



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO
ADOLESCENTE

CAROLINA THAIZA COSTA PAZOS

Mediação entre autoestima e comportamentos de saúde bucal em
adolescentes

Recife

2017

CAROLINA THAIZA COSTA PAZOS

Mediação entre autoestima e comportamentos de saúde bucal em
adolescentes

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Sávio Angeiras de Goes

Área de concentração: Abordagens Quantitativas em Saúde

Linha de Pesquisa: Estudos da Morbimortalidade da Criança

Recife

2017

Catálogo na Fonte
Bibliotecária: Mônica Uchôa- CRB4-1010

P348m Pazos, Carolina Thaiza Costa.
Mediação entre autoestima e comportamentos de saúde bucal em adolescentes / Carolina Thaiza Costa Pazos. – 2017.
96 f.: il.; tab.; 30 cm.

Orientador: Paulo Sávio Angeiras de Góes.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente. Recife, 2017.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Autoestima. 2. Comportamentos saudáveis. 3. Saúde bucal. 4. Adolescente. I. Góes, Paulo Sávio Angeiras de (Orientador). II. Título.

618.92

CDD (23.ed.)

UFPE (CCS2017-098)

CAROLINA THAIZA COSTA PAZOS

**MEDIAÇÃO ENTRE AUTOESTIMA E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE BUCAL
EM ADOLESCENTES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente.

Aprovada em: 17/02/2017.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Cláudia Marina Tavares de Araújo (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Prof^ª. Dr^ª. Silvia Regina Jamelli (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Prof^ª. Dr^ª. Nilcema Figueiredo (Examinador Externo)
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

REITOR

Prof. Dr. Anísio Brasileiro de Freitas Dourado

VICE-REITOR

Prof^a. Dr^a. Florisbela de Arruda Câmara e Siqueira Campos

PRÓ-REITOR PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

Prof. Dr. Ernani Rodrigues Carvalho Neto

DIRETOR CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Prof. Dr. Nicodemos Teles de Pontes Filho

VICE-DIRETORA

Profa. Dra. Vânia Pinheiro Ramos

COORDENADORA DA COMISSÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO DO CCS

Profa. Dra. Jurema Freire Lisboa de Castro

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

COLEGIADO

CORPO DOCENTE PERMANENTE

Profa. Dra. Luciane Soares de Lima (Coordenadora)

Profa. Dra. Claudia Marina Tavares de Araújo (Vice-Cordenadora)

Prof. Dr. Alcides da Silva Diniz

Profa. Dra. Ana Bernarda Ludermir

Profa. Dra. Andréa Lemos Bezerra de Oliveira

Prof. Dr. Décio Medeiros Peixoto

Prof. Dr. Emanuel Savio Cavalcanti Sarinho

Profa. Dra. Estela Maria Leite Meirelles Monteiro

Profa. Dra. Gisélia Alves Pontes da Silva

Prof. Dr. José Ângelo Rizzo

Profa. Dra. Maria Gorete Lucena de Vasconcelos

Profa. Dra. Marília de Carvalho Lima

Prof. Dr. Paulo Sávio Angeiras de Goes

Prof. Dr. Pedro Israel Cabral de Lira

Profa. Dra. Poliana Coelho Cabral

Profa. Dra. Sílvia Wanick Sarinho

Profa. Dra. Sophie Helena Eickmann

(Maria de Fátima Cordeiro Trajano - Representante discente - Doutorado)

(Rhayssa Ferreira Brito - Representante discente -Mestrado)

CORPO DOCENTE COLABORADOR

Profa. Dra. Bianca Arruda Manchester de Queiroga

Profa. Dra. Cleide Maria Pontes

Profa. Dra. Daniela Tavares Gontijo

Profa. Dra. Kátia Galeão Brandt

Profa. Dra. Margarida Maria de Castro Antunes

Profa. Dra. Rosalie Barreto Belian

Profa. Dra. Silvia Regina Jamelli

SECRETARIA

Paulo Sérgio Oliveira do Nascimento (Secretário)

Juliene Gomes Brasileiro

Dedico esta dissertação à minha mãe, Iane. Que com sua extrema bondade, amor, força e alegria torna meus sonhos possíveis e minha vida iluminada!

AGRADECIMENTOS

A **Deus** por ter me proporcionado vida, saúde, grandes realizações e milagres. Em inúmeros momentos Ele me carregou nos seus braços. Sem Ele nada seria possível!

Aos meus pais, **Manoel e Iane**. Muito obrigada por acreditar, investir, sonhar e cuidar de mim. Donos dos melhores carinhos e conversas, vocês são meus anjos e fortaleza! Meu amor e gratidão por vocês são indescritíveis!

Às minhas tias, **Maria do Carmo e Aila**, pelos constantes incentivos e afeto. Vocês são fundamentais em minhas conquistas.

