aos serviços de saúde.....	88
Tabela 44 -	Correlação entre ocorrência da dor de dente alguma vez na vida e qualidade de vida.....	89
Tabela 45 -	Correlação entre ocorrência da dor de dente alguma vez na vida e saúde bucal.....	89
Tabela 46 -	Correlação entre ocorrência da dor de dente alguma vez na vida e acesso aos serviços de saúde.....	90
Tabela 47 -	Correlação entre ocorrência da dor de dente nos últimos 6 meses e qualidade de vida.....	90
Tabela 48 -	Correlação entre ocorrência da dor de dente nos últimos 6 meses e Saúde Bucal.....	90
Tabela 49 -	Correlação entre ocorrência da dor de dente nos últimos 6 meses e acesso aos serviços de saúde.....	91
Tabela 50 -	Correlação entre severidade da dor de dente segundo a escala verbal e qualidade de vida.....	91

Tabela 51 - Correlação entre severidade da dor de dente segundo a escala verbal e saúde bucal.....	91
Tabela 52 - Correlação entre severidade da dor de dente segundo a escala verbal e acesso aos serviços de saúde.....	92
Tabela 53 - Correlação entre severidade da dor de dente segundo a escala visual e qualidade de vida.....	92
Tabela 54 - Correlação entre severidade da dor de dente segundo a escala verbal e saúde bucal.....	93
Tabela 55 - Correlação entre severidade da dor de dente segundo a escala verbal e acesso aos serviços de saúde.....	93

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	23
2	REVISÃO DE LITERATURA	29
2.1	ADOLESCÊNCIA	29
2.2	MEDO E ANSIEDADE	30
2.3	DOR DE DENTE	31
2.4	QUALIDADE DE VIDA	34
2.5	SAÚDE BUCAL	36
2.6	ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE	39
3	PROPOSIÇÃO	43
3.1	OBJETIVO GERAL	43
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	43
4	MATERIAL E MÉTODOS	47
4.1	ASPECTOS ÉTICOS	47
4.2	REGINÓPOLIS	47
4.2.1	Território e População	47
4.2.2	Estatísticas Vitais e Saúde	49
4.2.3	Condições de Vida	49
4.2.4	Habitação e Infraestrutura Urbana	49
4.2.5	Educação	49
4.2.6	Emprego	50
4.3	AMOSTRA	51
4.3.1	Estudo Piloto	51
4.3.2	CrITÉrios de Inclusão	51
4.3.3	Cálculo da Amostra	51
4.4	AVALIAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA	52
4.4.1	Questionários	52
4.4.1.1	Questionário Medo	52
4.4.1.2	Questionário Ansiedade	53
4.4.1.3	Questionário Dor de Dente	53
4.4.1.4	Questionário Qualidade de Vida	54
4.4.1.5	Questionário Acesso aos Serviços de Saúde	55

4.4.2	Códigos e Critérios dos Índices	55
4.4.2.1	Índice CPOD	55
4.4.2.2	Índice Significativo de Cárie (Significant Caries - SiC Index)	56
4.4.2.3	Índice de Cuidados Odontológicos (Care Index)	56
4.4.2.4	Índice Periodontal Comunitário (CPI)	57
4.4.3	Procura e Acesso ao Serviço de Saúde Municipal	59
4.4.4	Calibração do Examinador	59
4.4.5	Exame Bucal	60
4.5	ANÁLISE ESTATÍSTICA	60
5	RESULTADOS	63
5.1	ESTUDO PILOTO	63
5.2	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	70
5.2.1	Medo e Ansiedade	70
5.2.2	Dor de Dente	74
5.2.3	Qualidade de Vida	78
5.2.4	Saúde Bucal	80
5.2.4.1	Cárie Dentária	80
5.2.4.2	Condição Periodontal	82
5.2.5	Acesso aos Serviços de Saúde	83
5.2.6	Correlação do Medo com: Qualidade de Vida, Saúde Bucal e Acesso aos Serviços de Saúde	87
5.2.7	Correlação da Ansiedade com: Qualidade de Vida, Saúde Bucal e Acesso aos Serviços de Saúde	88
5.2.8	Correlação da Dor de Dente com: Qualidade de Vida, Saúde Bucal e Acesso aos Serviços de Saúde	89
5.2.8.1	Ocorrência da dor de dente alguma vez na vida	89
5.2.8.2	Ocorrência da dor de dente nos últimos 6 meses	90
5.2.8.3	Severidade da dor de dente segundo a escala verbal	91
5.2.8.4	Severidade da dor de dente segundo a escala visual	92
6	DISCUSSÃO	97
6.1	MEDO E ANSIEDADE	97
6.2	DOR DE DENTE	100
6.3	QUALIDADE DE VIDA	101

6.4	SAÚDE BUCAL	103
6.5	ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE	105
7	CONCLUSÕES	111
	REFERÊNCIAS	115
	APÊNDICE	127
	ANEXOS	131

1 Introdução

1 INTRODUÇÃO

A adolescência é uma fase de transformação, caracterizada por uma reorganização emocional com diversos conflitos internos e externos. O adolescente necessita ser bem amparado pelos profissionais de saúde e que compreendam esse momento da vida, sendo esta a chave primordial para o sucesso na relação profissional/paciente (CARVALHO et al., 1991; SEVERO; COLARES; ROSENBLATT, 2004).

O cirurgião-dentista tem papel fundamental na manutenção da saúde bucal de seu paciente. Por meio de avaliações preventivas frequentes, o profissional permitirá ao paciente adquirir e manter comportamentos de saúde, bem como enfrentar a situação odontológica com um mínimo de estresse (POSSOBON et. al, 2007).

O medo é uma emoção primária que indica que uma situação de perigo foi reconhecida, fazendo com que o indivíduo concentre toda sua atenção no evento (ANDERSON, 1997; ROCHA et. al, 2000). Quando o perigo é reconhecido, o indivíduo reage com um conjunto de respostas comportamentais e neurovegetativas acompanhadas de uma experiência desagradável (ROCHA et. al, 2000).

A ansiedade representa o medo que foi transferido da situação original para uma situação imaginada, decorrente de fatos semelhantes ou que desencadeiam a lembrança de uma situação prévia (ANDERSON, 1997; ROCHA et. al, 2000). Ela não é controlada pela consciência, ou seja, as pessoas não têm capacidade de interrompê-la.

O medo de dentista atinge de 15 a 20% da população em geral, sendo um dos mais frequentes e intensamente vivenciados (BOTTAN; OGLIO; ARAÚJO, 2007). Um dos principais fatores que podem influenciar o comportamento de quem busca atendimento odontológico é a crença de que serão submetidos a algum tipo de desconforto durante o tratamento (NATHAN, 2001).

O comparecimento para tratamento odontológico pode representar um grande problema para esses pacientes (ROSA; FERREIRA, 1997; KANEGANE et. al, 2003). Há associação entre o medo e a saúde bucal deficiente, decorrente da menor frequência de procura por tratamento odontológico. Geralmente, os pacientes ansiosos esperam longos períodos para marcar uma consulta e não raramente a cancelam (ROSA; FERREIRA, 1997).

A ansiedade também agrava o sofrimento psicológico causado pela dor e varia quantitativamente e qualitativamente, pois cada indivíduo tem sua história individual, sujeito as experiências odontológicas anteriores e ao contexto socioeconômico e cultural (KANEGANE et. al, 2003).

A dor é um fenômeno altamente complexo, possuindo interações físicas, químicas, humorais, afetivas, cognitivas, psicológicas, comportamentais, além de apresentar elementos sociais. A dor de dente e seu impacto psicossocial podem ser valiosos indicadores de saúde por meio de uma visão subjetiva e comportamental (BARRÊTO; FERREIRA; PORDEUS, 2005; JOSGRILBERG; CORDEIRO, 2005).

De modo geral, é aceito que o medo da dor, a partir de uma experiência desconfortável no passado, é o fator principal da causa da ansiedade odontológica e é responsável pela maioria dos casos de pacientes que evitam o tratamento odontológico (FERREIRA et. al, 2004) . Desta forma, a dor de dente tem sido identificada como um bom preditor de restrição no acesso aos serviços de saúde bucal, bem como um importante elemento no planejamento dos serviços de saúde (SHEIHAM, 2000).

Dados do levantamento epidemiológico nacional (SB Brasil 2003) revelaram um quadro insatisfatório da saúde bucal dos adolescentes brasileiros, com discrepâncias regionais, quando se comparam as regiões norte e nordeste com o sul e sudeste do país. Em todo território nacional cerca de 14% dos adolescentes brasileiros nunca foram ao dentista. Alarmante também é constatar que o motivo da ida ao dentista tenha sido a experiência de dor dentária, relatada por quase um terço dos adolescentes. Adolescentes aos 12 anos de idade e entre 15 a 19 anos apresentaram, respectivamente, em média 2,8 e 6,2 dentes com experiência de cárie dentária (BRASIL, 2004).

A saúde bucal vinha historicamente sendo avaliada por meio de critérios exclusivamente clínicos, os quais não permitem a determinação do real impacto dos problemas bucais na vida dos indivíduos. A necessidade de determinar a repercussão integral de alterações presentes na cavidade bucal levou ao desenvolvimento dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde bucal, que vêm sendo utilizados com frequência cada vez maior em pesquisas odontológicas (JOKOVIC et. al, 2002).

A qualidade de vida pode ser definida como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais ele

vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (WHO, 1997). O conceito de qualidade de vida, além de compreender uma representação subjetiva da sensação de bem-estar, é multidimensional e inclui tanto dimensões positivas quanto negativas (ASSUMPÇÃO JR. et al., 2000; MCGRATH; BRODER; WILSON-GENDERSON, 2004; SEIDL; ZANNON, 2004).

A precária condição de saúde bucal dos brasileiros é reflexo da grande desigualdade socioeconômica vigente e do difícil acesso à assistência odontológica, decorrente da oferta limitada dos serviços públicos e do alto custo que a prática privada representa para grande parte da população (MIALHE et. al, 2010).

Este trabalho tem como justificativa a escassez de dados epidemiológicos referentes ao medo, ansiedade e dor de dente em adolescentes na literatura científica. Além disso, avaliará o impacto destas variáveis na qualidade de vida, na saúde bucal, e no acesso aos serviços de saúde.

2 Revisão de Literatura

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ADOLESCÊNCIA

A adolescência é um período de mudança e transição, que afeta os aspectos físicos, sexuais, cognitivos e emocionais (ASSIS et al., 2003). É uma fase de reorganização emocional, em que os conflitos decorrentes de alterações biológicas, psíquicas e sociais são frequentemente exteriorizados pelo comportamento (ABERASTURY; KNOBEL, 1992; SEVERO; COLARES; ROSENBLATT, 2004).

A adolescência também é definida como um processo de desenvolvimento que passa por fases de desequilíbrio e instabilidade extrema e apresenta características típicas de comportamento, tais como: busca de si mesmo, tendência grupal, crises religiosas, atitude social reivindicatória, evolução sexual e constantes flutuações de humor (ABERASTURY; KNOBEL, 1981; SEVERO; COLARES; ROSENBLATT, 2004).

A Odontologia voltada para o adolescente requer algo mais que conhecimentos técnico-científicos, uma vez que se ocupa de um indivíduo, ultrapassando intensas modificações biológicas, psicológicas e sociais, o que exige saúde mental e enorme estabilidade emocional por parte do Cirurgião-dentista (CARVALHO et al., 1991).

O pouco conhecimento das características destes jovens, aliado às constantes demonstrações de condutas adaptativas a estas transformações, faz do adolescente um paciente difícil, podendo isto complicar seu relacionamento com o Cirurgião-dentista (SEVERO; COLARES; ROSENBLATT, 2004). O fato de alguns Cirurgiões-dentistas obterem mais sucesso que outros está diretamente relacionado com o sucesso da relação profissional/paciente (BROWN, 1981).

A adolescência deve ser estudada por meio de estrutura interdisciplinar, em que cada área deve analisar a “saúde integral”, sem preconceitos ou reducionismos, considerando a complexidade e as inter-relações que a caracterizam (NARVAEZ, 1997).

2.2 MEDO E ANSIEDADE

O medo pode ser definido como uma emoção primária que se apresenta diante de um perigo real, atingindo a integridade física ou psicológica do indivíduo (ANDERSON, 1997). No entanto, a ansiedade é o estado emocional aversivo sem desencadeadores claros que compreende a transferência do real para o imaginário, que pode ser decorrente de fatos semelhantes ou de lembranças de uma situação prévia (ANDERSON, 1997; BAPTISTA; CARVALHO; LORY, 2005).

A origem do medo e da ansiedade odontológica está geralmente associada a tratamentos odontológicos traumáticos na infância, a eventos dolorosos de tratamentos anteriores, a ideias negativas repassadas por outras pessoas, ao desconhecimento do procedimento a ser submetido, ao sentimento de perda de controle da situação e ao comportamento dos profissionais (LOCKER; LIDDELL; SHAPIRO, 1999; RAMOS-JORGE et al., 2004; BOTTAN; OGLIO; ARAÚJO, 2007; POSSOBON et al., 2007).

As crianças sentem-se ameaçadas quando necessitam de tratamento odontológico, pois o relacionam a algum desconforto que possam sentir. Esta sensação que pode gerar ansiedade, medo e até mesmo aversão ao tratamento ocorre desde a expectativa de ir ao cirurgião-dentista até a execução do procedimento clínico (MARQUES; GRADVOHL; MAIA, 2010).

O medo odontológico foi relatado como um problema cíclico. Como a prevenção geralmente não acontece, a condição bucal assume proporções críticas devido à fuga do indivíduo. A necessidade de tratamentos mais complexos e invasivos aumenta a ansiedade, desta forma o medo e a fuga se exacerbam e o indivíduo se submeterá ao tratamento apenas quando a dor se tornar insuportável (BOTTAN; OGLIO; ARAÚJO, 2007; POSSOBON et al., 2007).

Ao avaliar a prevalência da ansiedade e do medo no setor de urgência odontológica, foram identificados 28,20% de indivíduos com algum grau de ansiedade e 14,30% com alto grau de medo, sendo que as mulheres foram consideradas mais ansiosas que os homens (KANEANE et al., 2003).

O medo odontológico foi encontrado em 14,50% das crianças entre 7 e 11 anos de idade na Turquia e esteve associado a maior prevalência de cárie dentária. Notou-se diferença significativa entre os grupos de idade, sendo que o medo

odontológico tende a diminuir com o aumento da idade. Não foi observada diferença significativa entre os sexos (AKBAY OBA; DÜLGERGIL; SÖNMEZ, 2009).

Em Campos Novos-SC, constatou-se que 84,00% dos adolescentes avaliados apresentaram algum sinal de ansiedade ao tratamento odontológico, sendo o grau de baixa ansiedade o de maior prevalência (70,00%). Quanto maior o grau de ansiedade, menor o percentual de adolescentes que realizaram consultas odontológicas de rotina (BOTTAN; OGLIO; ARAÚJO, 2007).

Em São Paulo-SP, foi relatado que 12,60% dos indivíduos avaliados se apresentaram com ansiedade e 6,30% com medo odontológico. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em relação ao sexo, idade, tempo decorrido desde o início do tratamento ou uma experiência prévia e entre as escalas utilizadas. As situações que mais causaram ansiedade foram a anestesia, a espera para ser atendido, a exodontia e a raspagem periodontal (KANEANE et al., 2003).

Estudo realizado com adolescentes entre 11 e 19 anos de idade constatou alta prevalência de ansiedade odontológica, correspondendo a 32,50% da amostra. Verificou-se que as variáveis independentes: gênero, dor durante tratamento odontológico e data da última consulta odontológica foram preditoras de ansiedade odontológica na adolescência (RAMOS-JORGE et al., 2004).

O cirurgião-dentista preocupado apenas com o procedimento a ser realizado pode não perceber manifestações de ansiedade e não oferecer o amparo necessário e imediato ao paciente. A atuação mais humanística do profissional pode minimizar o estresse comumente gerado pelo tratamento e pelo ambiente do consultório, tornando a relação profissional/paciente mais adequada (POSSOBON et al., 2007).

2.3 DOR DE DENTE

Segundo a International Association for the Study of Pain (IASP, 2011), a dor é definida como “uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a um dano tecidual real ou potencial, ou descrita em termos desse dano”. Assim, pode-se entendê-la não apenas como decorrente de um estímulo nociceptivo, mas que também agrega fatores psicossociais e comportamentais (SLADE, 2001).

A dor orofacial compreende a dor que se localiza abaixo da linha meatoorbital, acima do pescoço e em posição anterior ao ouvido, incluindo a cavidade oral (MACFARLANE et al., 2003). Entre as dores orofaciais, a dor de dente aparece como a mais prevalente, além de ser considerada uma das dores mais incapacitantes (STERNBACH, 1986; BASSOLS et al., 1999). Ela caracteriza-se como dor proveniente dos dentes e estruturas adjacentes, resultante da cárie dentária, doença periodontal, sensibilidade de colo, traumatismo dentário, ou ainda outros fatores de origem não odontogênica (GÓES et al., 2006).

A dor de dente apresenta-se como um problema de saúde pública porque além da alta prevalência pode gerar impacto negativo tanto na qualidade de vida dos indivíduos como na sociedade (JOKOVIC et al., 2002; FEITOSA et al., 2006). Este impacto pode ser observado diretamente sobre o bem-estar dos indivíduos, por meio de distúrbios no sono, dificuldades na alimentação, diminuição do convívio social; ou sobre a sociedade, com as faltas escolares, diminuição do rendimento e ausência no trabalho, maior custo dos tratamentos curativos e aumento na utilização de medicamentos (HONKALA et al., 2001; SLADE, 2001; MACFARLANE et al., 2002; LACERDA et al., 2004; RATNAYAKE; EKANAYAKE, 2005).

Hack-Comunello et al. (2008) observaram alta prevalência de dor de dente em escolares aos doze anos de idade, demonstrando um importante problema de saúde pública e enfatizaram que medidas efetivas devem ser propostas para controle de sua ocorrência (HACK-COMUNELLO et al., 2008).

Diversos fatores tem sido associados à dor de dente, dentre eles fatores sociodemográficos, condição socioeconômica, fatores psicológicos, étnicos e culturais (GÓES et al., 2006). Em estudo realizado no México, observou-se maior ocorrência de visita ao dentista por motivo de dor de dente das crianças mais velhas em relação às mais novas (VILLALOBOS-RODELO et al., 2010).

A incidência de cárie dentária em escolares, entre 11 e 15 anos de idade, residentes no município de Sobral-CE esteve associada a dor de dente nos últimos seis meses, apresentando risco relativo de 1,46 maior que os adolescentes que não relataram dor neste período (NORO et al., 2009).

Alguns estudos relataram a associação entre dor de dente e condição socioeconômica (SLADE, 2001; BASTOS; NOMURA; PERES, 2005; BASTOS; GIGANTE; PERES, 2008; BORGES et al., 2008). De acordo com Nomura et al. (2004), indivíduos com piores condições socioeconômicas apresentam piores

condições de vida e, possivelmente, maior número de agravos à saúde bucal, dentre eles, a dor de dente (NOBURA; BASTOS; PERES, 2004).

Em relação à prevalência de dor de dente entre os grupos étnicos, há poucos dados na literatura científica, com amostras não representativas. As diferenças observadas provavelmente são atribuídas às desigualdades sociais encontradas entre diferentes grupos raciais, que geram piores condições de vida e de saúde (LIPTON; SHIP; LARACH-ROBINSON, 1993; NEWTON et al., 2000; SLADE, 2001).

A dor e o medo são os principais fatores responsáveis pelo comportamento do paciente frente ao tratamento. Embora a dor seja um fenômeno sensorial, recebe influências psicológicas e culturais, que caracterizam a subjetividade dessa experiência. Cada indivíduo apresenta uma particular percepção e resposta comportamental à dor (LIA; TOLEDO, 2005). No entanto, as experiências negativas ao tratamento odontológico muitas vezes são transmitidas para a criança de uma forma indireta através dos pais, irmãos e amigos, que relatam o atendimento sempre associado a processos que envolvem dor (JOSGRILBERG; CORDEIRO, 2005).

A dor de dente e seu impacto psicossocial podem ser valiosos indicadores de saúde bucal, complementares aos clínicos, permitindo a compreensão da saúde por meio de uma visão subjetiva e comportamental (SHEPHERD et al., 1999).

Além disso, a dor de dente é um forte preditor da utilização dos serviços de saúde. O uso da dor de dente para mensurar a saúde bucal e seus impactos na sociedade possibilita a melhor avaliação das necessidades de cuidado e o estabelecimento de prioridades de atenção em saúde bucal (EKANAYAKE; MENDIS, 2002; LACERDA et al., 2004).

Desta forma, verifica-se a importância de se investigar a presença de dor de dente e sua associação com agravos de saúde bucal, com a finalidade de auxiliar no planejamento dos serviços de saúde e limitar ou minimizar seus efeitos desagradáveis na rotina dos indivíduos, o que refletirá na melhoria da qualidade de vida.

2.4 QUALIDADE DE VIDA

A qualidade de vida pode ser definida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHO, 1997). Além de compreender uma representação subjetiva da sensação de bem-estar, é multidimensional e inclui tanto dimensões positivas quanto negativas (ASSUMPÇÃO JR. et al., 2000; MCGRATH; BRODER; WILSON-GENDERSON, 2004; SEIDL; ZANNON, 2004).

A qualidade de vida dos indivíduos pode receber influências significativas de alguns problemas bucais, como a dor, desconforto, limitações e outras condições decorrentes de fatores estéticos que afetam a vida social, a alimentação, o exercício de atividades diárias e o bem-estar do indivíduo (LEÃO; CIDADE; VARELA, 1998).

A saúde bucal vinha historicamente sendo avaliada por meio de critérios exclusivamente clínicos, os quais não permitem a determinação do real impacto dos problemas bucais na vida dos indivíduos. A necessidade de determinar a repercussão integral de alterações presentes na cavidade bucal levou ao desenvolvimento de instrumentos de avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde bucal, que tem sido utilizados com frequência cada vez maior em pesquisas odontológicas (JOKOVIC et al., 2002).

Os indicadores da qualidade de vida associada à saúde geralmente são construídos sob a forma de questionários compostos por perguntas que procuram medir o quanto aspectos da vida das pessoas, nos domínios físico, psicológico, material e social, entre outros, são afetados pelas condições de saúde (SEVENHUYSEN; TRUMBLE-WADDELL, 1997; WALLANDER; SCHMITT; KOOT, 2001).

Assim, diversos instrumentos tem sido desenvolvidos para a avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde bucal, dentre eles o Oral Health Impact Profile (OHIP-49) (SLADE; SPENCER, 1994) e sua versão reduzida, o OHIP-14 (SLADE, 1997); e o Oral Impacts on Daily Performance (OIDP) (ADULYANON; SHEIHAM, 1997). Esses questionários foram elaborados para serem aplicados em adultos, mas também tem sido utilizados em estudos com adolescentes (BRODER et al., 2000; CORTES; MARCENES; SHEIHAM, 2002; OLIVEIRA; SHEIHAM, 2003; FERREIRA; LOUREIRO; ARAÚJO, 2004).

Para crianças e adolescentes, qualidade de vida pode significar "o quanto seus desejos e esperanças se aproximam do que realmente está acontecendo". Também "reflete sua prospecção, tanto para si, quanto para os outros" e "é muito sujeita a alterações, sendo influenciada por eventos cotidianos e problemas crônicos" (HINDS, 1990).

Por isso, para mensurar de forma mais adequada o impacto dos problemas bucais na qualidade de vida das crianças, instrumentos mais específicos foram desenvolvidos, como o CHILD-OIDP, uma versão do OIDP (GHERUNPONG; TSAKOS; SHEIHAM, 2004), o Child Perceptions Questionnaires (CPQ8-10 e CPQ11-14) (JOKOVIC et al., 2002) e o Child Oral Health Impact Profile (COHIP) (BRODER; WILSON-GENDERSON, 2007).

A dúvida sobre qual questionário é mais apropriado para ser utilizado em adolescentes levou Ravaghi et al. (2011) a compararem dois questionários, o OHIP-14 e o COHIP, em um grupo de adolescentes iranianos. Os autores verificaram a validade e confiabilidade de ambos na investigação do impacto da saúde bucal na qualidade de vida de adolescentes, mas destacaram a praticidade do OHIP-14, que é mais curto, para utilização em estudos epidemiológicos (RAVAGHI et al., 2011).

Feu et al. (2008), realizaram estudo para avaliar a gravidade da má-oclusão e a qualidade de vida relacionada à saúde bucal de adolescentes brasileiros. Os autores verificaram que metade dos adolescentes que buscaram tratamento ortodôntico apresentou impacto negativo em sua qualidade de vida relacionada à saúde bucal (FEU et al., 2008).

López e Baelum (2008) avaliaram o impacto de sinais clínicos de destruição periodontal na qualidade de vida relacionada à saúde bucal de adolescentes chilenos. Os autores encontraram associação estatisticamente significativa entre os sinais clínicos de perda de inserção e gengivite ulcerativa necrosante e a qualidade de vida dos adolescentes (LÓPEZ; BAELUM, 2008).

No estudo de Thelen et al. (2011), realizado na Albânia, 60,9% dos adolescentes relataram ter pelos menos um impacto da saúde bucal em seu desempenho diário (THELEN; BARSEN; ASTRØM, 2011).

Portanto, verifica-se que investigar o impacto da condição de saúde bucal sobre a qualidade de vida de adolescentes é importante para conhecer suas necessidades de saúde bucal e avaliar os resultados dos serviços de saúde de forma mais abrangente e não somente de acordo com os indicadores clínicos.

2.5 SAÚDE BUCAL

A cárie dentária continua sendo um problema de saúde pública e a perda dentária é considerada relevante, sendo necessário manter seu monitoramento, principalmente nas populações de baixa renda e com menor possibilidade de acesso aos serviços de assistência e prevenção (PINTO, 2008). Sua ocorrência é importante causa de dor, perda dentária, problemas na escola e absenteísmo no trabalho (ANTUNES; PERES; FRAZÃO, 2006).

A doença periodontal em adolescentes é pouco investigada na literatura científica. Isto acontece porque nesta faixa etária não são identificadas, com muita frequência, alterações periodontais com consequências graves. Para que os adultos de amanhã tenham boas condições de saúde bucal são necessários o diagnóstico e a implementação de ações preventivas e curativas (SANTOS et al., 2007).

No Brasil em 2003, a presença de cálculo dentário em adolescentes foi a condição mais prevalente (33,4%). Porém, este grupo também pode desenvolver formas graves da doença periodontal, caracterizadas por reabsorção óssea e perda de inserção, cuja prevalência, dependendo da profundidade de sondagem, esteve entre 0,19% e 0,75% (BRASIL, 2004).

Em Recife-PE, adolescentes entre 10 e 18 anos foram avaliados em relação à cárie dentária e à doença periodontal. Notou-se que 35,00% dos adolescentes tinham CPOD maior que 3, o cálculo dentário esteve presente em 37,50% e o sangramento gengival em 35,00%. Para estes parâmetros não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas em relação ao sexo (SANTOS et al., 2007).

Estudo desenvolvido com 3330 adolescentes entre 12 e 15 anos de idade no município de João Pessoa-PB avaliou a prevalência de cárie dentária, de acordo com o gênero, idade, escolaridade da mãe e tipo de escola frequentada. Observou-se que a prevalência de cárie dentária foi mais elevada em crianças da rede pública (CPOD – 2,11) que da rede privada (CPOD – 1,65), do gênero feminino (CPOD – 4,79) que no masculino (CPOD – 3,46), em ambas comparações as diferenças foram estatisticamente significativas. Percebeu-se que o CPOD aumentou com a idade e diminuiu com a elevação do nível de escolaridade da mãe (MOREIRA; ROSENBLATT; PASSOS, 2007).

Adolescentes aos 12 anos de idade categorizados em relação ao gênero e moradia foram avaliados em município do sudoeste paulista. Foi encontrado CPOD de 2,45 para a amostra estudada e 30% dos escolares se apresentaram livres de cárie. Observou-se diferença estatisticamente significativa apenas em relação à moradia, adolescentes residentes na zona urbana com CPOD de 2,21 e residentes na zona rural com CPOD de 3,18 (PERES et al., 2008).

Em Portugal, estudo desenvolvido com 700 adolescentes aos 13 anos de idade investigou a prevalência e severidade da cárie dentária. A prevalência da cárie dentária foi considerada alta, compreendendo 63,70% dos adolescentes e o CPOD foi de 2,74. Adolescentes com CPOD maior ou igual a 4 correspondeu a 33,90% da amostra. O consumo de refrigerantes duas ou mais vezes por semana, estudar em escola pública, sexo feminino, pais com baixo nível educacional foram identificados como fatores de risco para ocorrência de cárie dentária nesta amostra (MELLO et al., 2008).

Adolescentes entre 11 e 15 anos de idade de Sobral-CE apresentaram incidência de cárie dentária aos 11 anos de 1,95 e aos 15 anos de 2,28, com uma incidência média de 1,86 de toda amostra, constatou-se aumento da incidência de acordo com a idade dos escolares (NORO et al., 2009).

Estudo realizado no interior paulista notou discreto aumento do CPOD de acordo com a idade, sendo que aos 10 anos encontrou-se média de 0,52 e aos 14 anos, de 1,19. De acordo com observações relatadas pelos autores, o declínio da cárie dentária em relação a investigação anterior foi devido a ações de educação e prevenção em saúde que são desenvolvidas no município (DOMINGOS et al., 2010).

A população ribeirinha do norte de Rondônia foi avaliada em estudo desenvolvido em 2006. Quanto a cárie dentária, aos 12 anos de idade o CPOD encontrado foi de 2,65 e aos 18 anos de 5,41. Ao comparar com estudo realizado em 2005, notou-se queda nos valores do índice periodontal comunitário, porém ainda com elevada presença de cálculo e de quadrantes excluídos. Para que as condições de saúde bucal nesta localidade possam atingir melhores indicadores foram sugeridas atuações em âmbito educativo, preventivo e curativo nesta população (SILVA et al., 2010).

Moradores das zonas urbana e rural do município de Monte Negro foram avaliados em 2008. A prevalência e severidade da cárie dentária foram consideradas altas. O CPOD encontrado aos 12 anos de idade foi de 3,41 e na

faixa etária de 15 a 19 anos foi de 5,96. De acordo com os autores o município tem necessidade urgente de ações em saúde bucal para melhoria deste quadro epidemiológico (BASTOS et al., 2010).

O declínio da cárie dentária em adolescentes da Polônia, aos 12 e 18 anos de idade, foi atribuído a ações de educação em saúde bucal e ao uso de dentifrícios fluoretados. Dados referentes aos anos de 1995 e 2003 demonstram redução do CPOD de 4,32 para 3,20 aos 12 anos e de 7,74 para 6,66 aos 18 anos de idade. Em ambos os levantamentos o número de dentes perdidos pela cárie foi considerado baixo e diminuiu em 2003 (EMERICH; ADAMOWICZ-KLEPALSKA, 2010).

Em Bauru-SP, adolescentes aos 12 anos de idade foram categorizados de acordo com o índice de massa corporal e tipo de escola frequentada. Observou-se maior prevalência e severidade de cárie dentária em adolescentes de escolas públicas (60,80%; CPOD – 2,16) do que alunos das escolas privadas (21,90%; CPOD – 0,23). Não foi encontrada correlação do maior IMC com o incremento de cárie dentária nesta amostra estudada e constatou-se que 39,61% dos adolescentes estavam com baixo peso (SALES-PERES et al., 2010).

No estado americano de Nevada, foram realizados estudos sequenciais entre 2001 e 2009 com adolescentes entre 13 e 19 anos de idade, compreendendo uma amostra de 62707 indivíduos. O CPOD para os adolescentes entre 13 e 15 anos foi de 2,71 e entre 16 e 19 anos foi de 4,04. O índice significativo de cárie também foi calculado neste estudo e observou-se redução de seu valor de 8,86 em 2001/2002 para 7,00 em 2008/2009, com estes dados percebe-se a polarização da cárie dentária nestes adolescentes. Os municípios que tinham água de abastecimento fluoretada apresentavam entre 40,00 - 80,00% de adolescentes livres de cárie, enquanto os municípios sem água fluoretada contavam com apenas 10,00 – 20,00% livres de cárie dentária (DITMYER et al., 2011).

De acordo com dados do levantamento nacional de saúde bucal do Brasil, SBBrasil 2010, observou-se declínio da cárie dentária em relação ao levantamento nacional de 2003. O índice CPOD aos 12 anos de idade, em 2003, era de 2,8 e atingiu o valor de 2,1 em 2010, compreendendo uma redução de 25,00% na média de dentes atacados pela cárie dentária (RONCALLI, 2011).

A investigação epidemiológica focada na adolescência traz o conhecimento das reais condições de saúde bucal deste grupo populacional e ações

em saúde podem ser planejadas de acordo com as necessidades de cada comunidade. O acolhimento e o acesso à saúde deste grupo permitirá uma vida adulta com indicadores de saúde mais favoráveis.

2.6 ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O acesso é um elemento essencial para avaliação da qualidade dos serviços de saúde. Engloba inúmeros fatores, que podem ser analisados sob abordagens diversas, do modelo institucional de saúde à prática diária, à satisfação dos usuários, dos trabalhadores de saúde e às questões geográficas (UNGLERT; ROSENBURG; JUNQUEIRA, 1987).

Travassos e Martins (2004) ressaltaram que o acesso envolve um conceito complexo, geralmente empregado de forma imprecisa e que muda ao longo do tempo e de acordo com o contexto. De acordo com estas autoras, a utilização dos serviços de saúde representa o centro do funcionamento do sistema e, embora com divergências conceituais e ideológicas, tem predominado a visão de acesso relacionado às características da oferta de serviço. Assim, a utilização dos serviços de saúde é resultante da interação do comportamento do indivíduo que procura cuidados e do profissional que o conduz e o acompanha dentro do sistema de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004; GIBILINI et al., 2010).

A saúde bucal tem reconhecida importância como componente para a qualidade de vida, entretanto, grande parcela da população brasileira não tem acesso às ações e aos serviços odontológicos (BARROS; BERTOLDI, 2002). Este fato foi demonstrado em um estudo que avaliou dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) nos anos de 1998 e 2003, em que, respectivamente, 18,7% e 15,9% dos brasileiros nunca consultaram o cirurgião-dentista (PINHEIRO; TORRES, 2006). Segundo o levantamento epidemiológico de saúde bucal realizado no país em 2003 (SBBrasil 2003), aproximadamente 14% dos adolescentes brasileiros nunca foram ao cirurgião-dentista (BRASIL, 2004).

No Brasil, as ações e os serviços odontológicos apresentaram grandes avanços após a inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família e a implementação dos Centros de Especialidades Odontológicas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002; BRASIL, 2004). No entanto, ainda são necessários esforços para que seja efetivada uma política ampla capaz de reduzir

desigualdades sociais no acesso, no processo do cuidado e na avaliação dos resultados epidemiológicos da área de saúde bucal. A problemática da demanda pública aos serviços odontológicos ainda é elevada, sendo o setor privado responsável por uma parcela significativa da cobertura destes serviços (IBGE, 2000; BARROS; BERTOLDI, 2002; BRASIL, 2004; IBGE, 2005).

Considerando-se as profundas desigualdades sociais, os impactos negativos na vida dos indivíduos causados pela dor de dente deverão reforçar a necessidade de ações prioritárias na política atual de saúde bucal de modo a garantir o princípio da equidade, ampliando o acesso da atenção e do cuidado àqueles com piores condições socioeconômicas e de saúde (BORGES et. al, 2008).

Ao avaliar o acesso à saúde bucal de adolescentes em Sobral-CE, verificou-se relação com a incidência de cárie. Os adolescentes que tiveram acesso pontual à unidade básica de saúde apresentaram risco 1,21 vezes maior de alta incidência de cárie quando comparados àqueles cujo acesso foi regular (NORO et al., 2009).

No estudo de Gibilini et al. (2010) observou-se que 92,1% dos adolescentes já foi ao dentista ao menos uma vez. O CPOD para os adolescentes avaliados foi de 6,5 e o percentual de livres de cárie correspondeu a 9,5% (GIBILINI et al., 2010). De acordo com estas autoras, o planejamento de ações, voltadas para os adolescentes deve levar em consideração as condições clínicas, porém complementadas com os dados subjetivos, além das condições sociais, econômicas e culturais, que interferem diretamente com o processo saúde-doença.

Desta forma, o acesso aos serviços é importante, deve ser avaliado e monitorado, além da frequência e do motivo que levam os adolescentes a frequentarem o serviço odontológico. Assim podem ser planejadas e implementadas ações com ênfase no controle das doenças e que possibilitem o diagnóstico precoce, para que os adolescentes possam chegar à vida adulta e idosa com valorização da saúde bucal e qualidade de vida.

3 Proposição

3 PROPOSIÇÃO

3.1 OBJETIVO GERAL

O presente estudo teve como objetivo verificar a prevalência e intensidade do medo, da ansiedade e da dor de dente em adolescentes e estimar o impacto dessas variáveis na qualidade de vida, na saúde bucal e no acesso aos serviços de saúde.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a.** Verificar se há diferença na prevalência e intensidade do medo, da ansiedade e da dor de dente em relação à idade, sexo, etnia e localidade da moradia dos adolescentes;
- b.** Verificar se há diferença na qualidade de vida, nas condições de saúde bucal e no acesso ao serviço de saúde em relação à idade, sexo, etnia e localidade da moradia dos adolescentes.

4 Material e Métodos

4 MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo transversal foi realizado no município de Reginópolis – SP em 2011. Até este momento, não apresentava dados epidemiológicos que pudessem nortear o trabalho dos coordenadores na implementação de ações para a melhoria das condições de saúde bucal da população.

4.1 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi realizado após autorização da Escola Estadual Prof. Carlos Corrêa Viana de Reginópolis – SP e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo (Processo nº 090/2011) (Anexos 1 e 2).

Posteriormente foi encaminhado aos pais ou responsáveis o convite para participação de seus filhos neste estudo, por meio do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Participaram desta pesquisa os adolescentes que apresentaram o TCLE assinado pelos responsáveis. Neste termo foi descrito o objetivo do estudo e como o adolescente seria examinado, garantindo o sigilo da informação e desautorizando qualquer forma de coação ou pressão pela participação voluntária (Apêndice 1).

O trabalho foi realizado pelo Departamento de Odontopediatria, Ortodontia e Saúde Coletiva, área de Saúde Coletiva, da Faculdade de Odontologia de Bauru, tendo o cuidado de resguardar todos os princípios éticos envolvidos na pesquisa com seres humanos, de acordo com a resolução 196/96.

O relatório final deste estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo e pode ser visualizado no anexo 3.

4.2 REGINÓPOLIS

4.2.1 Território e População

O município de Reginópolis apresenta uma área territorial de 410,82 km² e está localizado na região centro-oeste do Estado de São Paulo, situado a 411 km

da capital e a 70 km de Bauru. Segundo o Censo 2010, o município apresenta 7.325 habitantes e densidade demográfica de 17,83 hab/ km² (IBGE, 2010).

Figura 1 – Localização de Reginópolis - SP

A taxa de crescimento da população é de 4,40% ao ano, maior que o encontrado para a região de Bauru e para o Estado de São Paulo. O grau de urbanização do município é de 59,57% e o índice de envelhecimento de 76,68%, que corresponde à proporção de pessoas de 60 anos e mais por 100 indivíduos de 0 a 14 anos (IBGE, 2010; SEADE, 2012). Estes dados podem ser visualizados no gráfico 1.

Gráfico 1: Características da população de Reginópolis, Região de Bauru e Estado de São Paulo.

4.2.2 Estatísticas Vitais e Saúde

A taxa de natalidade do município no ano de 2010 foi de 6,58, enquanto para a região de Bauru foi de 12,74 e para o estado de 14,59 (SEADE, 2012). Para o mesmo ano não foi disponibilizada a taxa de mortalidade infantil de Reginópolis.

O município conta com apenas uma unidade básica de saúde, com atendimento odontológico diário nos períodos da manhã e da tarde e três vezes por semana no período noturno. Um consultório odontológico é mantido na escola municipal de ensino fundamental, com atendimento diário nos períodos da manhã e da tarde.

4.2.3 Condições de Vida

O índice de desenvolvimento humano (IDH) de Reginópolis em 2000 foi de 0,763, enquanto para o estado foi de 0,814. A renda per capita do município em salários mínimos foi de 1,76, para a região de Bauru de 2,68 e para o estado de 2,92. O percentual de domicílios com renda per capita de até $\frac{1}{2}$ salário mínimo em Reginópolis foi de 12,73%, para região de Bauru de 9,51% e para o estado de São Paulo de 11,19% (SEADE, 2012).