Ao meu orientador **Prof. Dr. Paulo Goes**, a quem tenho extrema admiração! Professor, muito obrigada pela confiança, paciência e generosidade em compartilhar comigo parte de seus conhecimentos e momentos de aprendizado.

Aos amigos, que pude cativar e cultivar. **Nathália Souza, Carolina Aschoff, Laís Costa, Silvia Carréra, Aline Priscila, Paulo Nascimento e Genivaldo Moura**, saibam que em muitos momentos Deus usou vocês como instrumento para que eu continuasse a perseverar nos meus sonhos. Serei extremamente grata por todo apoio, compreensão e lealdade!

Aos meus queridos colegas da **turma ME30**. Vocês tornaram os momentos árduos mais leves e as conquistas mais alegres. Sentirei saudade!

E ao **corpo docente e funcionários do Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal de Pernambuco**, que me acolheram e contribuíram ricamente com minha formação pessoal e profissional.

“Não é sobre chegar no topo do mundo e saber que venceu. É sobre escalar e sentir que o caminho te fortaleceu. É sobre ser abrigo e também ter morada em outros corações. E assim ter amigos contigo em todas as situações. É saber se sentir infinito num universo tão vasto e bonito. É saber sonhar. E então fazer valer a pena cada verso daquele poema sobre acreditar.”

(Ana Vilela)

RESUMO

A relação entre os comportamentos de saúde com as características sociodemográficas e psicossociais em adolescentes tem se tornado interesse de estudo, já que esses indivíduos fazem parte de um grupo com grande vulnerabilidade aos agravos sociais e de saúde, e os hábitos adquiridos nessa fase os acompanham quando adultos, sendo preditores para doenças crônicas. Apesar de ser conhecida a importância em estudar as alterações comportamentais dos adolescentes, e considerar os fatores psicossociais para nortear a assistência à saúde prestada a eles, são incomuns pesquisas que investigam a influência da autoestima nos comportamentos de saúde bucal. O presente estudo tem como objetivo verificar se existe associação entre autoestima e comportamentos em saúde bucal dos adolescentes. Trata-se de estudo analítico com abordagem quantitativa transversal, de banco secundário, integrante da segunda etapa do levantamento das condições de saúde bucal e psicossociais dos escolares de 14 a 19 anos do Município de São Lourenço da Mata – Pernambuco, realizado com 1.154 adolescentes de ambos os sexos, matriculados na rede pública de ensino do referido município, selecionados de forma sistemática. Foram avaliados os dados sociodemográficos (sexo, idade, cor, escolaridade, histórico de reprovação, estrutura familiar e ordem de nascimento), comportamentais (utilização do serviço odontológico, hábitos de higiene e saúde bucal, hábitos de alimentação, consumo de cigarro e álcool) e autoestima (fator psicossocial), que foram coletados através de questionários autoaplicados. Os comportamentos em saúde foram dicotomizados para investigar essa dimensão de acordo com os padrões favoráveis à saúde. Já para avaliação da autoestima, foi criada uma variável binária a partir da utilização do percentil 75,0%. Sendo considerado como alto nível de autoestima aqueles com valores gerais da escala acima deste percentil. Os dados foram analisados de forma descritiva (frequência simples, medidas de variabilidade e tendência central) e analítica (Qui-Quadrado para comparação de proporção, Qui-quadrado para independência, Teste Exato de Fisher, Regressão logística), tomando em consideração o nível de significância de 5,0%. Verificou-se que a maior proporção dos escolares foi do sexo feminino (53,5%), tinham menos de 16 anos de idade (52,1%), e com exceção da alimentação não saudável (96,0%), possuíam bons comportamentos de saúde bucal. Já o número de alunos com alto nível de autoestima foi relevantemente menor (24,1%) ao número de alunos com baixa autoestima (75,9%). Além disso, notou-se que a utilização dos serviços odontológicos perdeu sua significância após ser ajustado pelo sexo, idade e escovação dos dentes. No entanto, o modelo de regressão evidenciou associação da autoestima com a idade (p -valor = 0,001) e a frequência de escovação dos dentes (p -valor = 0,019) entre os adolescentes. Assim, independente do sexo, escolares com autoestima elevada e maiores de 16 anos escovam seus dentes com maior frequência, adquirindo, possivelmente, melhor saúde bucal. Desta forma, confirma-se a modulação da autoestima sobre os comportamentos de saúde bucal, o que torna necessária a implementação da análise e exercício desse fator psicossocial durante a assistência à saúde bucal dos jovens.

Palavras-chave: Autoestima. Comportamentos saudáveis. Saúde bucal. Adolescente.