4.2.4 Habitação e Infraestrutura Urbana

No ano 2000, o município de Reginópolis apresentava 91,73% dos domicílios com infraestrutura interna urbana adequada, que corresponde à proporção de domicílios que dispõem de ligação às redes públicas de abastecimento (água e energia elétrica) e de coleta (lixo e esgoto) (SEADE, 2012).

4.2.5 Educação

Em Reginópolis no ano 2000, a taxa de analfabetismo da população de 15 anos e mais foi de 12,06%, sendo este valor mais alto que o encontrado para a região de Bauru e para o Estado de São Paulo. O percentual de indivíduos com ensino médio completo entre 18 e 24 anos de idade foi de 38,57% (Gráfico 2) (SEADE, 2012).

O município apresenta 2 escolas de ensino infantil, sendo uma pública e uma privada, 1 escola municipal de ensino fundamental e 1 escola estadual de ensino fundamental e médio.

Gráfico 2: Perfil da educação da população de Reginópolis, Região de Bauru e Estado de São Paulo.

4.2.6 Emprego

A agropecuária é o setor que mais emprega em Reginópolis, correspondendo a 56,33% do vínculo empregatício do município. O setor de serviços aparece em segundo lugar com 24,25% dos empregos com vínculo no município (Gráfico 3).

Gráfico 3: Setores com vínculo empregatício em Reginópolis, Região de Bauru e Estado de São Paulo.

4.3 AMOSTRA

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a adolescência é um período da vida que compreende a faixa etária entre 10 e 19 anos (OMS; OPAS, 2003). Esse período pode ser dividido em duas etapas:

- Pré-adolescência – 10 aos 14 anos;
- Adolescência – 15 aos 19 anos.

4.3.1 Estudo Piloto

Foi realizado o estudo piloto para conhecer a distribuição do medo, ansiedade, dor de dente, cárie dentária, doença periodontal, do impacto da saúde bucal na qualidade de vida e do acesso aos serviços de saúde entre os adolescentes do município de Reginópolis. Os resultados deste estudo piloto estão apresentados no capítulo resultados.

4.3.2 Critérios de Inclusão

Os critérios de inclusão adotados neste estudo foram: a autorização dos pais para a participação de seus filhos por meio do termo de consentimento livre e esclarecido devidamente assinado, a presença do adolescente no dia do exame e a ausência de aparelho ortodôntico fixo. Foram excluídos da amostra, os indivíduos que não quiseram ou que desistiram de participar desta pesquisa por qualquer razão.

4.3.3 Cálculo da Amostra

Para o cálculo da amostra foi utilizado o valor do CPOD encontrado no estudo piloto, considerando nível de significância de 95 %. O número total de adolescentes matriculados, na única escola do município, era de 457 para a faixa etária desta pesquisa. Realizou-se o cálculo da amostra e estimou-se a necessidade de 132 adolescentes para compor este estudo.

Após a entrega dos termos de consentimento livres e esclarecidos a todos os adolescentes, retornaram 130 termos devidamente preenchidos e assinados pelos pais ou responsáveis (28,45%). Observou-se perda de 18 adolescentes que não estavam presentes na escola nos dias dos exames, 8 que se recusaram em participar e 3 que foram transferidos para outra município. Desta forma, a amostra final foi composta por 101 adolescentes.

4.4 AVALIAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

4.4.1 Questionários

Foram aplicados cinco questionários aos adolescentes com a finalidade de verificar a prevalência e intensidade do medo, da ansiedade e da dor de dente, além de verificar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida e o acesso aos serviços de saúde.

4.4.1.1 Questionário Medo

O instrumento que foi utilizado para avaliação do medo odontológico é o Dental Fear Survey (KLEINKNECHT; KEPLAC; ALEXANDER, 1973), já validado para a língua portuguesa (CESAR et al., 1993; COSTA; MORAES, 1994). Este instrumento é uma escala tipo likert de 5 pontos (com cinco opções de resposta) com 20 itens que, na versão original, mede 3 fatores: a fuga ao tratamento odontológico, as manifestações fisiológicas do medo e o medo provocado (KLEINKNECHT; KEPLAC; ALEXANDER, 1973). O questionário foi pontuado somando os valores obtidos a partir de cada questão e dividindo-se o valor total obtido por 20, obtendo-se uma média. Sujeitos com escore 1 foram classificados como sem medo, com valores 2 ou 3 foram classificados como de baixo medo e aqueles com valores 4 ou 5 foram classificados como de alto medo ao tratamento odontológico. O questionário pode ser visualizado no anexo 4.

4.4.1.2 Questionário Ansiedade

Para avaliar a ansiedade dental foi utilizado o Modified Dental Anxiety Scale (MDAS). A segurança e a validade deste questionário descrita por Corah et al. (1978) foram demonstradas em vários estudos e traduzidas para o português por Pereira et al. (1995). Entretanto, como a proposta original de Corah não incluía nenhuma referência à anestesia local, Humphris et al. (1995) acrescentaram uma pergunta sobre anestesia, que foi incluída neste estudo. A escala é composta de cinco questões com cinco alternativas de respostas, sendo que se atribui valor 1 à alternativa correspondente a de menor grau de ansiedade e valor 5, à de maior grau. O mínimo escore possível é 5 (sem ansiedade) e o máximo, 25 (extrema ansiedade). Os indivíduos foram categorizados de acordo com a severidade da ansiedade: 5 (sem ansiedade), de 6-15 (baixa ansiedade) e maior ou igual a 16 (alta ansiedade). O questionário pode ser visualizado no anexo 5.

4.4.1.3 Questionário Dor de Dente

Para aferir a dor de dente dos adolescentes foi verificada a sua prevalência (presença ou ausência), duração, causa, intensidade e localização, de acordo com Góes (2001). A prevalência da dor de dente foi investigada em dois momentos, alguma vez na vida e nos últimos seis meses.

Utilizou-se uma escala crescente para avaliar a duração da dor de dente, desde a dor que durou menos de uma hora até a dor que levou mais de um dia para cessar. Para identificar a causa da dor de dente, algumas opções foram elencadas como a presença de cavidade no dente, dor ao comer ou beber algum alimento, entre outras.

A intensidade da dor de dente foi avaliada por uma escala verbal (MELZACK; KATZ, 1992) e uma escala analógica visual (JENSEN et al., 1996).

A escala verbal consiste de uma lista de adjetivos que descrevem diferentes níveis de intensidade de dor (leve, desconfortável, estressante, horrível e intolerável). A severidade da dor de dente foi classificada em dor baixa (leve), dor moderada (desconfortável, estressante) e dor severa (horrível e intolerável), de acordo com a resposta do sujeito de pesquisa.

A escala analógica visual consiste em uma linha com números de 0 a 10, cujos limites estão marcados com os extremos da dor e o indivíduo indica o número que mais representa a intensidade da sua dor. A severidade da dor de dente foi classificada em dor baixa (1,2,3), dor moderada (4,5,6,7) e dor severa (8,9,10), de acordo com a resposta do sujeito de pesquisa.

Finalmente, para a localização da dor de dente foram utilizados desenhos da face para que os adolescentes identificassem a região em que sentiram dor (JENSEN; KAROLY, 1992). O questionário da dor de dente pode ser visualizado no anexo 6.

4.4.1.4 Questionário Qualidade de Vida

O questionário para avaliar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos adolescentes foi o Oral Health Impact Profile na versão reduzida (OHIP-14), em sua versão validada para o português, como instrumento para verificar a experiência vivida pelo sujeito de pesquisa nos últimos seis meses anteriores ao exame bucal.

As dimensões de impacto na qualidade de vida avaliadas por este questionário são: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e deficiência. Os pesos para cada resposta é uma recomendação de Slade (1997) (Tabela 1).

Tabela 1 – Peso atribuído a cada resposta do OHIP-14.

Nos últimos 6 meses, por causa de problemas com seus dentes ou sua boca:		
Limitação funcional	Você teve problemas para falar alguma palavra?	0,51
	Você sentiu mudança no sabor dos alimentos?	0,49
Dor física	Você sentiu dor?	0,34
	Você teve desconforto para comer qualquer alimento?	0,66
Desconforto psicológico	Você ficou preocupado?	0,45
	Você se sentiu estressado?	0,55
Incapacidade física	A sua alimentação ficou ruim?	0,52
	Você teve que parar alguma refeição?	0,48
Incapacidade psicológica	Você teve dificuldade para descansar?	0,60
	Você se sentiu envergonhado?	0,40
Incapacidade social	Você ficou irritado com outras pessoas?	0,62
	Você teve dificuldades para realizar suas atividades diárias?	0,38
Deficiência	Você sentiu que a vida ficou pior?	0,59
	Você ficou totalmente incapaz de realizar suas atividades diárias?	0,41

Para a análise do OHIP-14, as respostas ordinais foram graduadas como zero para “nunca” até 4 para “sempre”. Todas as respostas ordinais foram multiplicadas pelo respectivo peso da questão e somadas posteriormente, para produzir um escore total do OHIP-14, que pode variar de 0 a 28, com maiores escores significando impacto mais negativo na saúde bucal. Os códigos são: 0 = nunca; 1 = dificilmente; 2 = às vezes; 3 = quase sempre; 4 = sempre. Desta forma, o valor máximo que cada dimensão pode alcançar é 4. Assim, o impacto de cada dimensão foi classificado em fraco ($0 < \text{fraco} \leq 9$), médio ($9 < \text{médio} \leq 18$) e forte ($18 < \text{forte} \leq 28$), de acordo com Bastos (2009). O questionário pode ser visualizado no anexo 7.

4.4.1.5 Questionário Acesso aos Serviços de Saúde

O instrumento que foi utilizado neste estudo para avaliar o acesso aos serviços de saúde é baseado no inquérito adotado na Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD), de 1998, que incluiu algumas perguntas sobre acesso e utilização de serviços de saúde odontológicos. Por congregar essas informações, tal base de dados acaba se constituindo em uma fonte bastante adequada para a investigação de desigualdades em saúde, entre as quais a saúde bucal (IBGE, 2000). O questionário é apresentado no anexo 8.

4.4.2 Códigos e Critérios dos Índices

4.4.2.1 Índice CPOD

O índice de cárie dentária adotado para este estudo foi o CPOD, cujos códigos e critérios seguiram as recomendações da Organização Mundial de Saúde (WHO, 1997) e foram adaptados pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (Brasil, 2004) (Tabela 2). Foram incluídas no levantamento as necessidades de tratamento odontológico (Brasil, 2004) (Tabela 3).

Tabela 2 - Códigos e critérios para o diagnóstico e registro de cárie dentária.

Código	Condição da coroa dentária
0	Hígido
1	Cariado
2	Restaurado mas com cárie
3	Restaurado e sem cárie
4	Perdido devido à cárie
5	Perdido por outras razões
6	Apresenta selante
7	Apoio de ponte ou coroa
8	Não erupcionado – raiz não exposta
T	Trauma (fratura)
9	Dente excluído

Tabela 3 - Códigos e critérios para a necessidade de tratamento de cárie dentária.

Código	Necessidade de Tratamento
0	Nenhum
1	Restauração de uma superfície
2	Restauração de duas ou mais superfícies
3	Coroa por qualquer razão
4	Faceta estética
5	Pulpar + restauração
6	Extração
7	Remineralização de mancha branca
8	Selante
9	Sem informação

4.4.2.2 Índice Significativo de Cárie (Significant Caries - SiC Index)

Índice proposto para avaliar a desigualdade da distribuição de cárie dentária na população em estudo. Desta forma, pode-se identificar a polarização da cárie dentária, em que uma proporção maior das lesões concentra-se em uma proporção menor de indivíduos. Este índice é representado pelo valor médio do CPOD calculado para um terço do grupo examinado que apresentou valores mais elevados do ataque de cárie (ANTUNES; PERES; FRAZÃO, 2006).

4.4.2.3 Índice de Cuidados Odontológicos (Care Index)

É uma forma alternativa de cálculo que integra os mesmos componentes do CPOD e tem a finalidade de produzir uma medida que de alguma forma reflita a capacidade do sistema de saúde em atender a demanda por atendimento

odontológico associado à manifestação de cárie dentária (ANTUNES; PERES; FRAZÃO, 2006). O seu cálculo é realizado por meio da relação de dentes restaurados/CPO X 100 (WALSH, 1970).

4.4.2.4 Índice Periodontal Comunitário (CPI)

O índice para avaliar as condições periodontais dos adolescentes foi o índice periodontal comunitário (CPI), de acordo com os códigos e critérios recomendados pela OMS (WHO, 1997). Ele permite avaliar a condição periodontal quanto à higidez, sangramento e presença de cálculo ou bolsa.

Para realizar o exame utilizou-se sonda específica, denominada sonda OMS ou “ball point”, com esfera de 0,5 mm na ponta e área anelada em preto situada entre 3,5 mm e 5,5 mm da ponta. Outras duas marcas na sonda permitem identificar distâncias de 8,5mm e 11,5 mm da ponta do instrumento (Figura 1).

Figura 2 - Sonda OMS ou “ball point”, ilustrando as marcações com as distâncias, em milímetros.

A boca foi dividida em sextantes definidos pelos grupos de dentes: segundo molar superior direito a primeiro pré-molar superior direito (17 a 14), canino superior direito a canino superior esquerdo (13 a 23), primeiro pré-molar superior esquerdo a segundo molar superior esquerdo (24 a 27), segundo molar inferior esquerdo a primeiro pré-molar inferior esquerdo (37 a 34), canino inferior esquerdo a canino inferior direito (33 a 43) e primeiro pré-molar inferior direito a segundo molar inferior direito (44 a 47). A presença de dois ou mais dentes sem indicação de exodontia (p. ex., comprometimento de furca, mobilidade, etc.), foi pré-requisito ao exame do sextante. Em adolescentes, não se considera o terceiro molar na

contagem de dentes presentes no sextante (BRASIL, 2009). Os dentes-índices utilizados para os indivíduos avaliados foram: primeiro molar superior direito (16), incisivo superior direito (11), primeiro molar superior esquerdo (26), primeiro molar inferior esquerdo (36), incisivo inferior esquerdo (31) e primeiro molar inferior direito (46) (BRASIL, 2009).

No exame, pelo menos 6 pontos foram examinados em cada um dos dentes-índices, nas superfícies vestibular e lingual, abrangendo as regiões mesial, média e distal. Os procedimentos de exame foram iniciados pela área disto-vestibular, passando-se para a área média e, na sequência, para a área mésio-vestibular. Após, inspecionaram-se as áreas linguais, de distal para mesial. A sonda foi introduzida levemente no sulco gengival ou na bolsa periodontal, ligeiramente inclinada em relação ao longo eixo do dente, seguindo a configuração anatômica da superfície radicular. Movimentos de vai-e-vem vertical, de pequena amplitude, foram realizados.

Para os registros, considerou-se:

a) em indivíduos com menos de 15 anos não foram feitos registros de bolsas, uma vez que as alterações de tecidos moles podem estar associadas à erupção e não à presença de alteração periodontal patológica;

b) apenas 6 anotações foram feitas: uma por sextante, relativa à pior situação encontrada.

Além disso, o registro das condições foi feito de forma separada para sangramento, cálculo e bolsa, de acordo com a tabela 4.

Tabela 4 – Códigos e critérios das condições periodontais.

Sangramento	Cálculo Dentário	Bolsa Periodontal
0 – Ausência	0 – Ausência	0 – Ausência
1 – Presença	1 – Presença	1 – Presença de Bolsa Rasa: Quando a marca preta da sonda fica parcialmente coberta pela margem gengival. Como a marca inferior da área preta corresponde a 3,5 mm e a superior 5,5 mm, a bolsa detectada deve estar entre 4 e 5 mm.
X – Sextante excluído (presença de menos de 2 dentes funcionais no sextante)	X – Sextante excluído (presença de menos de 2 dentes funcionais no sextante)	2 – Presença de Bolsa Profunda: Quando a área preta da sonda fica totalmente coberta pela margem da gengiva. Como a marca superior da área preta fica a 5,5 mm da ponta, a bolsa é de, pelo menos 6 mm.
9 – Não examinado (quando o índice não se aplica à idade em questão)	9 – Não examinado (quando o índice não se aplica à idade em questão)	X – Sextante excluído (presença de menos de 2 dentes funcionais no sextante)
		9 – Não examinado (quando o índice não se aplica à idade em questão)

4.4.3 Procura e Acesso ao Serviço de Saúde Municipal

O atendimento aos pacientes no município de Reginópolis é feito por meio de agendamento. Foram obtidas informações dos últimos seis meses que precederam este estudo quanto à idade, sexo e tipo de atendimento (agendado ou urgência) dos pacientes que procuraram o centro de saúde municipal. Desta forma, estes dados refletem o perfil do atendimento do município e como é a procura e o acesso ao serviço de saúde odontológica pelos adolescentes de Reginópolis.

4.4.4 Calibração do Examinador

O processo de calibração foi conduzido por um examinador padrão, experiente em levantamentos epidemiológicos, sendo que as atividades teórico-práticas, envolvendo exercícios de treinamento e calibração, compreenderam um total de 6 períodos. No primeiro período de treinamento de 4h foi administrada aula teórica, buscando a padronização inicial quanto aos códigos, critérios e condutas de exames adotados no estudo. Além deste, em outros 05 períodos foram desenvolvidos exercícios, sendo 1 período de 2 h com exposição visual de casos clínicos pelo examinador padrão em sala de aula, avaliando e discutindo as condições de saúde bucal e 1 período de 4 h onde foi realizada pelo examinador padrão uma demonstração clínica, de como seriam realizados os exames, tais como: posicionamento dos materiais, equipamentos e do anotador, organização das fichas e ergonomia em relação ao atendimento, seguido de exames de treinamento e discussão clínica em pacientes pela equipe. A calibração propriamente dita ocorreu em 1 período de 4 horas, onde os adolescentes foram examinados sem que os casos fossem discutidos. Após as tomadas dos dados, foi realizada uma discussão geral certificando que o examinador estava familiarizado com os procedimentos.

A cada dez exames houve uma duplicata para avaliar a concordância nos dados e foi realizado o teste kappa para aferir o erro intra-examinador.

4.4.5 Exame Bucal

Os exames bucais foram realizados por um examinador e um anotador devidamente calibrados como citado anteriormente. Os adolescentes foram avaliados no pátio da escola, sob luz natural, com o examinador e os adolescentes sentados em cadeiras. Foram utilizados espelhos bucais planos e sondas CPI ou “Ball point”, previamente esterilizados conforme as normas de biossegurança (WHO, 1997).

4.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para a análise estatística, os dados obtidos foram categorizados em dois grupos segundo idade (11 a 13 anos, 14 a 16 anos), sexo (masculino e feminino), etnia (brancos e não brancos) e localidade da moradia (urbano e rural).

Para a variável etnia foi adotada a autoclassificação, em que o indivíduo se inclui em uma categoria de raça ou cor (amarelo, branco, negro, pardo). Posteriormente esta variável foi estratificada em dois grupos: brancos e não-brancos (amarelos + pardos + negros).

Os dados foram processados em planilha Excel 2010 e a análise estatística foi realizada no programa Statistica, versão 10.0.

Foi utilizado o teste do qui-quadrado para verificar a associação da dor de dente e acesso ao serviço de saúde com idade, sexo, etnia e localização da moradia dos adolescentes.

O teste de Mann-Whitney foi usado para verificar as diferenças entre os grupos (idade, sexo, etnia e localização da moradia) quanto ao medo, ansiedade, qualidade de vida, cárie dentária e doença periodontal.

Para verificar a correlação entre medo, ansiedade e dor de dente com qualidade de vida, saúde bucal e acesso ao serviço de saúde, utilizou-se o Coeficiente de Correlação de Spearman. Para correlação com a saúde bucal, os adolescentes foram divididos em grupo polarizado e não polarizado de acordo com o índice significativo de cárie e para a doença periodontal de acordo com a severidade da doença.

Em todos os testes foram adotados níveis de significância de 5%.

5 Resultados

5 RESULTADOS

5.1 ESTUDO PILOTO

No estudo piloto foram avaliados 18 adolescentes e suas características podem ser visualizadas na tabela 5, quanto à idade, sexo, raça e localidade da moradia.