ABSTRACT

Several studies have been undertaken on the relationship between health behavior and socio-demographic and psychosocial characteristics in adolescents due to the latter's great vulnerability to social and health harm. It is also due to habits, with foreseeable future chronic diseases, acquired during this life phase and which will accompany them during adulthood. Although the importance of analyzing adolescents' behavior changes is well known and although psychosocial factors to base health assistance are taken into consideration, rarely any research work investigates the influence of self-esteem in behavior on mouth health. Current study discusses whether there is an association between self-esteem and behavior in adolescents' mouth health. Current analytic, qualitative, transversal study integrates the second stage on a survey on psychosocial conditions and mouth health in school children, aged between 14 and 19, in São Lourenço da Mata PE Brazil. Further, 1154 male and female adolescents, enrolled in the government-run schools of the town, were systematically chosen and took part in the survey. Socio-demographic (gender, age, ethnicity, schooling, any school failure, family structure, number of people per home, order of birth and inclusion of a sibling within the survey), behavioral (employment of dentistry, habits in hygiene and mouth health, feeding habits, smoking and alcoholic beverages) and self-esteem data (psychosocial factor) were collected through self-applied questionnaires. Health behavior was dichotomized to investigate the factor according to health-based standards. In self-esteem assessment, a binary variable was created using the 75.0% percentile, being considered as high level of self-esteem those with general values of the scale above this percentile. Data were analyzed in a descriptive (simple frequency, variability measures and central trend) and analytic manner (χ^2 to compare proportion, χ^2 for independence, Fischer's Exact test, logistic regression) at 5.0% significance level. Females (53.5%), aged 16 years old (52.1%) had the greatest proportion. With the exception of non-healthy food (96.0%), they all had good behavior in mouth health. The number of students with low self-esteem level was significantly higher than the number of students with the greatest self-esteem (75.9%). Further, dentistry service lost significance after adjustments by gender, age and teeth brushing. However, regression model revealed an association between self-esteem and age ($p = 0.001$) and frequency in teeth brushing ($p = 0.019$) among adolescents. Regardless of gender, school children over 16 years old, with high self-esteem, brush their teeth more frequently and thus better mouth health. Self-esteem modulation on mouth health behavior was confirmed. The above requires analysis and exercise of the psychosocial factor during assistance to young people's mouth health.

Keywords: Self-esteem. Health behavior. Oral health. Adolescent.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Modelo teórico do estudo.....	31
Quadro 1- Instrumentos para coleta de dados da pesquisa.....	33
Quadro 2- Descrição das variáveis da pesquisa.....	35
Quadro 3- Dicotomização das variáveis de comportamentos em saúde.....	40
Figura 2- Mapa da área da região metropolitana do Recife, à qual pertence São Lourenço da Mata.....	71

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Dados sociodemográficos dos adolescentes matriculados em escolas públicas de São Lourenço da Mata – PE.....	43
Tabela 2. Distribuição dos comportamentos relacionados à saúde bucal dos adolescentes matriculados em escolas públicas de São Lourenço da Mata-PE.....	44
Tabela 3. Distribuição da utilização dos serviços de saúde bucal pelos adolescentes matriculados em escolas públicas de São Lourenço da Mata – PE.....	46
Tabela 4. Distribuição da classificação da autoestima dos adolescentes matriculados em escolas públicas de São Lourenço da Mata – PE.....	47
Tabela 5. Distribuição da classificação do nível da autoestima segundo os fatores sociodemográficos dos adolescentes matriculados em escolas públicas de São Lourenço da Mata – PE.....	48
Tabela 6. Distribuição dos comportamentos de saúde bucal segundo o nível de autoestima dos adolescentes matriculados em escolas públicas de São Lourenço da Mata – PE.....	50
Tabela 7. Distribuição dos comportamentos de saúde bucal dicotomizados segundo o nível de autoestima dos adolescentes matriculados em escolas públicas de São Lourenço da Mata – PE.....	51
Tabela 8. Resultados da regressão logística múltipla.....	52

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP/ UFPE	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
IC	Intervalo de Confiança
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IMC	Índice de Massa Corporal
PIB	Produto Interno Bruto
PE	Pernambuco
PeNSE	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
RMR	Região Metropolitana do Recife
RP	Razão de Prevalência
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO.....	15
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	18
3	MÉTODOS.....	32
3.1	Desenho do estudo.....	32
3.2	População do estudo.....	32
3.2.1	Critérios de inclusão.....	32
3.2.2	Critérios de exclusão.....	32
3.3	Métodos de coleta de dados.....	32
3.4	Variáveis de estudo.....	33
3.4.1	Variável dependente.....	33
3.4.2	Variáveis independentes.....	34
3.5	Análise dos dados.....	41
3.6	Aspectos éticos.....	42
4	RESULTADOS.....	43
5	DISCUSSÃO.....	53
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	58
	REFERÊNCIAS.....	59
	APÊNDICE A- Nota Técnica.....	70
	APÊNDICE B- Termo de compromisso e confidencialidade da pesquisadora sobre a preservação do material coletado para pesquisas com dados secundários.....	73
	ANEXO A- Autorização de uso de dados, cedida pela equipe de pesquisa	

do estudo “Associação entre saúde bucal e fatores psicossociais”.....	74
ANEXO B- Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciência e Saúde da Universidade Federal de Pernambuco para pesquisa “Associação entre saúde bucal e fatores psicossociais”.....	75
ANEXO C- Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciência e Saúde da Universidade Federal de Pernambuco para a presente pesquisa.....	92
ANEXO D- Autorização de uso de dados, cedida pela Instituição da pesquisa original “Associação entre saúde bucal e fatores psicossociais”.....	94
ANEXO E- Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciência e Saúde da Universidade Federal de Pernambuco para pesquisa “Associação entre saúde bucal e fatores psicossociais”	95