Tabela 5 - Distribuição da amostra do estudo piloto de acordo com idade, sexo, etnia e localidade.

	n	%
Idade		
11 a 13 anos	10	55,56
14 a 16 anos	8	44,44
Sexo		
Feminino	8	44,44
Masculino	10	55,56
Etnia		
Branco	12	66,67
Não Branco	6	33,33
Localidade		
Rural	4	22,22
Urbana	14	77,78
Total	18	100,00

Observou-se que o medo esteve presente em 44,44% dos adolescentes do estudo piloto, sendo mais frequente o baixo medo em 33,33%. Esta ocorrência foi maior entre os adolescentes de 14 a 16 anos de idade, sexo feminino, brancos e da localidade urbana. Constatou-se diferença significativa entre os adolescentes brancos e não brancos ($p=0,024$) (Tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição do medo no estudo piloto de acordo com idade, sexo, etnia e localidade.

	Sem Medo		Baixo Medo		Alto Medo		p
	n	%	n	%	n	%	
Idade							
11 a 13 anos	7	38,89	2	11,11	1	5,56	0,315
14 a 16 anos	3	16,67	4	22,22	1	5,56	
Sexo							
Feminino	4	22,22	4	22,22	2	11,11	0,173
Masculino	6	33,33	2	11,11	0	0,00	
Etnia							
Branco	4	22,22	6	33,33	2	11,11	0,024
Não branco	6	33,33	0	0,00	0	0,00	
Localidade							
Rural	4	22,22	0	0,00	0	0,00	0,101
Urbana	6	33,33	6	33,33	2	11,11	
Total	10	55,56	6	33,33	2	11,11	

A ansiedade esteve presente em 66,67% dos adolescentes do estudo piloto, sendo que a baixa ansiedade foi observada em 55,56%. A baixa ansiedade foi mais prevalente em adolescentes de 11 a 13 anos de idade, sexo feminino, brancos e da localidade urbana. Estes dados podem ser visualizados na tabela 7.

A ocorrência da dor de dente alguma vez na vida foi relatada por 66,67% dos adolescentes no estudo piloto. Esta prevalência foi maior para indivíduos entre 11 e 13 anos de idade, sexo feminino, brancos e da localidade urbana (Tabela 8). Em relação à dor nos últimos seis meses, 33,33% da amostra do estudo piloto passaram por esta experiência. A prevalência da dor neste período foi maior entre os adolescentes de 11 a 13 anos de idade, sexo feminino, brancos e da localidade urbana (Tabela 9).

Apenas 11,11% dos adolescentes não apresentaram impacto da saúde bucal na qualidade de vida. O impacto foi considerado fraco para 83,33% da amostra, sendo maior esta ocorrência para indivíduos entre 11 e 13 anos de idade, sexo feminino, brancos e da localidade urbana. Observou-se diferença significativa em relação à localidade dos adolescentes ($p < 0,05$) (Tabela 10).

Tabela 7 - Distribuição da ansiedade no estudo piloto de acordo com idade, sexo, etnia e localidade.

	Sem Ansiedade		Baixa Ansiedade		Alta Ansiedade		p
	n	%	n	%	n	%	
Idade							
11 a 13 anos	4	22,22	6	33,33	0	0,00	0,315
14 a 16 anos	2	11,11	4	22,22	2	11,11	
Sexo							
Feminino	2	11,11	6	33,33	2	11,11	0,173
Masculino	4	22,22	4	22,22	0	0,00	
Etnia							
Branco	4	22,22	6	33,33	2	11,11	0,750
Não branco	2	11,11	4	22,22	0	0,00	
Localidade							
Rural	3	16,67	1	5,56	0	0,00	0,101
Urbana	3	16,67	9	50,00	2	11,11	
Total	6	33,33	10	55,56	2	11,11	

Tabela 8 - Experiência da dor de dente alguma vez na vida no estudo piloto de acordo com idade, sexo, etnia e localidade.

	Sem Dor		Com Dor		p
	n	%	n	%	
Idade					
11 a 13 anos	2	11,11	8	44,44	0,321
14 a 16 anos	4	22,22	4	22,22	
Sexo					
Feminino	2	11,11	8	44,44	0,321
Masculino	4	22,22	4	22,22	
Etnia					
Branco	5	27,78	7	38,89	0,600
Não branco	1	5,56	5	27,78	
Localidade					
Rural	2	11,11	2	11,11	0,569
Urbana	4	22,22	10	55,56	
Total	6	33,33	12	66,67	

Tabela 9 - Experiência da dor de dente nos últimos 6 meses no estudo piloto de acordo com idade, sexo, etnia e localidade.

	Sem Dor		Com Dor		p
	n	%	n	%	
Idade					
11 a 13 anos	6	33,33	4	22,22	0,638
14 a 16 anos	6	33,33	2	11,11	
Sexo					
Feminino	5	27,78	5	27,78	0,152
Masculino	7	38,89	1	5,56	
Etnia					
Branco	8	44,44	4	22,22	1,000
Não branco	4	22,22	2	11,11	
Localidade					
Rural	3	16,67	1	5,56	1,000
Urbana	9	50,00	5	27,78	
Total	12	66,67	6	33,33	

Tabela 10 - Impacto da saúde bucal na qualidade de vida no estudo piloto de acordo com idade, sexo, etnia e localidade.

	Sem Impacto		Fraco impacto		Médio Impacto		Forte Impacto		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Idade									
11 a 13 anos	0	0,00	9	50,00	1	5,56	0	0,00	0,09
14 a 16 anos	2	11,11	6	33,33	0	0,00	0	0,00	
Sexo									
Feminino	0	0,00	9	50,00	1	5,56	0	0,00	0,09
Masculino	2	11,11	6	33,33	0	0,00	0	0,00	
Etnia									
Branco	1	5,56	10	55,56	1	5,56	0	0,00	0,47
Não branco	1	5,56	5	27,78	0	0,00	0	0,00	
Localidade									
Rural	2	11,11	2	11,11	0	0,00	0	0,00	0,014
Urbana	0	0,00	13	72,22	1	5,56	0	0,00	
Total	2	11,11	15	83,33	1	5,56	0	0,00	

A média do CPOD para a amostra do estudo piloto foi de 4,22. Encontrou-se maior severidade da cárie dentária em adolescentes de 14 a 16 anos, sexo feminino, brancos e da localidade rural. Foi observada diferença estatisticamente significativa entre os grupos etários ($p < 0,05$). O componente restaurado foi o que mais contribuiu para a média do CPOD na maioria dos grupos. Apenas os adolescentes do grupo não branco apresentaram maior média de dentes cariados. O índice significativo de cárie (SiC) foi de 7,33. Não foram observadas diferenças significativas entre os grupos etários, sexo, etnia e localidade de moradia quanto aos componentes do CPOD e em relação ao SiC (Tabela 11).

Tabela 11 - Distribuição da cárie dentária no estudo piloto de acordo com idade, sexo, etnia e localidade.

	CPOD (dp)	Cariado (dp)	Perdido (dp)	Restaurado (dp)	SiC Index (dp)
Idade					
11 a 13 anos	2,40 (1,58)*	0,80 (1,23)	0,00 (0,00)	1,60 (1,58)	7,33 (1,63)
14 a 16 anos	6,50 (2,07)*	1,63 (2,26)	0,38 (1,06)	4,50 (3,30)	0,00 (0,00)
Sexo					
Feminino	4,60 (2,12)	0,90 (1,45)	0,30 (0,95)	3,40 (2,67)	7,33 (1,53)
Masculino	3,75 (3,45)	1,50 (2,14)	0,00 (0,00)	2,25 (3,06)	7,33 (2,08)
Etnia					
Branco	4,75 (2,38)	0,92 (1,73)	0,25 (0,87)	3,85 (2,97)	7,00 (1,58)
Não branco	3,17 (3,31)	1,67 (1,86)	0,00 (0,00)	1,50 (2,07)	9,00 (0,00)
Localidade					
Rural	5,00 (4,24)	1,75 (2,06)	0,00 (0,00)	3,25 (3,95)	8,50 (0,71)
Urbana	4,00 (2,32)	1,00 (1,71)	0,21 (0,80)	2,79 (2,61)	6,75 (1,71)
Total	4,22 (2,73)	1,17 (1,76)	0,17 (0,71)	2,89 (2,83)	7,33 (1,63)

*CPOD x Idade: $p < 0,001$.

A condição periodontal foi considerada saudável apenas para 16,67% dos adolescentes do estudo piloto, esta condição foi mais prevalente em indivíduos de 11 a 13 anos de idade, masculino, não brancos e de localidade urbana. O cálculo dentário foi a condição de maior prevalência, representado por 44,44% desta

amostra e sua ocorrência foi maior no grupo de 14 a 16 anos, branco e de localidade urbana (Tabela 12).

A maioria dos adolescentes (72,22%) relatou procurar atendimento odontológico a menos de um ano, sendo mais frequente entre os adolescentes de 11 e 13 anos, feminino, branco e de localidade urbana. A procura por atendimento odontológico a mais de três anos foi maior entre os adolescentes de 14 a 16 anos. Observou-se diferença significativa entre os grupos etários de acordo com o tempo desde a última procura por atendimento odontológico ($p < 0,05$) (Tabela 13).

Quanto ao motivo da procura por atendimento odontológico do estudo piloto, apenas 22,22% da amostra procuraram para prevenção. Enquanto 61,11% dos adolescentes procuraram para tratamento, sendo maior a frequência do grupo etário 11 a 13 anos, feminino, branco e urbano. Os indivíduos do grupo não branco procuraram com maior frequência o atendimento odontológico por motivo de dor, embora não tenha sido estatisticamente significativa esta diferença (Tabela 14).

Tabela 12 - Condição periodontal de adolescentes do estudo piloto de acordo com idade, sexo, etnia e localidade.

	Saudável		Sangramento		Cálculo		P
	n	%	n	%	n	%	
Idade							
11 a 13 anos	2	11,11	5	27,78	3	16,67	0,229
14 a 16 anos	1	5,56	2	11,11	5	27,78	
Sexo							
Feminino	1	5,56	5	27,78	4	22,22	1,000
Masculino	2	11,11	2	11,11	4	22,22	
Etnia							
Branco	1	5,56	6	33,33	5	27,78	0,800
Não branco	2	11,11	1	5,56	3	16,67	
Localidade							
Rural	1	5,56	1	5,56	2	11,11	1,000
Urbana	2	11,11	6	33,33	6	33,33	
Total	3	16,67	7	38,89	8	44,44	

Tabela 13 - Procura por atendimento odontológico do estudo piloto de acordo com idade, sexo, etnia e localidade.

sem idade, sexo, etnia e localidade.							
	Menos de 1 ano		1 a 2 anos		3 anos ou +		p
	n	%	n	%	n	%	
Idade							
11 a 13 anos	9	50,00	1	5,56	0	0,00	0,041
14 a 16 anos	4	22,22	0	0,00	4	22,22	
Sexo							
Feminino	8	44,44	0	0,00	2	11,11	0,496
Masculino	5	27,78	1	5,56	2	11,11	
Etnia							
Branco	9	50,00	0	0,00	3	16,67	0,858
Não branco	4	22,22	1	5,56	1	5,56	
Localidade							
Rural	2	11,11	1	5,56	1	5,56	0,378
Urbana	11	61,11	0	0,00	3	16,67	
Total	13	72,22	1	5,56	4	22,22	

Tabela 14 - Motivo da última procura por atendimento odontológico do estudo piloto de acordo com idade, sexo, etnia e localidade.

	Prevenção		Tratamento		Dor		P
	n	%	n	%	n	%	
Idade							
11 a 13 anos	1	5,56	8	44,44	1	5,56	0,646
14 a 16 anos	3	16,67	3	16,67	2	11,11	
Sexo							
Feminino	2	11,11	6	33,33	2	11,11	0,683
Masculino	2	11,11	5	27,78	1	5,56	
Etnia							
Branco	4	22,22	7	38,89	1	5,56	0,068
Não branco	0	0,00	4	22,22	2	11,11	
Localidade							
Rural	0	0,00	3	16,67	1	5,56	0,272
Urbana	4	22,22	8	44,44	2	11,11	
Total	4	22,22	11	61,11	3	16,67	

5.2 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra deste estudo foi composta por 101 adolescentes, sendo que a faixa etária de 11-13 anos de idade correspondeu a 60,40%. Quanto ao sexo, a maioria dos indivíduos avaliados foram meninas (56,44%). Em relação ao grupo étnico, observou-se predomínio de brancos em relação a não brancos e a maior parte dos adolescentes foi proveniente da área urbana (Tabela 15).

Tabela 15 - Distribuição da amostra de acordo com idade, sexo, etnia e localidade.

	n	%
Idade		
11 a 13 anos	61	60,40
14 a 16 anos	40	39,60
Sexo		
Feminino	57	56,44
Masculino	44	43,56
Etnia		
Branco	71	70,30
Não branco	30	29,70
Localidade		
Rural	25	24,75
Urbana	76	75,25
Total	101	100,00

5.2.1 Medo e Ansiedade

Em relação ao medo odontológico, três fatores são avaliados: a fuga ao atendimento odontológico, as manifestações fisiológicas do medo e o medo provocado. Na tabela 16 pode-se observar que mais de 60,00% dos adolescentes não adiam e nem cancelam suas consultas. Em relação às manifestações fisiológicas, 52,48% dos adolescentes relataram apresentar a musculatura tensa e 50,50% informaram que o ritmo da respiração aumenta durante o atendimento odontológico.

Tabela 16 - Distribuição da amostra total de acordo com a fuga ao atendimento e manifestações fisiológicas durante o atendimento odontológico.

	Fuga ao atendimento				Manifestações Fisiológicas			
	Adia consulta		Cancela/ Não comparece		Músculos tensos		Respiração aumenta	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nunca	62	61,39	64	63,37	48	47,52	50	49,50
Poucas vezes	26	25,74	23	22,77	23	22,77	25	24,75
Mais ou menos	6	5,94	10	9,90	21	20,79	12	11,88
Muitas vezes	5	4,95	0	0,00	4	3,96	4	3,96
Sempre	2	1,98	4	3,96	5	4,95	10	9,90
Total	101	100,00	101	100,00	101	100,00	101	100,00

Quanto ao medo provocado, observou-se que 56,44% dos adolescentes não sentem medo quando aguardam na sala de espera para serem atendidos. Entretanto, 63,37% sentem medo ao ver a agulha da anestesia (Tabela 17).

A situação que provocou maior medo odontológico foi sentir a agulha da anestesia, correspondendo a 65,35% dos adolescentes da amostra. O medo sempre esteve presente para 17,82% dos adolescentes ao passarem por esta situação. Ver a broca do motor e sentir o motor no dente desencadeou medo em mais de 50,00% dos adolescentes, no entanto o medo nestas condições tenha acontecido poucas vezes (Tabela 18).

Tabela 17 - Distribuição da amostra total de acordo com o medo provocado (sala de espera, na cadeira CD, agulha) durante o atendimento odontológico.

	Medo Provocado					
	Na sala de espera		Sentado na cadeira CD		Vendo a agulha	
	n	%	n	%	n	%
Nunca	57	56,44	51	50,50	37	36,63
Poucas vezes	28	27,72	18	17,82	24	23,76
Mais ou menos	10	9,90	13	12,87	9	8,91
Muitas vezes	1	0,99	9	8,91	9	8,91
Sempre	5	4,95	10	9,90	22	21,78
Total	101	100,00	101	100,00	101	100,00

Tabela 18 - Distribuição da amostra total de acordo com o medo provocado (agulha, broca, motor) durante o atendimento odontológico.

	Medo Provocado					
	Sentindo a agulha		Vendo a broca		Sentindo o motor	
	n	%	n	%	n	%
Nunca	35	34,65	50	49,50	43	42,57
Poucas vezes	25	24,75	22	21,78	21	20,79
Mais ou menos	7	6,93	9	8,91	15	14,85
Muitas vezes	16	15,84	2	1,98	8	7,92
Sempre	18	17,82	18	17,82	14	13,86
Total	101	100,00	101	100,00	101	100,00

A prevalência do medo odontológico neste estudo foi de 55,45%, no entanto a maioria dos adolescentes relatou baixo nível de medo (53,47%). De acordo com a tabela 19, esta ocorrência foi maior nos adolescentes entre 11 e 13 anos de idade, do sexo feminino, brancos e da localidade urbana, mas estas diferenças não foram estatisticamente significativas ($p > 0,05$).

Tabela 19 - Distribuição do medo de acordo com idade, sexo, etnia e localidade.

	Sem Medo		Baixo Medo		Alto Medo		p
	n	%	n	%	n	%	
Idade							
11 a 13 anos	25	24,75	35	34,65	1	0,99	0,416
14 a 16 anos	20	19,80	19	18,81	1	0,99	
Sexo							
Feminino	24	23,76	31	30,69	2	1,98	0,462
Masculino	21	20,79	23	22,77	0	0,00	
Etnia							
Branco	29	28,71	40	39,60	2	1,98	0,210
Não branco	16	15,84	14	13,86	0	0,00	
Localidade							
Rural	12	11,88	13	12,87	0	0,00	0,610
Urbana	33	32,67	41	40,59	2	1,98	
Total	45	44,55	54	53,47	2	1,98	

A ansiedade gerada ao atendimento odontológico foi observada em mais de 50,00% da amostra em todas as situações apresentadas aos adolescentes. Estar sentado na cadeira odontológica foi o que gerou mais ansiedade para os adolescentes deste estudo (61,39%). O grau mais alto de ansiedade foi atribuído ao preparo da anestesia, sendo verificado em 10,89% dos adolescentes de Reginópolis (Tabela 20).

Tabela 20 – Ansiedade ao tratamento odontológico de acordo com a amostra total.

	Ansiedade									
	Ir ao CD amanhã		Na sala de espera		Na cadeira odontológica		Fazer limpeza		Preparar anestesia	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nunca	46	45,54	41	40,59	39	38,61	44	43,56	41	40,59
Um pouco	38	37,62	46	45,54	36	35,64	39	38,61	25	24,75
Muito	7	6,93	6	5,94	9	8,91	8	7,92	14	13,86
Bastante	7	6,93	5	4,95	11	10,89	5	4,95	10	9,90
Extremamente	3	2,97	3	2,97	6	5,94	5	4,95	11	10,89
Total	101	100,00	101	100,00	101	100,00	101	100,00	101	100,00

A prevalência de adolescentes com ansiedade foi maior que aqueles sem ansiedade, correspondendo a 84,16% da amostra. No entanto, a maioria apresentou baixo nível de ansiedade, sendo observada diferença estatística entre as faixas etárias, com maior prevalência de baixo nível de ansiedade nos adolescentes de 11 a 13 anos ($p= 0,028$) (Tabela 21).

Tabela 21 - Distribuição da ansiedade de acordo com idade, sexo, etnia e localidade.

	Sem Ansiedade		Baixa Ansiedade		Alta Ansiedade		p
	n	%	n	%	n	%	
Idade							
11 a 13 anos	6	5,94	50	49,50	5	4,95	0,028
14 a 16 anos	10	9,90	23	22,77	7	6,93	
Sexo							
Feminino	9	8,91	39	38,61	9	8,91	0,402
Masculino	7	6,93	34	33,66	3	2,97	
Etnia							
Branco	12	11,88	50	49,50	9	8,91	0,928
Não branco	4	3,96	23	22,77	3	2,97	
Localidade							
Rural	4	3,96	19	18,81	2	1,98	0,667
Urbana	12	11,88	54	53,47	10	9,90	
Total	16	15,84	73	72,28	12	11,88	

5.2.2 Dor de Dente

Grande parte da amostra estudada apresentou dor de dente alguma vez na vida (71,29%) e verificou-se que a experiência de dor foi significativamente maior nos adolescentes de 11 a 13 anos de idade ($p=0,014$) (Tabela 22). Entretanto, ao considerar o período dos últimos 6 meses, a maioria dos adolescentes não teve experiência de dor. Considerando o grupo com dor de dente para este período, observou-se maior frequência entre os adolescentes de 11 a 13 anos e da localidade urbana ($p=0,046$ e $p=0,029$, respectivamente) (Tabela 23).

Tabela 22 - Experiência da dor de dente alguma vez na vida de acordo com idade, sexo, etnia e localidade.

	Sem Dor		Com Dor		p
	n	%	n	%	
Idade					
11 a 13 anos	12	11,88	49	48,51	0,014
14 a 16 anos	17	16,83	23	22,77	
Sexo					
Feminino	15	14,85	42	41,58	0,545
Masculino	14	13,86	30	29,70	
Etnia					
Branco	24	23,76	47	46,53	0,072
Não branco	5	4,95	25	24,75	
Localidade					
Rural	10	9,90	15	14,85	0,159
Urbana	19	18,81	57	56,44	
Total	29	28,71	72	71,29	

Tabela 23 - Experiência da dor de dente nos últimos 6 meses de acordo com idade, sexo, etnia e localidade.