1 APRESENTAÇÃO

As intensas modificações biopsicossociais inserem os adolescentes em um dos grupos com maior vulnerabilidade aos agravos sociais (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007; COSTA; BIGRAS, 2007) e de saúde (MALTA et al., 2010). Os hábitos adquiridos nessa fase repercutem em outras dimensões futuras, como alimentação, autoimagem, saúde individual, valores, preferências e desenvolvimento psicossocial (OLIVEIRA; SOARES, 2002; PONCZEK; OLSZOWY, 2012).

A procura do adolescente pelo equilíbrio físico-psíquico-social torna comuns os momentos de negligência com os cuidados à saúde. Comportamentos que contribuem para manutenção da saúde bucal, como escovação dentária, uso do fio dental, consumo controlado de açúcar, uso adequado de flúor e visita periódica ao dentista são reduzidos nessa fase (LISBOA; ABEGG, 2006; SOUSA, 2008; TOMITA et al., 2001). Por outro lado, o hábito de fumar e consumir bebidas alcoólicas são estabelecidos na adolescência (BEZERRA et al., 2015; BRASIL, 2016; GARCIA et al., 2015; MARTÍNEZ FRÓMETA et al., 2016; REIS et al., 2011; URTURI et al., 2014).

Estudos importantes têm destacado a associação entre esses comportamentos comprometedores de saúde e os fatores psicossociais (DORRI; SHEIHAM; WATT, 2010; FREIRE, 2001; MAT, 2009; ROBINSON et al., 2005).

Dentre esses fatores, a autoestima ainda é pouco estudada. Mas pode ter relação com comportamentos de saúde e mecanismos de estresse, que expõem os adolescentes ao aumento de riscos físicos e distúrbios psicológicos (AGOU et al., 2011; BANDEIRA; HUTZ, 2010; FOSTER PAGE et al., 2013; LOCKER, 2009; MARMOT, 2003; ONYEASO 2003; STEINBERG, 1999). Enquanto os altos níveis de autoestima estão relacionados com resultados positivos, os baixos níveis desse sentimento são associados às atitudes adversas que podem aumentar a vulnerabilidade dos adolescentes para comportamentos de risco (BANDEIRA; HUTZ, 2010; FOSTER PAGE et al., 2013; PERILLO et al., 2014).

Essas consequências, que podem ser levadas por toda vida do indivíduo, torna a autoestima um importante preditor de resultados nos trabalhos com adolescentes e adultos jovens (SOUSA, 2008; TRZESNIEWSKI; DONNELLAN; ROBINS, 2003).

Somado ao exposto, estudos têm encontrado associações da autoestima com a saúde bucal, ao mostrar o papel desse fator psicossocial na formação afetiva dos indivíduos e nas condições de saúde bucal, já que os dentes têm importância para o próprio bem-estar e nas relações sociais (GAVRIC et al., 2015; SOUSA, 2008), e forte significância nas alterações

buciais como maloclusões e cáries (AGOU et al., 2011; FOSTER PAGE et al., 2013; PRABAKARAN et al., 2012).

Conhecendo a importância em estudar as alterações comportamentais dos adolescentes e considerando os fatores psicossociais como norteadores da atenção à saúde prestada a eles, foi desenvolvido um projeto de pesquisa com o objetivo de estimar a razão de prevalência de vários desfechos de saúde bucal nessa população, intitulado “Estudo das condições de saúde bucal e psicossociais dos escolares de 14 a 19 anos do Município de São Lourenço da Mata - Pernambuco (PE)”. Esse projeto foi realizado em duas rodadas, a primeira em 2012 e a segunda em 2014, produzindo um rico conjunto de dados.

Perante esses dados, da carência de estudos com adolescentes que investigam a influência da autoestima sobre os comportamentos de saúde bucal e, reconhecendo a importância de sensibilizar e preparar os profissionais de saúde para cuidar dos aspectos emocionais dos jovens, prevenindo outros agravos à saúde e minimizando difíceis e sérias consequências até a vida adulta, houve a necessidade de identificar e avaliar melhor os hábitos e percepções dos jovens, para orientar políticas públicas, aperfeiçoar o processo de trabalho dos profissionais odontológicos e não odontológicos na abordagem destes pacientes, para possível elaboração e implementação de protocolos clínicos.