	Sem Dor		Com Dor		p
	n	%	n	%	
Idade					
11 a 13 anos	43	42,57	18	17,82	0,046
14 a 16 anos	35	34,65	5	4,95	
Sexo					
Feminino	41	40,59	16	15,84	0,148
Masculino	37	36,63	7	6,93	
Etnia					
Branco	53	52,48	18	17,82	0,342
Não branco	25	24,75	5	4,95	
Localidade					
Rural	19	18,81	6	5,94	0,029
Urbana	59	58,42	17	16,83	
Total	78	77,23	23	22,77	

Quando se avaliou a severidade da dor de dente pela escala verbal, a maioria dos adolescentes apresentou dor moderada (37,62%) e sua ocorrência foi mais relatada por adolescentes de 11 a 13 anos de idade, do sexo feminino, brancos e da localidade urbana, embora estas diferenças não tenham sido significativas (Tabela 24). Quando avaliados pela escala visual, a maioria dos adolescentes relatou baixa intensidade da dor de dente (37,62%), sendo mais frequente em adolescentes de 11 a 13 anos de idade ($p=0,003$), do sexo masculino, brancos e da localidade urbana (Tabela 25).

Tabela 24 - Severidade da dor de dente, avaliada pela escala verbal, de acordo com idade, sexo, etnia e localidade.

	Sem Dor		Dor Baixa		Dor Moderada		Dor Severa		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Idade									
11 a 13 anos	7	6,93	20	19,80	22	21,78	12	11,88	0,442
14 a 16 anos	8	7,92	5	4,95	16	15,84	11	10,89	
Sexo									
Feminino	10	9,90	10	9,90	22	21,78	15	14,85	0,423
Masculino	5	4,95	15	14,85	16	15,84	8	7,92	
Etnia									
Branco	12	11,88	16	15,84	27	26,73	16	15,84	0,813
Não branco	3	2,97	9	8,91	11	10,89	7	6,93	
Localidade									
Rural	5	4,95	6	5,94	9	8,91	5	4,95	0,503
Urbana	10	9,90	19	18,81	29	28,71	18	17,82	
Total	15	14,85	25	24,75	38	37,62	23	22,77	

Quanto à causa da dor de dente, comer ou beber algum alimento foi a de maior prevalência entre os adolescentes, correspondendo a 30,69% da amostra. Observou-se diferença significativa entre os grupos etários, sexos e grupos étnicos em relação à causa da dor de dente ($p<0,05$). Na maioria das causas da dor, verificou-se maior prevalência de adolescentes entre 11 e 13 anos de idade, do sexo feminino, brancos e da localidade urbana (Tabela 26).

Tabela 25 - Severidade da dor de dente, avaliada pela escala visual, de acordo com idade, sexo, etnia e localidade.

	Sem Dor		Dor Baixa		Dor Moderada		Dor Severa		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Idade									
11 a 13 anos	8	7,92	30	29,70	11	10,89	12	11,88	0,003
14 a 16 anos	16	15,84	8	7,92	10	9,90	6	5,94	
Sexo									
Feminino	13	12,87	16	15,84	15	14,85	13	12,87	0,075
Masculino	11	10,89	22	21,78	6	5,94	5	4,95	
Etnia									
Branco	19	18,81	23	22,77	14	13,86	15	14,85	0,837
Não branco	5	4,95	15	14,85	7	6,93	3	2,97	
Localidade									
Rural	6	5,94	10	9,90	5	4,95	4	3,96	0,805
Urbana	18	17,82	28	27,72	16	15,84	14	13,86	
Total	24	23,76	38	37,62	21	20,79	18	17,82	

Tabela 26 - Causa da dor de dente de acordo com idade, sexo, etnia e localidade.

	Cavidade		Comer/ beber		Dente nascendo		Tratamento		Trauma		Não lembra		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	p
Idade													
11 a 13 anos	19	18,81	21	20,79	3	2,97	5	4,95	1	0,99	12	11,88	0,009
14 a 16 anos	6	5,94	10	9,90	2	1,98	5	4,95	2	1,98	15	14,85	
Sexo													
Feminino	8	7,92	17	16,83	5	4,95	8	7,92	2	1,98	17	16,83	0,010
Masculino	17	16,83	14	13,86	0	0,00	2	1,98	1	0,99	10	9,90	
Etnia													
Branco	17	16,83	16	15,84	5	4,95	7	6,93	3	2,97	23	22,77	0,047
Não branco	8	7,92	15	14,85	0	0,00	3	2,97	0	0,00	4	3,96	
Localidade													
Rural	9	8,91	9	8,91	0	0,00	1	0,99	1	0,99	5	4,95	0,089
Urbana	16	15,84	22	21,78	5	4,95	9	8,91	2	1,98	22	21,78	
Total	25	24,75	31	30,69	5	4,95	10	9,90	3	2,97	27	26,73	

A maioria dos adolescentes não lembra a duração da dor de dente, correspondendo a 53,47% da amostra. O tempo de duração da dor mais relatado foi de menos de uma hora. Em todos os tempos de duração da dor de dente verificou-se predomínio de adolescentes entre 11 e 13 anos de idade, do sexo feminino, brancos e da localidade urbana, entretanto as diferenças entre os grupos não foram significativas (Tabela 27).

Tabela 27 - Duração da dor de dente de acordo com idade, sexo, etnia e localidade.

	Menos de 1 hora		Mais de 1 hora		Dia inteiro		Mais de um dia		Não lembra		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	p
Idade											
11 a 13 anos	18	17,82	5	4,95	8	7,92	2	1,98	28	27,72	0,148
14 a 16 anos	5	4,95	3	2,97	5	4,95	1	0,99	26	25,74	
Sexo											
Feminino	14	13,86	6	5,94	9	8,91	0	0,00	28	27,72	0,437
Masculino	9	8,91	2	1,98	4	3,96	3	2,97	26	25,74	
Etnia											
Branco	19	18,81	5	4,95	9	8,91	3	2,97	35	34,65	0,288
Não branco	4	3,96	3	2,97	4	3,96	0	0,00	19	18,81	
Localidade											
Rural	6	5,94	1	0,99	3	2,97	1	0,99	14	13,86	0,756
Urbana	17	16,83	7	6,93	10	9,90	2	1,98	40	39,60	
Total	23	22,77	8	7,92	13	12,87	3	2,97	54	53,47	

5.2.3 Qualidade de Vida

Em todas as dimensões do OHIP-14 foram verificadas médias similares entre os grupos etários, sexos, etnias e localidades. No entanto, na dimensão desconforto psicológico observou-se diferença estatisticamente significativa entre os grupos etários, com maior média para os adolescentes entre 11 e 13 anos de idade. A dimensão dor física foi a que mais contribuiu para média final do OHIP-14 (Tabela 28).

Tabela 28 – Distribuição da média das dimensões do OHIP-14 de acordo com idade, sexo, etnia e localidade.

	LF	DF	DP	IF	IP	IS	D	T
	Média	Média	Média	Média	Média	Média	Média	Média
Idade								
11 a 13 anos	0,64	1,41	0,56*	0,59	0,82	0,70	0,41	5,14
14 a 16 anos	0,46	1,19	0,28*	0,42	0,58	0,69	0,42	4,04
Sexo								
Feminino	0,57	1,35	0,51	0,43	0,68	0,69	0,38	4,61
Masculino	0,58	1,30	0,38	0,64	0,78	0,70	0,46	4,82
Etnia								
Branco	0,58	1,39	0,43	0,49	0,71	0,69	0,39	4,68
Não branco	0,56	1,17	0,50	0,59	0,75	0,71	0,48	4,77
Localidade								
Rural	0,58	0,95	0,47	0,48	0,83	0,71	0,53	4,55
Urbana	0,57	1,45	0,45	0,53	0,69	0,69	0,38	4,75
Total	0,57	1,32	0,45	0,52	0,72	0,70	0,41	4,70

LF (limitação funcional), DF (dor física), DP (desconforto psicológico), IP (incapacidade psicológica), IS (incapacidade social), D (deficiência), T (total);

*p=0,04

Grande parte dos adolescentes avaliados apresentou impacto da saúde bucal em sua qualidade de vida (88,12%), mas para a maioria este impacto foi considerado fraco (79,21%) que corresponde aos adolescentes entre 11 e 13 anos de idade, sexo feminino, etnia branca e da localidade urbana (Tabela 29).

Tabela 29 - Impacto da saúde bucal na qualidade de vida de acordo com idade, sexo, etnia e localidade.

	Sem Impacto		Fraco impacto		Médio Impacto		Forte Impacto		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Idade									
11 a 13 anos	7	6,93	47	46,53	6	5,94	1	0,99	0,421
14 a 16 anos	5	4,95	33	32,67	2	1,98	0	0,00	
Sexo									
Feminino	6	5,94	46	45,54	5	4,95	0	0,00	0,775
Masculino	6	5,94	34	33,66	3	2,97	1	0,99	
Etnia									
Branco	10	9,90	54	53,47	6	5,94	1	0,99	0,667
Não branco	2	1,98	26	25,74	2	1,98	0	0,00	
Localidade									
Rural	4	3,96	18	17,82	2	1,98	1	0,99	0,911
Urbana	8	7,92	62	61,39	6	5,94	0	0,00	
Total	12	11,88	80	79,21	8	7,92	1	0,99	

5.2.4 Saúde Bucal

5.2.4.1 Cárie Dentária

O índice CPOD na amostra estudada foi de 4,52. A severidade da cárie dentária foi maior entre os adolescentes de 14 a 16 anos de idade e do sexo feminino, sendo as diferenças estatisticamente significativas. Observou-se que o componente restaurado teve maior contribuição na média do CPOD em relação aos outros componentes. Constatou-se diferença significativa do componente restaurado em relação às faixas etárias e sexo dos adolescentes. O componente cariado apresentou média similar em relação à idade e sexo, no entanto, sua média foi maior para os adolescentes não brancos e que moram na área rural do município, embora estas diferenças não tenham sido significativas. O índice significativo de cárie para amostra total foi de 8,28 e encontrou-se diferença significativa do SiC entre as faixas

etárias, sendo maior entre 14 e 16 anos de idade. A média do SiC foi maior também para indivíduos do sexo feminino, brancos e da área rural (Tabela 30).

Tabela 30 - Distribuição da cárie dentária de acordo com idade, sexo, etnia e localidade.

	CPOD (dp)	Cariado (dp)	Perdido (dp)	Restaurado (dp)	SiC Index (dp)
Idade					
11 a 13 anos	3,43 (3,05)*	1,10 (2,09)	0,00 (0,00)	2,33 (2,51)*	7,62 (3,18)*
14 a 16 anos	6,20 (3,60)*	1,13 (1,94)	0,13 (0,56)	4,95 (3,28)*	8,65 (2,29)*
Sexo					
Feminino	5,12 (3,59)**	1,04 (1,99)	0,09 (0,47)	4,00 (3,22)**	8,33 (2,90)
Masculino	3,75 (3,33)**	1,20 (2,08)	0,00 (0,00)	2,55 (2,78)**	8,17 (2,17)
Etnia					
Branco	4,58 (3,62)	0,97 (1,77)	0,07 (0,43)	3,54 (3,19)	8,48 (2,79)
Não branco	4,40 (3,36)	1,43 (2,51)	0,00 (0,00)	2,97 (2,92)	7,82 (2,36)
Localidade					
Rural	4,88 (4,34)	2,08 (3,01)	0,00 (0,00)	2,80 (3,33)	9,30 (2,91)
Urbana	4,41 (3,25)	0,79 (1,45)	0,07 (0,41)	3,55 (3,03)	7,88 (2,49)
Total	4,52 (3,53)	1,11 (2,02)	0,05 (0,36)	3,37 (3,11)	8,28 (2,65)

*CPOD x Idade: $p=0,000$; Restaurado x Idade: $p=0,000$; SiC x Idade: $p=0,025$.

**CPOD x Sexo: $p=0,042$; Restaurado x sexo: $p=0,011$.

O percentual total de adolescentes livres de cárie foi de 15,84%, sendo maior em adolescentes de 11 a 13 anos de idade, do sexo masculino, brancos e da localidade urbana. O índice de cuidados foi de 74,40% para toda amostra e maior para os adolescentes de 14 a 16 anos de idade, sexo feminino, brancos e da localidade urbana (Tabela 31).

Tabela 31 - Prevalência de livres de cárie e índice de cuidados de acordo com idade, sexo, etnia e localidade.

	Livres de Cárie (%)	Índice de Cuidados (%)
Idade		
11 a 13 anos	11,88	67,94
14 a 16 anos	3,96	79,84
Sexo		
Feminino	5,94	78,08
Masculino	9,90	67,88
Etnia		
Branco	9,90	77,33
Não branco	5,94	67,42
Localidade		
Rural	4,95	57,38
Urbana	10,89	80,60
Total	15,84	74,40

5.2.4.2 Condição Periodontal

Neste estudo observou-se que apenas 14,85% dos adolescentes avaliados apresentaram condições periodontais saudáveis. De forma similar ao encontrado para a cárie dentária, as meninas apresentaram condições periodontais mais desfavoráveis em relação aos meninos, embora esta diferença não tenha sido estatisticamente significativa. Maior prevalência de sangramento gengival e de cálculo dentário também foi observada em adolescentes de 11 a 13 anos de idade, brancos e da localidade urbana (Tabela 32).

Tabela 32 - Condição periodontal dos adolescentes de acordo com idade, sexo, etnia e localidade.

	Saudável		Sangramento		Cálculo		P
	n	%	n	%	n	%	
Idade							
11 a 13 anos	8	7,92	24	23,76	29	28,71	0,424
14 a 16 anos	7	6,93	9	8,91	24	23,76	
Sexo							
Feminino	6	5,94	19	18,81	32	31,68	0,259
Masculino	9	8,91	14	13,86	21	20,79	
Etnia							
Branco	10	9,90	27	26,73	34	33,66	0,297
Não branco	5	4,95	6	5,94	19	18,81	
Localidade							
Rural	3	2,97	7	6,93	15	14,85	0,394
Urbana	12	11,88	26	25,74	38	37,62	
Total	15	14,85	33	32,67	53	52,48	

5.2.5 Acesso aos Serviços de Saúde

Os dados das tabelas 33 e 34 são concordantes. A maioria dos adolescentes utilizou os serviços odontológicos há menos de 1 ano (70,30%) (Tabela 33), sendo que 53,47% deles procuraram por atendimento nos últimos 6 meses (Tabela 34). Observou-se que a procura por atendimento foi maior entre os adolescentes de 11 a 13 anos de idade, sexo feminino, brancos e da localidade urbana.

Tabela 33 - Procura por atendimento odontológico de acordo com idade, sexo, etnia e localidade.

	Menos de 1 ano		1 a 2 anos		3 anos ou +		p
	n	%	n	%	n	%	
Idade							
11 a 13 anos	42	41,58	14	13,86	5	4,95	0,530
14 a 16 anos	29	28,71	6	5,94	5	4,95	
Sexo							
Feminino	41	40,59	12	11,88	4	3,96	0,535
Masculino	30	29,70	8	7,92	6	5,94	
Etnia							
Branco	51	50,50	13	12,87	7	6,93	0,840
Não branco	20	19,80	7	6,93	3	2,97	
Localidade							
Rural	15	14,85	7	6,93	3	2,97	0,411
Urbana	56	55,45	13	12,87	7	6,93	
Total	71	70,30	20	19,80	10	9,90	

Tabela 34 - Procura por atendimento odontológico nos últimos 6 meses de acordo com idade, sexo, etnia e localidade.

	Não		Sim		p
	n	%	n	%	
Idade					
11 a 13 anos	30	29,70	31	30,69	0,510
14 a 16 anos	17	16,83	23	22,77	
Sexo					
Feminino	24	23,76	33	32,67	0,310
Masculino	23	22,77	21	20,79	
Etnia					
Branco	34	33,66	37	36,63	0,675
Não branco	13	12,87	17	16,83	
Localidade					
Rural	13	12,87	12	11,88	0,528
Urbana	34	33,66	42	41,58	
Total	47	46,53	54	53,47	

Os principais motivos pela última procura pelos serviços odontológicos foram prevenção (42,57%) e tratamento (40,59%). No entanto, verificou-se diferença estatística significativa entre os diferentes grupos etários, sendo que os adolescentes de 11 a 13 anos de idade procuraram mais o serviço por motivo de dor ou tratamento ($p=0,004$) (Tabela 35).

Tabela 35 - Motivo da última procura por atendimento odontológico de acordo com idade, sexo, etnia e localidade.

	Prevenção		Tratamento		Dor		P
	n	%	n	%	n	%	
Idade							
11 a 13 anos	18	17,82	30	29,70	13	12,87	0,004
14 a 16 anos	25	24,75	11	10,89	4	3,96	
Sexo							
Feminino	25	24,75	21	20,79	11	10,89	0,613
Masculino	18	17,82	20	19,80	6	5,94	
Etnia							
Branco	33	32,67	27	26,73	11	10,89	0,473
Não branco	10	9,90	14	13,86	6	5,94	
Localidade							
Rural	12	11,88	9	8,91	4	3,96	0,812
Urbana	31	30,69	32	31,68	13	12,87	
Total	43	42,57	41	40,59	17	16,83	

Foi investigado o agendamento dos pacientes para consulta odontológica no centro de saúde municipal de Reginópolis. Obtiveram-se informações dos últimos seis meses que precederam este estudo quanto ao ciclo de vida, sexo e tipo de atendimento (agendado ou urgência) prestado aos pacientes. Pode-se perceber que dos pacientes agendados quase a metade não compareceu ao atendimento. Esta proporção se repete em todos os ciclos de vida apresentados na tabela 36.

Dos pacientes que passaram por atendimento odontológico nos últimos seis meses, 72,73% foram agendados e deste total, 14,50% eram pacientes

adolescentes. Em relação ao atendimento de urgência para o mesmo período, 4,26% foram de adolescentes (Tabela 37).

Tabela 36 – Frequência à consulta odontológica no centro de saúde municipal de acordo com o ciclo de vida.

	Sexo	Presença		Falta		Total Agendado	
		n	%	n	%	n	%
Bebês 0 a 24 meses	M	0	0,00	2	0,16	2	0,16
	F	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Crianças 2 a 9 anos	M	12	0,98	8	0,65	20	1,63
	F	11	0,89	11	0,89	22	1,79
Adolescentes 10 a 19 anos	M	50	4,07	46	3,74	96	7,80
	F	76	6,18	60	4,88	136	11,06
Adultos 20 a 59 anos	M	171	13,90	158	12,85	329	26,75
	F	269	21,87	287	23,33	556	45,20
Idosos mais de 60 anos	M	23	1,87	18	1,46	41	3,33
	F	20	1,63	8	0,65	28	2,28
Total	M	256	20,81	232	18,86	488	39,67
	F	376	30,57	366	29,76	742	60,33
Total Geral		632	51,38	598	48,62	1230	100,00

Tabela 37 – Tipo de atendimento odontológico prestado aos pacientes do município de acordo com o ciclo de vida.

	Sexo	Presença		Urgência		Total Atendimento	
		n	%	n	%	n	%
Bebês 0 a 24 meses	M	0	0,00	1	0,12	1	0,12
	F	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Crianças 2 a 9 anos	M	12	1,38	9	1,04	21	2,42
	F	11	1,27	3	0,35	14	1,61
Adolescentes 10 a 19 anos	M	50	5,75	18	2,07	68	7,83
	F	76	8,75	19	2,19	95	10,93
Adultos 20 a 59 anos	M	171	19,68	88	10,13	259	29,80
	F	269	30,96	89	10,24	358	41,20
Idosos mais de 60 anos	M	23	2,65	5	0,58	28	3,22
	F	20	2,30	5	0,58	25	2,88
Total	M	256	29,46	121	13,92	377	43,38
	F	376	43,27	116	13,35	492	56,62
Total Geral		632	72,73	237	27,27	869	100,00

5.2.6 Correlação do Medo com: Qualidade de Vida, Saúde Bucal e Acesso aos Serviços de Saúde

O medo esteve relacionado à qualidade de vida dos adolescentes deste estudo. Observou-se correlação positiva entre o medo e todas as dimensões do OHIP-14, sendo significativa para limitação funcional, incapacidade física, incapacidade psicológica e incapacidade social (Tabela 38).