Sendo assim, o presente estudo, inserido na área de concentração Abordagens Quantitativas em Saúde, na linha de pesquisa Estudos da Morbimortalidade da Criança, do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal de Pernambuco, foi conduzido a partir de dados secundários do projeto “Estudo das condições de saúde bucal e psicossociais dos escolares de 14 a 19 anos do Município de São Lourenço da Mata – PE”, com seguinte questionamento: Como a autoestima modula os comportamentos de saúde bucal (utilização de serviços, hábitos de higiene, alimentação, consumo de cigarro e álcool) em adolescentes?

Com a hipótese de que adolescentes com padrões mais elevados de autoestima apresentam comportamentos mais favoráveis a sua saúde bucal quando comparados aos seus semelhantes com baixa autoestima, nossa pesquisa, teve como objetivo verificar se existe associação entre autoestima e comportamentos em saúde bucal em adolescentes. Entre os objetivos específicos caracterizamos a população estudada em relação aos padrões de autoestima apresentados e suas características sociodemográficas e comportamentais relacionadas à saúde bucal; analisamos a associação entre autoestima e características sociodemográficas e fizemos a modulação da autoestima e dos comportamentos relacionados à saúde bucal de adolescentes, em função das características sociodemográficas.

A motivação para realização desta pesquisa surgiu após a conclusão da minha especialização em Odontologia Pediátrica pelo Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, e do anseio em conhecer melhor os fatores que influenciam os comportamentos de saúde bucal dos adolescentes e, assim, aperfeiçoar a assistência prestada a eles. Já que não são raros os desafios para incentivar e manter os bons hábitos de saúde na adolescência.

Esta dissertação é composta pelas secções de revisão da literatura, métodos, resultados, discussão, considerações finais, referências, anexos e apêndices.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Comportamentos de saúde bucal na adolescência

Está bem estabelecida a relação entre os comportamentos comprometedores de saúde e o desenvolvimento de doenças crônicas, assim como sua relação com as características socioeconômicas (TSAKOS; AINDA; ALZHRANI, 2015) e psicossociais (DORRI; SHEIHAM; WATT, 2010).

Os estudos dessas relações têm se tornado significante entre os adolescentes devido suas intensas mudanças biopsicossociais e repercussão dos hábitos adquiridos nessa fase para as dimensões futuras, como alimentação, autoimagem, saúde individual, valores, preferências e desenvolvimento psicossocial (OLIVEIRA; SOARES, 2002; PONCZEK; OLSZOWY, 2012), que os posicionam como o grupo com maior vulnerabilidade aos agravos sociais (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007; COSTA; BIGRAS, 2007) e de saúde (MALTA et al., 2010).

A procura da identidade e a necessidade de aceitação em grupos predispõem o adolescente ao consumo do tabaco e do álcool (REIS et al., 2011; URTURI et al., 2014).

O álcool é a droga lícita mais comercializada, e até mesmo incentivada, mundialmente. Seu consumo entre adolescente é alarmante. Mais de 89,8% dos 1.061 jovens, entre 13 e 19 anos, entrevistados por Reis et al. (2011), em Portugal, já haviam experimentado bebidas alcoólicas. Desses, a maioria apresenta consumo de risco (68,3%) e são do sexo masculino.

No Brasil, essa prevalência tem sido menor, mas não menos preocupante. Do total de 210 estudantes paulistas, cerca de 20,0% com 12 anos de idade, e 30,0% a 40,0% entre 13 e 14 anos, já haviam experimentado álcool (GARCIA et al., 2015). Já a experimentação entre 4.207 pernambucanos, entre 14 e 19 anos, atingiu os 30,4% (BEZERRA et al., 2015).

Depois do álcool, o fumo é a droga mais utilizada entre os jovens, e seu consumo é considerado a pandemia do século. O tabagismo é o hábito que mais causa problemas de saúde evitáveis, e suas consequências somadas a outros maus costumes aumentam as sequelas físicas e comportamentais (MARTÍNEZ FRÓMETA et al., 2016; URTURI et al., 2014).

Urturi et al. (2014) ao estudar a prevalência, padrão de consumo, risco de dependência e fatores associados ao tabaco em 2.412 escolares, com idade entre 13 a 18 anos, na Espanha, encontraram correlação entre fumar e características sociodemográficas e comportamentos de risco, como morar em área rural, nível socioeconômico baixo e não conviver com os pais. Por

outro lado, comer frutas diariamente, manter o hábito diário de leitura, praticar esportes e voltar direto da escola para casa foram destacados como os fatores de proteção ao tabagismo. Já o tipo de rede escolar e ser filho único não apresentaram correlação.

A prevalência de experimentação do cigarro tem variado em diferentes estudos. Enquanto em pesquisa nacional de vigilância de tabagismo em escolares registrou índices que eram superiores a 50,0% para ambos os sexos (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2004), outros trabalhos brasileiros encontraram números abaixo de 8,0% (BEZERRA et al., 2015; GARCIA et al., 2015). Na Colômbia os resultados foram inferiores a 12,0% (COGOLLO-MILANÉS; GÓMEZ-BUSTAMANTE, 2014). Contrário do México, onde 36,7% de escolares de 13 a 18 anos informaram já terem experimentado tabaco (URTURI et al., 2014). Uma das explicações para a diferença entre os resultados citados pode estar na falta de padronização dos métodos utilizados nos estudos, além dos fatores culturais de cada região.

A correlação entre fatores psicossociais e uso de substâncias lícitas em adolescentes é rara. Carvalho et al. (2011) analisaram a associação entre consumo de bebidas alcoólicas, cigarro e drogas aos indicadores de estresse psicossocial em 4.210 escolares do ensino médio de Pernambuco. Registraram que 7,7% desses usavam cigarro e 30,3% consumiam álcool, sendo diretamente associados ao pensamento e plano de suicídio.

Apesar de poucas consistências encontradas, estudos indicam escolaridade e nível socioeconômico dos pais e, conseqüentemente, *status* socioeconômico das crianças, conhecidos também, por serem significativamente correlacionados às atitudes de saúde (ALBANDAR, 2002; LEE; TSANG, 2004; LOCKER, 2000; NICOLAU et al., 2005; PETERSEN et al., 2008).

Os adolescentes filhos de pais com renda e escolaridade alta apresentam melhores práticas de higiene geral e oral, hábitos alimentares saudáveis e são mais propensos a realizar atividade física e visitar o dentista (FERRIE et al., 2003; FUHRER et al., 2002; DORRI; SHEIHAM; WATT, 2009; MARMOT, 2003; PETERSEN et al., 2008; SABBAH et al., 2007). Essas correlações podem ser explicadas pelo maior senso de coerência dessas famílias, que, conseqüentemente melhora o autocuidado, como maior frequência de escovação dentária e acesso regular às consultas clínicas odontológicas (BERNABE et al., 2009; LUNDBERG; NYSTROM, 1995; PIOVERSAN et al., 2010).

Já os achados de Petersen et al. (2008) relacionaram maior consumo de bebidas alcoólicas e açucaradas ao melhor nível socioeconômico familiar, explicados por melhor acessibilidade para eles desses produtos. Este mesmo estudo demonstrou que os

comportamentos relacionados com a saúde bucal dos adolescentes estão associados a condições de vida, desempenho escolar, relacionamento com os colegas, além de conhecimentos e atitudes de cuidados com a saúde bucal.

A correlação positiva entre fatores socioeconômicos e frequência de escovação também foi encontrada em outros estudos, assim como o desempenho escolar e ser do sexo feminino (SHEIHAM; WATT, 2009; HONKALA, S.; HONKALA, E.; AL-SAHLI, 2007; KOIVUSILTA et al., 2001).

Além dos fatores socioeconômicos, fatores psicossociais, tais como autoestima, autopercepção, senso de coerência e qualidade de vida têm sido indispensáveis para estabelecer critérios de investigação, diagnóstico, prevenção e tratamento dos problemas de saúde bucal (FREIRE, 2001; MAT, 2009; ROBINSON et al., 2005).

Källestål, Dahlgren e Stenlund (2006) concluíram em seu estudo que fatores emocionais e de autoimagem levam às mudanças de comportamento de saúde bucal na adolescência, o que pode ser justificado pelas modificações na identidade e na forma como se adaptam às regras e aos valores existentes.

Já Sousa (2008) percebeu que os adolescentes são conscientes de sua corresponsabilidade sobre sua saúde bucal e das implicações daí decorrentes quando falham ou deixam de contribuir para o autocuidado.

Apesar de falta de tempo, negligência e ausência de informação terem sido apontadas pelos adolescentes de Porto Alegre, como motivos ao não desenvolvimento do autocuidado, 90,55% dos participantes desse estudo afirmaram escovar os dentes de três a quatro vezes ao dia. A principal motivação relatada por eles para escovação dentária é o controle do mau hálito, o que facilita as relações interpessoais. Apenas 29,0% dos escolares pesquisados apontaram a prevenção de doenças como fator motivador de manutenção da higiene (FLORES; DREHMER, 2003).

Esses achados também foram observados no estudo de Tomita et al. (2001) que, ao relacionar alguns fatores de estilo de vida e motivação para a escovação dentária na adolescência, envolvendo 7.700 adolescentes entre 14 e 15 anos de idade, verificaram que a motivação para escovar os dentes entre os indivíduos que a realizavam com menor frequência, foi cosmética, busca pela estética satisfatória e hálito agradável. A preocupação com a prevenção das doenças bucais esteve mais associada com os jovens de níveis socioeconômicos mais elevados.

Tais resultados ajudam a demonstrar o quanto a beleza é importante nos dias de hoje. Muitos jovens têm consciência da influência da beleza em suas vidas (SOUSA, 2008). De

acordo com Goldestein (2000), parecer atraente não significa apenas ser vaidoso. Diante do mundo atual, competitivo sob os mais variados aspectos sociais e econômicos, a aparência agradável adquire também *status* de necessidade.