Tabela 38 - Correlação entre medo e qualidade de vida.

	n	R	p
Limitação funcional	101	0,255	0,010
Dor física	101	0,164	0,102
Desconforto psicológico	101	0,106	0,292
Incapacidade física	101	0,318	0,001
Incapacidade psicológica	101	0,316	0,001
Incapacidade social	101	0,209	0,036
Deficiência	101	0,136	0,174
OHIP-14	101	0,372	0,000

Ao relacionar o medo com a saúde bucal e o acesso aos serviços de saúde, não foram observadas correlações significativas, embora a correlação tenha sido positiva (Tabelas 39 e 40).

Tabela 39 - Correlação entre medo e saúde bucal.

	n	R	p
CPOD	101	0,030	0,769
SiC	101	0,377	0,088
CPI	101	0,153	0,128

Tabela 40 - Correlação entre medo e acesso aos serviços de saúde.

	n	R	p
Tempo da última consulta	101	0,031	0,762
Procura nos últimos 6 meses	101	-0,055	0,587
Motivo da última consulta	101	0,072	0,472

5.2.7 Correlação da Ansiedade com: Qualidade de Vida, Saúde Bucal e Acesso aos Serviços de Saúde

Não foram observadas correlações significativas entre a ansiedade e as dimensões da qualidade de vida, no entanto todas as correlações foram positivas (Tabela 41).

Tabela 41 - Correlação entre ansiedade e qualidade de vida.

	n	R	p
Limitação funcional	101	0,068	0,500
Dor física	101	0,043	0,670
Desconforto psicológico	101	0,035	0,730
Incapacidade física	101	0,084	0,404
Incapacidade psicológica	101	0,076	0,450
Incapacidade social	101	0,108	0,281
Deficiência	101	0,040	0,693
OHIP-14	101	0,164	0,101

Embora a correlação não tenha sido significativa, observou-se relação inversamente proporcional da ansiedade com CPOD e CPI (Tabela 42). A procura por atendimento odontológico nos últimos seis meses também foi inversamente proporcional a ocorrência da ansiedade, entretanto, não foi considerada significativa esta correlação (Tabela 43).

Tabela 42 - Correlação entre ansiedade e saúde bucal.

	n	R	p
CPOD	101	-0,052	0,607
SiC	101	0,012	0,903
CPI	101	-0,021	0,832

Tabela 43 - Correlação entre ansiedade e acesso aos serviços de saúde.

	n	R	p
Tempo da última consulta	101	0,040	0,689
Procura nos últimos 6 meses	101	-0,108	0,283
Motivo da última consulta	101	-0,027	0,791

5.2.8 Correlação da dor de Dente com: Qualidade de Vida, Saúde Bucal e Acesso aos Serviços de Saúde

5.2.8.1 Ocorrência da dor de dente alguma vez na vida

O impacto da dor de dente na qualidade de vida pode ser visualizado na tabela 44, percebeu-se correlação significativa da dor de dente com as dimensões dor física, desconforto psicológico e incapacidade psicológica. Houve também correlação da dor de dente com a média geral do OHIP-14.

Tabela 44 - Correlação entre ocorrência da dor de dente alguma vez na vida e qualidade de vida.

	n	R	p
Limitação funcional	101	0,126	0,210
Dor física	101	0,376	0,000
Desconforto psicológico	101	0,285	0,004
Incapacidade física	101	0,183	0,067
Incapacidade psicológica	101	0,245	0,014
Incapacidade social	101	0,139	0,166
Deficiência	101	-0,051	0,610
OHIP-14	101	0,312	0,001

Notou-se fraca correlação positiva da dor de dente com o CPOD. Verificou-se correlação significativa da dor de dente com a polarização da cárie dentária (SiC) (Tabela 45). Constatou-se correlação significativa entre a dor de dente e o acesso aos serviços de saúde, quanto ao motivo da consulta do adolescente (Tabela 46).

Tabela 45 - Correlação entre ocorrência da dor de dente alguma vez na vida e saúde bucal.

	n	R	p
CPOD	101	0,126	0,209
SiC	101	0,243	0,014
CPI	101	-0,018	0,856

Tabela 46 - Correlação entre ocorrência da dor de dente alguma vez na vida e acesso aos serviços de saúde.

	n	R	p
Tempo da última consulta	101	-0,103	0,304
Procura nos últimos 6 meses	101	0,066	0,512
Motivo da última consulta	101	0,377	0,000

5.2.8.2 Ocorrência da dor de dente nos últimos 6 meses

A ocorrência da dor de dente nos últimos seis meses esteve relacionada de forma significativa às dimensões limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade psicológica e incapacidade social da qualidade de vida e também em relação a média geral do OHIP-14 (Tabela 47).

Tabela 47 - Correlação entre ocorrência da dor de dente nos últimos 6 meses e qualidade de vida.

	n	R	p
Limitação funcional	101	0,254	0,010
Dor física	101	0,378	0,000
Desconforto psicológico	101	0,261	0,008
Incapacidade física	101	0,132	0,189
Incapacidade psicológica	101	0,240	0,015
Incapacidade social	101	0,198	0,047
Deficiência	101	0,160	0,111
OHIP-14	101	0,356	0,000

Pôde-se notar correlação inversamente proporcional da ocorrência da dor de dente nos últimos seis meses com a saúde bucal, sendo significativa para o CPOD e SiC (Tabela 48). Quanto ao acesso aos serviços de saúde, houve correlação da dor de dente com o motivo da última consulta ao dentista (Tabela 49).

Tabela 48 - Correlação entre ocorrência da dor de dente nos últimos 6 meses e Saúde Bucal.

	n	R	p
CPOD	101	-0,197	0,049
SiC	101	-0,207	0,038
CPI	101	-0,169	0,091

Tabela 49 - Correlação entre ocorrência da dor de dente nos últimos 6 meses e acesso aos serviços de saúde.

	n	R	p
Tempo da última consulta	101	0,172	0,086
Procura nos últimos 6 meses	101	-0,061	0,542
Motivo da última consulta	101	0,370	0,000

5.2.8.3 Severidade da dor de dente segundo a escala verbal

Ao analisar a severidade da dor de dente de acordo com a escala verbal, percebeu-se correlação significativa com as dimensões dor física, desconforto psicológico, incapacidade física e incapacidade psicológica da qualidade de vida e também em relação a média geral do OHIP-14 (Tabela 50).

Tabela 50 - Correlação entre severidade da dor de dente segundo a escala verbal e qualidade de vida.

	n	R	p
Limitação funcional	101	0,138	0,170
Dor física	101	0,443	0,000
Desconforto psicológico	101	0,238	0,016
Incapacidade física	101	0,246	0,013
Incapacidade psicológica	101	0,297	0,003
Incapacidade social	101	0,143	0,154
Deficiência	101	0,018	0,857
OHIP-14	101	0,292	0,003

A severidade da dor de dente esteve relacionada ao SiC de forma significativa ($p < 0,05$) (Tabela 51). Quanto ao acesso aos serviços de saúde, o tempo da última consulta teve relação inversamente proporcional e significativa com a dor de dente (Tabela 52).

Tabela 51 - Correlação entre severidade da dor de dente segundo a escala verbal e saúde bucal.

	n	R	p
CPOD	101	0,125	0,214
SiC	101	0,244	0,014
CPI	101	-0,149	0,137

Tabela 52 - Correlação entre severidade da dor de dente segundo a escala verbal e acesso aos serviços de saúde.

	n	R	p
Tempo da última consulta	101	-0,469	0,000
Procura nos últimos 6 meses	101	0,041	0,682
Motivo da última consulta	101	-0,002	0,982

5.2.8.4 Severidade da dor de dente segundo a escala visual

A severidade da dor de dente de acordo com a escala visual apresentou correlação significativa com as dimensões limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica e incapacidade social da qualidade de vida e também em relação a média geral do OHIP-14 (Tabela 53).

Tabela 53 - Correlação entre severidade da dor de dente segundo a escala visual e qualidade de vida.

	n	R	p
Limitação funcional	101	0,213	0,032
Dor física	101	0,463	0,000
Desconforto psicológico	101	0,276	0,005
Incapacidade física	101	0,260	0,009
Incapacidade psicológica	101	0,332	0,001
Incapacidade social	101	0,206	0,039
Deficiência	101	-0,073	0,468
OHIP-14	101	0,349	0,000

Assim como na avaliação verbal da severidade da dor de dente, a forma visual também esteve relacionada ao CPOD de forma positiva, entretanto não foi significativa (Tabela 54). Quanto ao acesso aos serviços de saúde, o motivo da última consulta esteve relacionado de forma significativa com a dor dente (Tabela 55).

Tabela 54 - Correlação entre severidade da dor de dente segundo a escala verbal e saúde bucal.

	n	R	p
CPOD	101	0,095	0,344
SiC	101	0,179	0,073
CPI	101	-0,040	0,689

Tabela 55 - Correlação entre severidade da dor de dente segundo a escala verbal e acesso aos serviços de saúde.

	n	R	p
Tempo da última consulta	101	-0,053	0,597
Procura nos últimos 6 meses	101	-0,032	0,748
Motivo da última consulta	101	0,343	0,000

6 Discussão

6 DISCUSSÃO

6.1 MEDO E ANSIEDADE

Apesar dos avanços tecnológicos na área odontológica, observados nos últimos anos, a formação do profissional direcionada ao atendimento mais humanizado caminha a passos lentos.

O ambiente odontológico, por si só, é capaz de gerar sentimentos de medo e ansiedade no paciente. Além disso, o cirurgião-dentista apresenta dificuldades para lidar com esta situação, o que pode dificultar a execução do tratamento e o relacionamento profissional.

Alguns estudos na literatura científica apresentaram a prevalência do medo odontológico em torno de 6,3% a 12,5% (KANEANE et al., 2006; AKBAY OBA; DÜLGERGIL; SÖNMEZ, 2009), no presente estudo a prevalência foi considerada alta, atingindo 55,45% dos adolescentes. O grau de baixo medo foi o de maior prevalência, assim como observado no serviço de urgência odontológica de uma instituição de ensino (MIALHE et al., 2010).

Embora neste estudo não tenha sido estatisticamente significativa a diferença entre os grupos etários, a prevalência do medo foi maior em adolescentes de 11 a 13 anos de idade, similar ao verificado por outros autores (SINGH; MORAES; BOVI AMBROSANO, 2000; AKBAY OBA; DÜLGERGIL; SÖNMEZ, 2009). Foi relatado por Akbay Oba et al. que o medo tende a diminuir com o aumento da idade. A ocorrência do medo odontológico foi mais frequente em adolescentes do sexo feminino, assim como demonstrado por outros estudos (SINGH; MORAES; BOVI AMBROSANO, 2000; AKBAY OBA; DÜLGERGIL; SÖNMEZ, 2009).

A tensão muscular e o aumento do ritmo respiratório foram as manifestações fisiológicas mais frequentes nos adolescentes de Reginópolis, correspondendo a mais de 50,00% da amostra, corroborando com o encontrado por Mialhe et al., 2010. Enquanto para Bottan et al., 2007, o batimento cardíaco acelerado e tremores foram as manifestações mais relatadas durante o atendimento odontológico.

A maioria dos adolescentes de Reginópolis afirmou sentir medo ao ver a agulha da anestesia, sentir a agulha da anestesia, ver a broca do motor e sentir o

motor no dente, estes estímulos também desencadearam o medo em outros estudos (Kanegane et al., 2003; BOTTAN; OGLIO; ARAÚJO, 2007; MIALHE et al., 2010).

A prevalência da ansiedade foi de 84,16%, similar ao apresentado por Bottan et al. em 2007 (84,00%) e mais alta que em estudo desenvolvido por Ramos-Jorge et al. em 2004 (32,50%), por Maniglia-Ferreira et al. em 2004 (18,00%) e por Kanegane et al. em 2003 (28,20%). O grau de baixa ansiedade foi o mais prevalente (72,28%), principalmente em adolescentes entre 11 e 13 anos de idade, observando-se diferença estatística entre as faixas etárias. Bottan et al. em 2007 também encontraram o grau de baixa ansiedade com maior prevalência (70,00%).

Quanto ao sexo, etnia e local de moradia do adolescente, não foram observadas diferenças significativas na prevalência e severidade da ansiedade. Corroborar com esse achado estudo desenvolvido em São Paulo que também não observou diferença entre os sexos (KANEGANE et al., 2006). Embora em estudo anterior Kanegane et al. constatarem maior ansiedade entre as mulheres (KANEGANE et al., 2003). Entretanto, o sexo foi considerado preditor de ansiedade na adolescência em outra investigação, sendo que adolescentes do sexo masculino tiveram quatro vezes mais chances de apresentarem ansiedade odontológica que os do sexo feminino (RAMOS-JORGE et al., 2004).

A maior prevalência de ansiedade dos adolescentes de Reginópolis foi ao sentar na cadeira odontológica e o grau mais elevado da ansiedade foi atribuído ao preparo da anestesia, assim como apresentado por outros autores (KANEGANE et al., 2006; BOTTAN OGLIO; ARAÚJO, 2007)

O medo não apresentou associações significativas com idade, sexo, etnia e moradia dos adolescentes. No entanto, foi observada relação significativa com a qualidade de vida dos adolescentes deste estudo em quase todas as dimensões do OHIP-14. Quanto à ansiedade, observou-se associação significativa com a idade dos adolescentes, sendo mais prevalente entre os mais jovens, porém houve relações positivas não significativas com a qualidade de vida. Este resultado difere da investigação realizada por Crofts-Barnes et al., em 2010, que encontraram relação significativa entre a ansiedade odontológica e geral com a qualidade de vida, ou seja, pacientes com alta ansiedade apresentaram redução na qualidade de vida nas dimensões bem estar geral, contentamento, sono e vitalidade. A ansiedade odontológica também esteve relacionada à qualidade de vida, interferindo na vida das pessoas com consequências sociais e psicológicas negativas (LOCKER, 2003).

Quanto à prevalência e severidade da cárie dentária foram observadas diferenças significativas em relação à idade e sexo dos adolescentes, todavia o medo e a ansiedade não apresentaram relações significativas com a saúde bucal. Relações positivas foram identificadas entre o medo e a saúde bucal e entre a ansiedade e o CPOD, ou seja, adolescentes com medo ou ansiedade odontológica apresentaram CPOD mais alto, embora esta relação não tenha sido significativa. Estudo realizado por Locker em 2003 constatou que indivíduos com medo e ansiedade odontológica tinham a saúde bucal mais comprometida que aqueles sem medo ou ansiedade. Akbay Oba et al. encontraram correlação entre o medo odontológico e a ocorrência de cárie dentária em crianças entre 7 e 11 anos de idade na Turquia (AKBAY OBA; DÜLGERGIL; SÖNMEZ, 2009).

O medo e a ansiedade apresentaram relações negativas com a procura por atendimento odontológico, isto é, quanto maior o medo ou ansiedade, menor a procura nos últimos seis meses por tratamento. Outros estudos também encontraram esta relação do medo e da ansiedade com a frequência à consulta odontológica (LOCKER, 2003; MANIGLIA-FERREIRA et al., 2004; KANEGANE et al., 2006; BOTTAN; OGLIO; ARAÚJO, 2007; BOTTAN et al., 2008). Estudo realizado com pais constatou que 17,00% adiariam ou cancelariam a consulta odontológica de seus filhos se percebessem que os mesmos estivessem ansiosos ou com medo (COLARES et al., 2004). O tempo decorrido da última consulta foi considerado preditor de ansiedade odontológica na adolescência. (RAMOS-JORGE et al., 2004).

Tanto a ansiedade quanto o motivo da consulta odontológica estiveram associadas de forma significativa com as idades avaliadas, entretanto não foi significativa a relação da ansiedade com o motivo da consulta. No grupo investigado por Bottan et al. em 2008 foi encontrada associação entre o grau de ansiedade e a causa da consulta odontológica. Em estudo desenvolvido por Kanegane et al. em 2006 observou-se que a espera para ser atendido foi uma das situações que mais causaram ansiedade nos pacientes e os indivíduos que procuraram por tratamento com mais frequência apresentaram menores níveis de ansiedade.

Contudo, no presente estudo, a prevalência do medo e da ansiedade foram maiores nos adolescentes mais jovens e o motivo da procura esteve focada no tratamento curativo e na dor. A procura por motivo de dor foi maior pelo sexo feminino, isto se deve ao fato que o relato de maior dor de dente sentida entre as mulheres pode estar relacionado aos níveis mais altos de estresse psicológico,

ansiedade e depressão (DAO; LERESCHE, 2000). Em adição, a superação da dor pelas mulheres é mais difícil que pelos homens (LIDDEIR; LOCKER, 1997).

6.2 DOR DE DENTE

Poucos estudos investigaram a prevalência da dor de dente em adolescentes e as diferentes metodologias empregadas dificultam a comparação entre os mesmos (HONKALA et al., 2001; BORGES et al., 2008; HACK-COMUNELLO et al., 2008).

Neste estudo, 71,29% dos adolescentes apresentaram dor de dente pelo menos uma vez na vida. Esta prevalência foi muito parecida à encontrada por Hack-Comunello et al., que foi de 71,47% (HACK-COMUNELLO et al., 2008).

Quando se considerou a presença de dor de dente nos últimos seis meses, a prevalência foi de 22,77%. Este resultado é inferior ao encontrado por Borges et al. com adolescentes brasileiros, em que a prevalência foi de 35,60% (BORGES et al., 2008). No entanto, apesar destes autores também utilizarem o período recordatório de seis meses, a prevalência da dor de dentes e gengivas foram investigadas em conjunto. Maior prevalência de dor de dente (37,00%) também foi encontrada em adolescentes da Finlândia, porém com recordatório de 24 meses (HONKALA et al., 2001).

Nos últimos seis meses, as meninas apresentaram maior prevalência de dor de dente em relação aos meninos, mas esta diferença não teve significância estatística. As piores condições bucais das meninas (CPOD maior, maior presença de sangramento gengival e cálculo dentário) podem explicar este fato. Entretanto, não há consenso na literatura científica quanto à associação entre dor de dente e o sexo. Em Florianópolis-SC, o relato de dor foi maior em adolescentes do sexo masculino (BASTOS; NOBURA; PERES, 2005) enquanto no estudo de Borges et al. foi maior em adolescentes do sexo feminino (BORGES et al., 2008).

A causa da dor de dente de maior prevalência relatada pelos adolescentes de Reginópolis foi ao comer ou beber algum alimento, sendo constatada diferença significativa entre os grupos etários, sexos e grupos étnicos deste estudo.

A cárie dentária pode ser considerada uma das principais causas da dor de dente. Constatou-se correlação significativa da dor alguma vez na vida com o

grupo polarizado da doença cárie. No entanto, verificou-se que a relação da dor de dente nos últimos seis meses com a cárie dentária tenha sido inversamente proporcional. Como relatado anteriormente, as meninas tiveram mais dor de dente e maior prevalência de cárie, o que implicaria em correlação positiva entre ambas. Mas a diferença estatística significativa foi observada apenas para o CPOD.

O maior motivo que levou os adolescentes deste estudo a procurarem pelos serviços odontológicos foi prevenção (42,57%). Por outro lado, os adolescentes de 11 a 13 anos de idade procuraram mais o serviço por motivo de dor ou tratamento em relação aos de 14 a 17 anos ($p=0,004$). Este resultado corrobora com estudo realizado no México, em que se observou maior ocorrência de visita ao dentista por motivo de dor de dente dos adolescentes na mesma faixa etária (VILLALOBOS-RODELO et al., 2010).

Neste estudo, 60,39% dos adolescentes tiveram dor de dente moderada ou severa nos últimos seis meses. Fato semelhante foi relatado em estudo de Góes et al. com adolescentes de 14-15 anos de idade em Pernambuco, com prevalência de dor de dente média ou alta, nos últimos seis meses, de 64,10% (GÓES et al., 2007). No entanto, resultado inferior foi encontrado no levantamento nacional de 2003, SB Brasil (BRASIL, 2004), com prevalência de 46,40% de dor de dente, de intensidade média ou alta, nos últimos seis meses, entre adolescentes de 15 a 19 anos de idade. Em Manaus, a intensidade de dor de dente média ou alta, nos últimos três meses, em adolescentes de 12-14 anos de idade foi de 20,70% (CARVALHO; REBELO; VETTORE, 2011). Nota-se que há bastante diversidade nos resultados encontrados na literatura científica em relação à severidade da dor de dente em adolescentes. Possivelmente estas diferenças estão relacionadas às diferentes idades e períodos recordatórios utilizados nos estudos.

6.3 QUALIDADE DE VIDA

A meta para 2020 enfatizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) é minimizar o impacto das doenças bucais e craniofaciais sobre a saúde geral e o bem-estar psicossocial (HOBDELL et al., 2003).

A maioria dos questionários para avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde bucal foi desenvolvida para aplicação em adultos. No entanto, instrumentos que complementam as medidas clínicas, permitindo a avaliação do

impacto psicológico, funcional e social das doenças bucais na qualidade de vida de adolescentes tem sido amplamente utilizados (BRODER et al., 2000; CORTES; MARCENES; SHEIHAM, 2002; OLIVEIRA; SHEIHAM, 2003; FERREIRA; LOUREIRO; ARAÚJO, 2004).

Para 88,12% dos adolescentes deste estudo há impacto da saúde bucal na qualidade de vida. Thelen et al. utilizaram a versão para a Albânia do questionário Oral Impact on Daily Performance (OIDP) e encontraram que 60,9% dos adolescentes tiveram pelos menos um impacto da saúde bucal em seu desempenho diário (THELEN; BARDSSEN; ASTROM, 2011).

Entretanto, para a maioria dos adolescentes deste estudo (79,21%), o impacto das condições bucais na qualidade de vida foi considerado fraco. Este resultado foi inferior ao relatado por Bastos, com 87,95% de impacto fraco das condições bucais na qualidade de vida de adolescentes de 15 a 19 anos de Bauru, SP (BASTOS, 2009).

A dor de dente alguma vez na vida refletiu em impacto na qualidade de vida dos adolescentes avaliados neste estudo, afetando significativamente as dimensões dor física, desconforto psicológico e incapacidade psicológica. No estudo de Feu et al., o desconforto psicológico e a incapacidade psicológica foram as dimensões mais negativamente afetadas, porém estes autores avaliaram o impacto da má-oclusão na qualidade de vida de adolescentes brasileiros (FEU et al., 2008).

Quando se considerou a dor de dente nos últimos seis meses, a correlação com o impacto na qualidade de vida foi observada nas dimensões limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade psicológica e incapacidade social. A diferença observada neste estudo, ao comparar o impacto da dor de dente na qualidade de vida dos adolescentes sob dois aspectos (alguma vez na vida e últimos seis meses) pode ser reflexo da influência do tempo recordatório. Provavelmente, as sensações e os sintomas pelos quais os adolescentes passaram nos últimos seis meses tenham sido melhor lembrados, em relação àqueles vivenciados em algum momento de suas vidas.

6.4 SAÚDE BUCAL

É crescente a preocupação por parte dos pesquisadores na investigação de aspectos relativos à saúde dos adolescentes, bem como no estabelecimento de medidas que visem à obtenção e manutenção de condições aceitáveis de saúde, incluindo a saúde bucal (SANTOS et al., 2007).

A prevalência da cárie dentária neste estudo foi considerada alta, compreendendo 84,16% dos adolescentes avaliados, corroborando com outros estudos realizados nesta mesma faixa etária (MELLO et al., 2008; PERES et al., 2008; BASTOS et al., 2009; BASTOS et al., 2010; SILVA et al., 2010).

A média do índice CPOD encontrado em Reginópolis foi de 4,52, similar ao encontrado por outros autores (BRASIL, 2004; BASTOS et al., 2010; EMERICH; ADAMOWICZ-KLEPALSKA, 2010; SILVA et al., 2010) e maior que em outros estudos e no levantamento nacional de 2010 (MOREIRA et al., 2007; MELLO et al., 2008; PERES et al., 2008; DOMINGOS et al., 2010; SALES-PERES et al., 2010; CARVALHO; REBELO; VETTORE, 2011; DITMYER et al., 2011; BRASIL, 2011).

No presente estudo observou-se diferença significativa na severidade da cárie dentária em relação às idades avaliadas, sendo que os adolescentes com idade entre 14 e 16 anos apresentaram CPOD mais alto, fato este também comprovado na literatura científica (BRASIL, 2004; MOREIRA et al., 2007; NORO et al., 2009; BASTOS et al., 2010; DOMINGOS et al., 2010; EMERICH; ADAMOWICZ-KLEPALSKA, 2010; SILVA et al., 2010; DITMYER et al., 2011). A diferença na prevalência e severidade encontrada nesta faixa etária em relação aos adolescentes de 11 a 13 anos pode ser atribuída ao maior tempo de exposição dos dentes ao ataque cariogênico e ao menor cuidado com a saúde bucal.

Em relação ao sexo foram encontradas diferenças significativas na prevalência da cárie dentária, sendo maior no sexo feminino, CPOD – 5,12, estes dados estão de acordo com alguns autores (MOREIRA et al., 2007; SANTOS et al., 2007; MELLO et al., 2008), no entanto, em outra investigação esta diferença não foi encontrada (PERES et al., 2008). Estes dados podem ser justificados pelo menor cuidado com a saúde bucal, uma vez que a procura por atendimento odontológico na presente pesquisa, tanto preventivo quanto curativo, foi do sexo feminino.

Em relação ao local de moradia do adolescente, observou-se maior CPOD para os residentes na área rural, entretanto não foram observadas diferenças

significativas. Estudos realizados em outros municípios brasileiros encontraram resultados similares, mas com diferenças significativas entre os grupos (PERES et al., 2008).

Observou-se que o componente restaurado teve maior contribuição na média do CPOD em relação aos outros componentes, assim como encontrado em outros estudos, no Brasil e na região sudeste de acordo com o levantamento nacional de 2010 (PERES et al., 2008; BASTOS, 2009; BRASIL, 2011). Em Reginópolis constatou-se diferença significativa do componente restaurado em relação às faixas etárias e sexo dos adolescentes. Maior prevalência de dentes cariados foi encontrada em adolescentes de Manaus (CARVALHO; REBELO; VETTORE, 2011).

O índice significativo de cárie para amostra total foi de 8,28, maior que o relatado em outros estudos brasileiros (SANTOS et al., 2007; MELLO et al., 2008; PERES et al., 2008; BASTOS, 2009; BASTOS et al., 2010) e encontrou-se diferença significativa do SiC entre as faixas etárias em Reginópolis, sendo maior entre os adolescentes de 14 a 16 anos de idade.

O índice de cuidados em Reginópolis foi de 74,40%, maior que o encontrado em Bauru, com índice de 49,27% para os adolescentes do município (BASTOS, 2009).

Os dados referentes à condição periodontal deste estudo mostraram poucos adolescentes em condições saudáveis, 14,85%, sendo que a condição de maior prevalência foi o cálculo dentário (52,48%). Estes achados foram maiores que os apresentados no levantamento nacional brasileiro de 2003, em que os adolescentes apresentaram maior prevalência de cálculo dentário (33,40%) em relação às outras condições. Dados do levantamento nacional de 2010 demonstraram condições periodontais melhores dos adolescentes, sendo que 62,90% e 50,90% apresentavam estas condições, aos 12 anos e 15 anos de idade respectivamente (BRASIL, 2011). Estudo realizado com população ribeirinha do norte de Rondônia apresentou elevada presença de cálculo e de quadrantes excluídos entre os adolescentes avaliados (SILVA et al., 2010). Em Recife-PE, o cálculo dentário também foi a situação mais prevalente, atingindo 37,50% dos adolescentes examinados, enquanto o sangramento foi encontrado em 35,00% da amostra (SANTOS et al., 2007).

Com base nos dados apresentados, a prevalência e a severidade da cárie dentária foram consideradas altas para a população estudada e observou-se a polarização da doença. Em relação à doença periodontal, verificou-se maior ocorrência de cálculo dentário, que é a pior condição registrada pelo índice periodontal comunitário para este estudo. A prevalência das duas condições foram maiores nas meninas que nos meninos, embora esta diferença tenha sido estatisticamente significativa apenas para a cárie dentária. Estes achados podem ter como justificativa a recente fluoretação da água de abastecimento público, que ocorreu há apenas dois anos, sendo que os adolescentes deste trabalho não foram contemplados com os benefícios do flúor durante a infância. Outra justificativa encontrada, diz respeito à falta de projetos educativos e preventivos em saúde bucal que contemplem esta fatia da população. A implementação de ações em saúde bucal, focado na educação e na prevenção em saúde podem favorecer este grupo populacional e proporcionar melhoria nas condições de saúde bucal e na qualidade de vida dos adolescentes.

6.5 ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Embora a saúde bucal seja considerada importante componente da qualidade de vida, parte importante da população brasileira não tem acesso às ações e aos serviços odontológicos (BARROS; BERTOLDI, 2002).

No Brasil, pouco tem sido investigado sobre a frequência de utilização de serviços odontológicos entre adolescentes. Usualmente, recomenda-se que a periodicidade da visita ao dentista seja pelo menos uma vez por ano, para identificação precoce de problemas de saúde bucal, em especial entre crianças e adolescentes (PINHEIRO et al., 2006).

Em Reginópolis, todos os adolescentes afirmaram ter passado pelo menos uma vez na vida por uma consulta odontológica. De acordo com dados do levantamento epidemiológico de saúde bucal realizado no país em 2003 (SBBrasil 2003), aproximadamente 14,00% dos adolescentes brasileiros nunca foram ao cirurgião-dentista, situação similar foi apresentada pelo levantamento de 2010 em que este percentual diminuiu para 13,60% na faixa etária de 15 a 19 anos e atingiu 18,10% dos adolescentes aos 12 anos de idade.

No presente estudo, a proporção de adolescentes que procuraram por atendimento odontológico há menos de um ano (70,30%) foi superior à relatada por Gibilini et al. (60,10%), Lisboa e Abegg (67,10%) e aos dados referentes ao levantamento de saúde bucal no Brasil em 2003 (48,50%) e em 2010 (56,60% aos 12 anos e 53,90% entre 15 e 19 anos) (BRASIL, 2004; LISBOA; ABEGG, 2006; GIBILINI et al., 2010; BRASIL, 2011).

Este estudo não encontrou associação entre sexo e utilização de serviços odontológicos, semelhante aos resultados encontrados por outros dois estudos brasileiros com adolescentes (PINHEIRO et al. 2002; FREDDO et al., 2008). Talvez a influência do sexo no acesso aos serviços não seja verificada para a faixa etária estudada porque muitos deles ainda são dependentes dos pais para a marcação de consultas.

Os principais motivos pela última procura pelos serviços odontológicos foram prevenção em primeiro lugar (42,57%), em segundo tratamento (40,59%) e em terceiro dor (16,83%), corroborando com os resultados encontrados por alguns estudos (LISBOA; ABEGG, 2006; MIALHE et al., 2010) e diferindo de alguns trabalhos que encontraram procura por tratamento em mais de 50,00% da amostra estudada (BOTTAN; OGLIO; ARAÚJO, 2007; FREDDO et al., 2008).

Os adolescentes de 11 a 13 anos de idade de Reginópolis procuraram mais o serviço por motivo de dor ou tratamento em relação aos adolescentes de 14 a 17 anos ($p=0,004$). Este fato já foi evidenciado em outros estudos (BARROS; BERTOLDI, 2002; ROCHA; GOES, 2008) e reforça a teoria de que, com o avançar da idade, ocorre redução do acesso aos serviços.

O índice de cuidados reflete a capacidade do sistema de saúde municipal em suprir as necessidades de tratamento odontológico em relação à cárie dentária e este índice foi de 74,40% para os adolescentes de Reginópolis, demonstrando o acesso ao serviço de saúde do município. Investigou-se o perfil dos pacientes agendados e atendidos no centro de saúde municipal. As informações obtidas referem-se aos últimos seis meses que precederam este estudo, com características da idade (ciclo de vida), sexo e tipo de atendimento (agendado ou urgência) prestado aos pacientes. Do total de pacientes agendados neste período, 18,82% eram adolescentes, mas aproximadamente a metade faltou à consulta odontológica. Quanto aos pacientes atendidos nestes últimos seis meses, os adolescentes representaram 14,50% do atendimento agendado e 4,26% do atendimento de

urgência. Contradizendo estes dados, as respostas obtidas do questionário de acesso revelaram que 53,47% procuraram o serviço de saúde nos últimos seis meses e 70,00% afirmaram que procuram o serviço público para tratamento.

O índice de cuidados traz uma resposta do trabalho desenvolvido no passado e que teve grande contribuição do atendimento odontológico realizado na escola. Com o panorama apresentado da realidade do atendimento odontológico municipal aos adolescentes, políticas de saúde devem ser implementadas para estimular a procura e ampliar o acesso ao serviço de saúde.

7 Conclusões

7 CONCLUSÕES

De acordo com os resultados obtidos, pode-se concluir que:

- a.** A prevalência do medo foi alta, mas de baixa intensidade. Observou-se maior ocorrência do medo em adolescentes de 11 a 13 anos de idade, do sexo feminino, etnia branca e da localidade urbana, embora as diferenças entre os grupos não sejam significativas;
- b.** A prevalência da ansiedade foi alta e de baixa intensidade. Verificou-se diferença significativa entre a ansiedade e os grupos etários e localidades das moradias, sendo maior nos adolescentes entre 11 e 13 anos de idade e que moram na área urbana do município;
- c.** A prevalência da dor de dente nos adolescentes avaliados foi alta e de moderada intensidade. A maior ocorrência e severidade da dor foram relatadas pelos adolescentes de 11 a 13 anos de idade;
- d.** As condições de saúde bucal impactaram a qualidade de vida da maioria dos adolescentes de Reginópolis, no entanto, este impacto foi fraco;
- e.** A prevalência e severidade da cárie dentária foram consideradas altas, sendo que os adolescentes de 14 a 16 anos de idade e do sexo feminino apresentaram piores condições de saúde bucal. A maioria dos adolescentes não apresentou condições periodontais saudáveis.
- f.** A maioria dos adolescentes procurou atendimento odontológico a menos de um ano e em maior parte para prevenção. O acesso por motivo de dor e tratamento foi feito por adolescentes entre 11 e 13 anos de idade em sua maioria;
- g.** O medo e a dor de dente tiveram impacto na qualidade de vida dos adolescentes. Além disso, a dor de dente teve impacto na saúde bucal e no acesso ao serviço de saúde.

Referências

REFERÊNCIAS

- Aberastury A, Knobel M. Adolescência normal. 10ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1982.
- Adulyanon S, Sheiham A. Oral impacts on daily performances. In: Slade D, editor. Measuring oral health and quality of life. Chapel Hill, NC: University of North Carolina; 1997. p. 151–60.
- Akbay Oba A, Dülgergil CT, Sönmez IS. Prevalence of dental anxiety in 7- to 11-year-old children and its relationship to dental caries. *Med Princ Pract*. 2009;18(6):453-7.
- Anderson JW. Fear in dental chair. *Oral Health*. 1997;87:9-12.
- 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. p. 49-67.
- Assis SG, Avanci JQ, Silva CMFP, Malaquias JV, Santos NC, Oliveira RVC. A representação social do ser adolescente: um passo decisivo na promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(3):669-680, 2003
- Assumpção Jr. FB, Kuczynski E, Sprovieri MH, Aranha EMG. Escala de avaliação de qualidade de vida: AUQEI (Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Imagé) validade e confiabilidade de uma escala para qualidade de vida em crianças de 4 a 12 anos. *Arq neuropsiquiatr*. 2000;58(1):119-27.
- Baptista A, Carvalho M, Lory F. O medo, a ansiedade e as suas perturbações. *Psicologia*. 2005;19(1-2):267-77.
- Barrêto EP, Ferreira EF, Pordeus IA. Estudo de prevalência, gravidade e impacto da dor de dente infantil. *Rev. Ibero-am odontopediatr. Odontol Bebê*. 2005;8(44):414-26.
- Barros AJD, Bertoldi AD. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002;7:709-17.
- Bassols A, Bosch F, Campillo M, Canellas M, Banos JE. Na epidemiological comparison of pain complaints in the general population of Catalonia (Spain). *Pain*. 1999;83: 9-16.
- Bastos JL, Gigante DP, Peres KG. Toothache prevalence and associated factors: a population based study in southern Brazil. *Oral Dis*. 2008;14:320-6.
- Bastos JLD, Nomura LH, Peres MA. Dental pain, socioeconomic status, and dental caries in young male adults from southern Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2005;21:1416-23.

Bastos RS, Silva RP, Maia-Junior AF, Carvalho FS, Merlini S, Caldana ML, et al. Dental caries profile in Monte Negro, Amazonian state of Rondônia, Brazil, in 2008. *J Appl Oral Sci.* 2010;18(5):437-41.

Bastos RS. Impacto das condições de saúde bucal em relação à qualidade de vida de adolescentes escolares de 15 a 19 anos, numa dicotomia socioeconômica, no município de Bauru, São Paulo, 2009. Tese (Doutorado). Faculdade de Odontologia de Bauru. Universidade de São Paulo, Bauru. 2009. 154 p.

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 Saúde Pública.* 2008;24(8):1825-34.

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.

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

Brasil. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família: equipes de saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003 - condições de saúde bucal da população brasileira: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 51p.

Brasil. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Manual da Equipe de Campo. Projeto SB Brasil 2010. Brasília, DF. 2009. 53p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2010 – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 92p.

Broder HL, Slade G, Caine R, Reisine S. Perceived impact of oral health conditions among minority adolescents. *Journal of Public Health Dentistry.* 2000;60(3):189-92.

Broder HL, Wilson-Genderson M. Reliability and convergent and discriminant validity of the Child Oral Health Impact Profile (COHIP Child's version). *Community Dent Oral Epidemiol.* 2007;35(Suppl 1):20-31.

Brown JC. Patient noncompliance: a neglected topic in dentistry. *J Am Dent Assoc* 1981; 103:567-9.

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. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16(10):4107-14.

Carvalho PC, Massara ML, Carvalho MBS. O adolescente e a odontologia. In: Maakaroun MF, Souza RP, Cruz AR. *Tratado de adolescência: um estudo multidisciplinar*. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 1991. p.885-917.

Cesar J, Moraes AB, Milgron P, Kleinknecht RA. Cross validation of a brazilian version of the dental fear survey. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1993;21:148-50.

Colares V, Caraciolo GM, Miranda AM, Araújo GVB, Guerra P. Medo e/ou ansiedade como fator inibitório para a visita ao dentista. *Arq em Odont*. 2004;40(1):59-72.

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

Cortes MI, Marcenes W, Sheiham A. Impact of traumatic injuries to the permanent teeth on the oral health-related quality of life in 12-14-year-old children. *Community dent oral epidemiol*. 2002;30(3):193-8.

Costa SM, Moraes ABA. Medo em odontologia: um estudo com escolares. *Rev Bras Odontol*. 1994;51(5):26-31.

Crofts-Barnes NP, Brough E, Wilson KE, Beddis AJ, Girdler NM. Anxiety and quality of life in phobic dental patients. *J Dent Res*. 2010;89(3):302-6.

Dao TT, LeResche L. Gender differences in pain. *J Orofac Pain*. 2000;14:169-84.

Ditmyer M, Dounis G, Mobley C, Schwarz E. Inequalities of caries experience in Nevada youth expressed by DMFT index vs. Significant Caries Index (SiC) over time. *BMC Oral Health*. 2011;11:12.

Domingos PAS, Ribeiro DG, Dinelli W, Staufackar CA, Campos JADB. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal de crianças em um município brasileiro. *Arq Odontol*. 2010;46(2):82-7.

Ekanayake L, Mendis R. Self-reported use of dental services among employed adults in Sri Lanka. *Int Dent J*. 2002;52:151-5.

Emerich K, Adamowicz-Klepalska B. Trends in dental caries experience among children and adolescents in northern Poland between 1995 and 2003. *Community Dent Health*. 2010;27(4):218-21.

Feitosa S, Colares V, Pinkham J. The pschosocial effects of severe caries in 4-year-old children in Recife, Pernambuco, Brazil. *Cad Saúde Publica*. 2006;21:1550-6.

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

Ferreira CM, Gurgel-Filho ED, Valverde GB, Moura EH, Deus G, Coutinho-Filho T. Ansiedade odontológica: nível, prevalência e comportamento. *RBPS*. 2004;17(2):51-5.

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.

Freddo SL, Aerts DRGC, Abegg C, Davoglio R, Vieira PC, Monteiro L. Hábitos de higiene bucal e utilização de serviços odontológicos em escolares de uma cidade da Região Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(9):1991-2000.