A utilização de serviços de saúde também tem sido explorada ao pesquisar os hábitos dos adolescentes e, igualmente, é resultado da interação de uma série de fatores. Além das influências socioeconômicas e psicológicas, alguns estudos mostram forte significância da demografia, disponibilidade de serviços, perfis de morbidade, percepção e, ainda, como os efeitos e a importância dada a eles são afetados pela cultura, políticas de saúde vigentes e características do sistema de saúde (MENDOZA-SASSI; BÉRIA; BARROS, 2003; PIOVERSAN et al., 2011).

Para tentar explicar como esses fatores influenciam o uso e o acesso aos serviços de saúde, Andersen (1995) menciona em seu modelo, a utilização dos serviços como produto da interação entre determinantes individuais, sistema de saúde e contexto social, além da experiência passada de utilização dos serviços. No âmbito dos determinantes individuais, a utilização de serviços de saúde seria função da predisposição do indivíduo (como características sociodemográficas, preferências e expectativas quanto à saúde bucal e conhecimento sobre o sistema de saúde); o nível de necessidade (percepção da condição de saúde bucal, severidade da doença e limitação de atividade) e, a presença de fatores que facilitem a sua utilização (renda e acesso à fonte regular de cuidados em saúde).

A utilização de serviços odontológicos por rotina pode ser considerada um importante preditor da saúde bucal (MARTINS et al., 2008). Alguns trabalhos pesquisaram seus determinantes individuais, usando o modelo proposto por Andersen (1995), concluindo que mulheres, indivíduos mais jovens, com maior renda e escolaridade tendem a utilizar os serviços com maior frequência e/ ou utilizá-los de uma forma mais regular (ROCHA; GOES, 2008; RYAN et al., 2001).

Em pesquisa nacional, realizada com escolares do nono ano do ensino fundamental das capitais brasileiras e Distrito Federal, observou-se que 36,4% dos alunos não tinham ido ao dentista no ano do inquérito, sendo a prevalência dos meninos (39,0%) maior que das meninas (34,0%). O tipo de rede escolar diferiu fortemente a assiduidade às consultas odontológicas. Enquanto 39,0% dos alunos de escola pública não frequentaram o consultório odontológico no último ano, o índice dos estudantes da rede privada não ultrapassou 23,3%. Por outro lado, três visitas ou mais ao ano foi a frequência mais informada tanto entre os alunos de escola privada (44,0%) como os de instituição pública (31,3%) (BRASIL, 2013).

Com relação às razões das consultas, alguns autores como Costa, Amorim e Rodrigues (2002) afirmam que a procura pelo dentista estaria mais relacionada à dor ou à cavidade nos dentes. Por outro lado, existem estudos em que a dor não aparece como principal motivo entre os jovens. No trabalho de Carvalho et al. (2011), 27,0% dos adolescentes procuraram o serviço odontológico pela última vez, devido ao tratamento ortodôntico, 22,0% para consultas de rotina, 12,0% por dor ou cárie e 10,0% para fazer limpeza/profilaxia.

Os adolescentes também têm mostrado hábitos pouco saudáveis ao se alimentar. A facilidade de acesso a alimentos e informação tem favorecido o consumo de alimentos ricos em gorduras, açúcares e sódio, com pequena participação de frutas e hortaliças, pelos jovens com o nível socioeconômico mais elevado (NUNES; FIGUEIROA; ALVES, 2007; LEVY et al., 2010). Eles se sentem atraídos por alimentos industrializados e refinados e, a mídia em geral, os apresenta como parte do cotidiano da vida moderna. Seu consumo excessivo torna deficiente a ingestão de alimentos mais nutritivos e completos (SOUSA, 2008). Estes, como arroz e feijão, são mais frequentemente consumidos entre as famílias economicamente menos favorecidas (SANTOS et al., 2005; VEIGA; SICHIERI, 2006).

Com discretas mudanças, dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE (2012) têm reafirmado os resultados encontrados em 2009, ao demonstrar que a maioria dos estudantes do nono ano do ensino fundamental, das capitais brasileiras e do Distrito Federal consome regularmente feijão (69,9%) e leite (51,5%), entre os alimentos marcadores de alimentação saudável (feijão, hortaliças cruas ou cozidas, frutas e leite). Entre os alimentos marcadores não saudáveis (frituras, embutidos, biscoitos salgados e doces, salgados fritos, salgados de pacotes, guloseimas e refrigerantes), as guloseimas foram as mais consumidas (41,3%) (BRASIL, 2013).