Gherunpong S, Tsakos G, Sheiham A. Developing and evaluating an oral health-related quality of life index for children; the CHILD-ODP. *Community Dent Health*. 2004;21:161-9.

Gibilini C, Esmeriz CEC, Volpato LF, Meneghim ZMAP, Silva DD, Sousa MLR. Acesso a serviços odontológicos e auto-percepção da saúde bucal em adolescentes, adultos e idosos. *Arquivos em Odontologia*. 2010;46(4):213-23.

Goes PS, Watt R, Hardy RG, Sheiham A. The prevalence and severity of dental pain in 14-15 year old Brazilian schoolchildren. *Community Dent Health*. 2007;24(4):217-24.

Góes PSA, Kosminsky M, Siqueira JTT, Ribeiro MFP. Dor orofacial. In: Antunes JLF, Peres MA, Crivello Júnior O, organizadores. *Epidemiologia da saúde bucal*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 102-14.

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

Hack-Comunello SM, Michel-Crosato E, Biazevic MGH, Crosato E. Dor dental e condição sócio-econômica: um estudo censitário em escolares. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2008;8(1):63-7.

Hinds P. Quality of life in children and adolescents with cancer. *Semin Oncol Nurs*. 1990;6(4):285-91.

Hobdell M, Petersen PE, Clarkson J, Johnson N. Global goals for oral health 2020. *Int Dent J*. 2003;53:285-8.

Honkala E, Honkala S, Rimpelä A, Rimpelä M. The trend and 3. risk factors of perceived toothache among Finnish adolescents from 1977 to 1997. *J Dent Res*. 2001;80(9):1823-7.

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

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Acesso e utilização de serviços de saúde: PNAD 1998. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2000.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Acesso e utilização de serviços de saúde: PNAD 2003. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2005.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População brasileira segundo o Censo 2010. [acesso em 2011 jun 06]. Disponível em: www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/total_populacao_sao_paulo.pdf

International Association for the Study of Pain. Part III: pain terms, a current list with definitions and notes on usage. [acesso em 2011 jul 12]. Disponível em: http://www.iaspain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Definitions&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=1728.

Jensen M, Karoly P. Self-report scales and procedures for assessing pain in adults. In: Turk D, Melzak R (Eds.). The Handbook of pain assessment. New York: Guildford Press; p, 135-51, 1992.

Jensen MP, Turner LR, Turner JA, Romano JM. The use of multiple-item scales for pain intensity measurement. Pain. 1996;67:35-40.

Jokovic A, Locker D, Stephe 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.

Josgrilberg EB, Cordeiro RCL. Aspectos psicológicos do paciente infantil no atendimento de urgência. Odontologia clínico-científica. 2005;4(1):13-9.

Kanegane K, Penha SS, Borsatti MA, Rocha RG. Ansiedade ao tratamento odontológico em atendimento de urgência. Rev Saúde Pública. 2003;37(6):786-92.

Kanegane K, Penha SS, Borsatti MA, Rocha RG. Ansiedade ao tratamento odontológico no atendimento de rotina. RGO. 2006;54(2):111-4.

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

Lacerda JT, Simionato EM, Peres KG, Peres MA, Traebert J, Marcenes W. Dor de origem dental como motivo de consulta odontológica em uma população adulta. Rev Saúde Pública. 2004;38(3):453-8.

Leão ATT, Cidade MC, Varela JR. Impactos da saúde periodontal na vida diária. Rev bras odontol. 1998;55(4):238-41.

Lia NE, Toledo OA. A dor em odontopediatria. In: Toledo OA. Odontopediatria - fundamentos para a prática clínica. 3 ed. São Paulo: Premier, 2005, p.75-84.

- Liddeir A, Locker D. Gender and age differences in attitudes of dental pain and dental control. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1997;25:314-8.
- Lipton JA, Ship JA, Larach-Robinson D. Estimated prevalence and distribution of reported orofacial pain in the United States. *J Am Dent Assoc*. 1993;124:115-21.
- Lisboa IC, Abbeg C. Hábitos de higiene bucal e uso de serviços odontológicos por adolescentes e adultos no Município de Canoas, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Epidemiol Serv Saúde*. 2006; 15(4):29-39.
- Locker D, Liddell A, Shapiro D. Diagnostic categories of dental anxiety: a population-based study. *Behav Research and Therapy*. 1999;37: 25-37.
- Locker D. Psychosocial consequences of dental fear and anxiety. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2003;31(2):144-51.
- López R, Baelum V. Oral Health Impact of Periodontal Diseases in Adolescents. *J Dent Res*. 2007;86(11):1105-09.
- Macfarlane TV, Blinkhorn AS, Davies RM, Kincey J, Worthington HV. Oro-facial pain in the community: prevalence and associated impact. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2002;30(1): 52-60.
- Macfarlane TV, Blinkhorn AS, Davies RM, Worthington HV. Association between local mechanical factors and orofacial pain: survey in the community. *J Dent Res* 2003;31(8):535-42.
- Marques KBG, Gradvohl MPB, Maia MCG. Medo e ansiedade prévios à consulta odontológica em crianças do município de Acaraú-CE. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2010;23(4):358-67.
- McGrath C, Broder H, Wilson-Genderson M. Assessing the impact of oral health on the life quality of children: implications for research and practice. *Community dent oral epidemiol*. 2004;32(2):81-5.
- Mello T, Antunes J, Waldman E, Ramos E, Relvas M, Barros H. Prevalence and severity of dental caries in schoolchildren of Porto, Portugal. *Community Dent Health*. 2008;25(2):119-25.
- Melzak R, Katz J. The McGill questionnaire: appraisal and current status. In: Turk D, Melzak R (Eds.). *The Handbook of Pain Assessment*. New York: Guildford Press; p, 152-68, 1992.
- Mialhe FL, Possobon RF, Boligon F, Menezes MA. Medo odontológico entre pacientes atendidos em um serviço de urgência. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2010;10(3):483-7.
- Moreira PV, Rosenblatt A, Passos IA. Prevalência de cárie em adolescentes de escolas públicas e privadas na cidade de João Pessoa, Paraíba, Brasil. *Cien Saude Colet*. 2007;12(5):1229-36.

- Narvaez RO. Salud integral del adolescente: su abordaje interdisciplinario. *Adolescencia Latinoamericana* 1997; 1(1):5-10.
- Nathan JE. Behavioral management strategies for Young pediatric dental patients with disabilities. *ASDC J Dent Child*. 2001;68(2):89-101.
- Newton JT, Khan FA, Bhavnani V, Pitt J, Gelbier S, Gibbons DE. Self-assessed oral health status of ethnic minority residents of South London. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2000;28(6):424-34.
- Nomura LH, Bastos JLD, Peres MA. Dental pain prevalence and association with dental caries and socioeconomic status in schoolchildren, Southern Brazil, 2002. *Braz Oral Res*. 2004;18:134-40.
- Noro LR, Roncalli AG, Mendes Júnior FI, Lima KC. Incidência de cárie dentária em adolescentes em município do Nordeste brasileiro, 2006. *Cad Saude Publica*. 2009;25(4):783-90.
- Oliveira CM, Sheiham A. The relationship between normative orthodontic treatment need and oral health-related quality of life. *Community dent oral epidemiol*. 2003;31(6):426-36.
- Organização Mundial da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Família e Saúde. Tema 4.7 da Agenda Provisória, 55ª Sessão do Comitê Regional / 44º Conselho Diretor. Washington, 14p., setembro, 2003.
- Pereira LHMC, Ramos DLP, Crosato E. Ansiedade e dor em odontologia – enfoque psicofisiopatológico. *Rev APCD*. 1995;49:285-90.
- Peres SH, Carvalho FS, Carvalho CP, Bastos JR, Lauris JR. Polarização da cárie dentária em adolescentes, na região sudoeste do Estado de São Paulo, Brasil. *Cien Saude Colet*. 2008;13(Supl 2):2155-62.
- Pinheiro RS, Aguiar FP, Sass PE, Vilela MJN. Diferenças no uso de serviços odontológicos entre os estados do Brasil: uma análise baseada em modelos hierárquicos. *Cad Saúde Colet*. 2006;14:141-8.
- Pinheiro RS, Torres TZG. Access to oral health services between Brazilian States. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006; 11:999-1010.
- Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002;4:687-707.
- Pinto VG. *Saúde Bucal Coletiva*. 5. ed. São Paulo: Santos; 2008.
- Possobon RF, Carrascoza KC, Moraes ABA, Costa-Junior AL. O tratamento odontológico como gerador de ansiedade. *Psicologia em Estudo*. 2007;12(3):609-16.
- Ramos-Jorge ML, Cardoso M, Marques LS, Bosco VL, Rocha MJC. Associação entre experiência odontológica na infância e ansiedade odontológica na adolescência. *Arquivos em Odont*. 2004;40(3):291-301.

- Ratnayake N, Ekanayake L. Prevalence and impact of oral pain 5. in 8-year-old children in Sri Lanka. *Int J Paediatr Dent*. 2005;15(2):105-12.
- Ravaghi V, Ardakan MM, 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(1):82-8.
- Rocha RG, Araújo MAR, Soares MS, Borsatti MA. O medo e a ansiedade no tratamento odontológico: controle através de terapêutica medicamentosa, In: Feller C, Gorab R. *Atualização na Clínica Odontológica*. São Paulo: Ed. Artes Médicas; 2000. p.387-410.
- Roncalli AG. National oral health survey in 2010 shows a major decrease in dental caries in Brazil. *Cad Saude Publica*. 2011;27(1):4-5.
- Rosa AL, Ferreira CM. Ansiedade odontológica: nível de ansiedade, prevalência e comportamento dos indivíduos ansiosos. *RBO*. 1997;54:171-4.
- Sales-Peres SH, Goya S, Sant'Anna RM, Silva HM, Sales-Peres AeC, Silva RP, et al. Prevalência de sobrepeso e obesidade e fatores associados em adolescentes na região centro-oeste do estado de São Paulo (SP, Brasil). *Cien Saude Colet*. 2010;15(Suppl 2):3175-84.
- Santos NCN, Alves TD, Freitas VS, Jamelli SR, Cavalcanti Sarinho ES. A saúde bucal de adolescentes: aspectos de higiene, de cárie dentária e doença periodontal nas cidades de Recife, Pernambuco e Feira de Santana, Bahia. *Cien Saude Colet*. 2007;12(5):1155-66.
- SEADE. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Governo do Estado de São Paulo. Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento Regional. [acesso em 2012 jan 16]. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfilMunEstado.php>
- Seidl EM, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad saúde pública*. 2004;20(2):580-8.
- Sevenhuysen GP, Trumble-Waddell J. A new perspective on quality of life. *J clin epidemiol*. 1997;50(3):231-2.
- Severo IF, Colares V, Rosenblatt A. Abordagem psicológica do adolescente pelos cirurgiões-dentistas da cidade do Recife. *Rev Iberoam Odontopediatr Odontol Bebê* 2004; 7(38):377-86.
- Sheiham A. A determinação de necessidades de tratamento odontológico: uma abordagem social. In: Pinto VG (org.). *Saúde bucal coletiva*. São Paulo: Editora Santos; 2000. p. 223-42.
- Shepherd MA, Nadanovsky P, Sheiham A. The prevalence and 6. impact of dental pain in 8-year-old school children in Harrow, England. *Br Dent J*. 1999;187(1):38-41.

Silva RHA, Bastos JRM, Mendes HJ, Castro RFM, Camargo LMA. Cárie dentária, índice periodontal comunitário e higiene oral em população ribeirinha. *Rev Gaúcha Odontol.* 2010;58(4):457-62.

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, Spencer AJ. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Health.* 1994;11(1):3-11.

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

Slade GD. Epidemiology of dental pain and dental caries among children and adolescents. *Community Dent Health.* 2001;18:219-27.

Sternbach R. Pain and 'hassles' in the United States: findings of the Nuprin pain report. *Pain.* 1986;27(1): 69-80.

Thelen DS, Bardsen A, Astrøm AN. Applicability of an Albanian version of the OIDP in an adolescent population. *International Journal of Paediatric Dentistry.* 2011;21:289–98.

Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saude Publica.* 2004;20(supl.2):190-8.

Unglert, CVS, Rosenburg CP, Junqueira CB. Acesso aos serviços de saúde: uma abordagem de geografia em saúde pública. *Rev. Saude Publica.* 1987;21(5):439-46.

Villalobos-Rodelo JJ, Medina-Solís CE, Maupomé G, Lamadrid-Figueroa H, Casanova-Rosado AJ, Casanova-Rosado JF et al. Dental needs and socioeconomic status associated with utilization of dental services in the presence of dental pain: a case-control study in children. *J Orofac Pain.* 2010;24(3):279-86.

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

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. WHOQOL:measuring quality of life. The World Health Organization quality of life instruments. Geneva: World Health Organization, 1997.

Apêndice

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos Pais ou Responsáveis.

1ª Via – Pais ou Responsáveis

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezados Pais ou Responsáveis,

Pedimos aos senhores autorização para a participação de seus filhos nesta pesquisa que acontecerá na escola em que eles estudam. Será feito um exame da boca para verificar as condições de saúde bucal, como a presença de cárie e doença na gengiva. O exame não causará risco ou desconforto, serão utilizados instrumentais esterilizados e materiais descartáveis, lembrando que seguimos todas as normas de higiene e limpeza. Havendo necessidade de tratamento, os pais ou responsáveis serão avisados e os seus filhos serão encaminhados para o centro de saúde do município ou para o profissional de sua confiança. Serão entregues questionários para seus filhos responderem com perguntas sobre qualidade de vida, acesso ao serviço de saúde, dor de dente e medo ao atendimento do dentista. Esses questionários são simples e levam em torno de quinze minutos para serem respondidos. Quanto ao benefício, serão realizadas palestras educativas e preventivas em saúde bucal, colaborando na prevenção das doenças bucais. A participação de seu filho é voluntária. Assim como se houver vontade em retirar o seu filho do estudo em qualquer momento, não haverá nenhum problema. Os dados individuais dos seus filhos serão mantidos em sigilo, sendo manipulados somente pelo responsável pela pesquisa, assegurando proteção de sua imagem e respeitando valores morais, culturais, religiosos, sociais e éticos. Os resultados obtidos serão analisados e posteriormente divulgados para todos os interessados, a população em geral e em eventos científicos, mas sua identidade não será divulgada nestas apresentações, nem serão utilizadas quaisquer informações que permitam sua identificação. O pesquisador estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo (FOB-USP). Quaisquer dúvidas poderão ser esclarecidas pelo cirurgião-dentista Fábio Silva de Carvalho (3589-9108) ou reclamações com a Maristela no Comitê de Ética em Pesquisa da FOB – USP (3235-8356).

Pedimos a sua autorização e contamos com a sua participação.

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr. (a) _____, Portador (a) da cédula de identidade _____, responsável pelo(a) menor(a) _____, 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 tornaram-se confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional (Art. 9º do Código de Ética Odontológica).

Por estarem de acordo assinam o presente termo.

Reginópolis - SP, _____ de _____ de 2011.

Assinatura do Responsável

Assinatura do Pesquisador

Anexos

ANEXO A - Autorização da Escola Estadual Prof. Carlos Corrêa Viana, Reginópolis-SP.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO
COORDENADORIA DE ENSINO DO INTERIOR
DIRETORIA DE ENSINO REGIÃO DE BAURU - BAURU
ESCOLA ESTADUAL "PROF. CARLOS CORRÊA VIANNA"
RUA PADRE MOISÉS DE MIRANDA, 222-REGINÓPOLIS/ SP -CEP 17.190-000
Fone/Fax (014) 3589-1101

AUTORIZAÇÃO

A Escola Estadual Prof. Carlos Corrêa Vianna autoriza a realização da pesquisa intitulada: **"Medo, ansiedade e dor de dente em adolescentes: impacto na qualidade de vida, na saúde bucal e no acesso aos serviços de saúde"**, de autoria de Fabio Silva de Carvalho e sob a orientação do Prof. Dr. José Roberto de Magalhães Bastos, da Faculdade de Odontologia de Bauru- Universidade de São Paulo.

Atenciosamente

Reginópolis, 03 de junho de 2011

Carolina Araújo de Sousa Verissimo
Diretor de Escola – RG. 7.777.383

ANEXO B - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo.

Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia de Bauru

Al. Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75 – Bauru-SP – CEP 17012-901 – C.P. 73
PABX (0XX14)3235-8000 – FAX (0XX14)3223-4679

Comitê de Ética em Pesquisa (14)3235-8356
e-mail: mferrari@fob.usp.br

Processo nº 090/2011

Bauru, 30 de junho de 2011.

Senhor Professor,

O projeto de pesquisa encaminhado a este Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, denominado **"Medo, ansiedade e dor de dente em adolescentes: Impacto na qualidade de vida, na saúde bucal e no acesso aos serviços de saúde"**, de autoria de Fábio Silva de Carvalho, que será desenvolvido sob sua orientação, foi enviado ao relator para avaliação e apreciado em reunião realizada no dia **29 de junho 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 Odontopediatria, Ortodontia e Saúde Coletiva

ANEXO C - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo do relatório final da pesquisa.

Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia de Bauru

Comitê de Ética em Pesquisa

Proc. CEP nº 090/2011

Bauru, 5 de abril de 2012.

Senhor Professor,

Informamos Vossa Senhoria que após análise por um Relator deste Comitê de Ética em Pesquisa, o **Relatório Final** do trabalho de pesquisa **Medo, ansiedade e dor de dente em adolescentes: Impacto na qualidade de vida, na saúde bucal e no acesso aos serviços de saúde**, de autoria de Fábio Silva de Carvalho, sob sua orientação, foi **APROVADO** em reunião deste Comitê, realizada no dia **28 de março de 2012**.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Flávio Augusto Cardoso de Faria
Coordenador

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

Al. Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75 - Bauru-SP - CEP 17012-101 - C.P. 78
e-mail: cep@fob.usp.br - Fone/FAX (0xx14) 3235-9356
http://www.fob.usp.br

ANEXO D - Questionário Dental Fear Survey

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 citada 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 citadas 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 E - Modified Dental Anxiety Scale

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 F - Questionário de Dor de Dente de acordo com Góes (2001)

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 seis 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?

☐ Não lembro
☐ Menos de uma hora
☐ Mais de uma hora
☐ O dia inteiro
☐ Mais de um dia

5. Você pode escolher das palavras abaixo a que melhor pode descrever a sua dor de dente?

☐ Sem dor
☐ Leve
☐ Desconfortável
☐ Estressante
☐ Horrível
☐ Intolerável

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

7. Qual foi a principal causa da sua dor de dente? Você só pode marcar uma alternativa.

☐ Não me lembro
☐ Buraco ou cavidade no dente
☐ Ao comer ou beber algum alimento
☐ Durante tratamento odontológico (obturações, canal, extração, aparelho, etc)
☐ Quando um dente quebrou ou nasceu

8. Marque um círculo no desenho a seguir que melhor representa a região da sua face em que você sentiu dor:

ANEXO G - Questionário Oral Health Impact Profile (OHIP-14)

Nos últimos seis meses, por causa de problemas com seus dentes ou sua boca:					
	Nunca	Difícilmente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
Você teve problema para falar alguma palavra?	()	()	()	()	()
Você sentiu mudança no sabor dos alimentos?	()	()	()	()	()
Você sentiu dor?	()	()	()	()	()
Você teve desconforto para comer qualquer alimento?	()	()	()	()	()
Você ficou preocupado?	()	()	()	()	()
Você se sentiu estressado?	()	()	()	()	()
A sua alimentação ficou ruim?	()	()	()	()	()
Você teve que parar alguma refeição?	()	()	()	()	()
Você teve dificuldade para descansar?	()	()	()	()	()
Você se sentiu envergonhado?	()	()	()	()	()
Você ficou irritado com outras pessoas?	()	()	()	()	()
Você teve dificuldade para realizar suas atividades diárias?	()	()	()	()	()
Você sentiu que a vida ficou pior?	()	()	()	()	()
Você ficou totalmente incapaz de realizar suas atividades diárias?	()	()	()	()	()

ANEXO H - Questionário de Acesso ao Serviço de Saúde baseado na Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD, 1998)

- 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
() Outros serviços _____
- 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 ou profissional especializado
() Não podia pagar () Esperou muito e desistiu
() Outro motivo _____
- 8- **Atendimento odontológico foi através de plano de saúde?**
() Não () Sim
- 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
() Tratamento () Outro: _____