Já ao comparar os achados, dessa mesma pesquisa, entre os anos de 2009 e 2015, observa-se piora no consumo de alimentos marcadores de alimentação saudável. Com redução da ingestão de feijão e leguminosas em mais de 10,0% e 50,0% respectivamente. Quanto ao uso de alimentos não saudáveis, registrou-se diminuição do consumo de guloseimas (17,9%) e refrigerantes (22,6%). No entanto, o crescimento da ingestão de salgados fritos foi significativo (16,0%) (BRASIL, 2016).

O alto consumo de guloseimas foi identificado em outros estudos brasileiros, como também, o aumento de relato da ingestão de alimentos ricos em açúcares (CARMO et al., 2006; CASTRO et al., 2008), e baixa frequência da aquisição de frutas e hortaliças (CASTRO et al., 2008).

Esses resultados revelam que, entre adolescentes das capitais brasileiras e do Distrito Federal, houve consumo frequente de marcadores de alimentação não saudável e consumo inferior ao recomendado dos marcadores de alimentação saudável (BRASIL, 2006; LEVY et al., 2010; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

Ainda que menores, as alterações dos hábitos alimentares, tais como ausência das principais refeições, lanches entre as refeições, alta frequência do consumo de doces, também têm sido encontradas em escolares de outros países (SOUSA, 2008; WOŹNIAK; ARTYCH; WAWRZYNIAK, 2014). Na Espanha, 35,0% dos adolescentes consomem frutas diariamente, 37,2% bebem refrigerante com frequência e 14,0% tomam algum tipo de bebida açucarada diariamente (RODRÍGUEZ et al., 2005). Dentre os jovens norte-americanos, 18,0% não comiam frutas nem verduras todos os dias. Não obstante, 7,0% ingeriam guloseimas e doces diariamente e um terço deles os consumiam várias vezes ao dia (SOUSA, 2008).

Entre os estudantes poloneses, apenas 29,0% realizam cinco refeições diárias. Dos alimentos preferidos para seus lanches estão doces (71,0%) e frutas frescas (69,0%). O alto consumo de doces, refrigerantes, lanches salgados e *fast-food* foram significativamente mais frequentes entre os meninos. O que foi explicado pelo desejo de emagrecimento devido à insatisfação corporal relatada pela maioria das meninas (WOŹNIAK; ARTYCH; WAWRZYNIAK, 2014).

Diante do exposto, utilizar indicadores subjetivos como complemento das informações clínicas leva ao conhecimento da percepção do indivíduo sobre sua saúde bucal e necessidade de tratamento, o que pode contribuir no desenvolvimento de programas que visam melhorar a qualidade de vida da população (MIOTTO; BARCELLOS; VELTEN, 2012).

Portanto, ao considerar esses fatores, é possível compreender que a manutenção da saúde bucal não se limita em evitar alimentos açucarados, escovar os dentes e visitar o dentista regularmente. Está também associada à maneira como se aprende e se executa essas informações (BROADBENT; THOMSON; POUTON, 2006). São ações nas quais o indivíduo toma para si, a responsabilidade de cuidar de sua boca, tendo noções de ações norteadoras que o guia para este fim (SOUSA, 2008).

2.2 Autoestima, adolescência e saúde bucal

Um dos fatores psicossociais que ainda precisa ser melhor estudado é a autoestima. As desigualdades desse importante indicador de saúde mental na adolescência são acompanhadas pelas diferenças sociais, de oportunidades e de realização. Sendo assim, as ameaças à autoestima podem alterar os comportamentos de saúde e mecanismos de estresse, levando ao aumento de riscos físicos e distúrbios psicológicos (AGOU et al., 2011; BANDEIRA; HUTZ, 2010; FOSTER PAGE et al., 2013; LOCKER, 2009; MARMOT, 2003; ONYEASO 2003; STEINBERG, 1999).

Autoestima é uma autoavaliação, exposta e influenciada pelos comportamentos que o indivíduo tem consigo mesmo, crenças pessoais sobre suas aptidões, relacionamentos sociais e vivências (ASSIS; AVANCI, 2004; COOPERSMITH, 1967; HEATHERTON; WYLAND, 2003; ROSENBERG, 1989; SHAFFER, 2005). Ou seja, pode ser entendida como uma experiência subjetiva, a qual se torna acessível às pessoas por intermédio dos relatos verbais e atitudes observáveis (COOPERSMITH, 1967), sendo fortemente influenciada pela forma como os outros nos vêem (HEATHERTON; WYLAND, 2003).

Embora não exista consenso quanto à classificação da autoestima (BALDWIN; HOFMANN, 2002; BOLOGNINI et al., 1996; HEATHERTON; WYLAND, 2003; TRZESNIEWSKI; DONNELLAN; ROBINS, 2003), teorias mais recentes apoiam tanto a formação lenta, manipulada pelas experiências pessoais bem sucedidas, quanto a construção momentaneamente afetada por um estado particular, dependente de determinada situação (COLE et al., 2001; HEATHERTON; WYLAND, 2003).

Os estudos de Assis e Avanci (2004) e de Assis et al. (2003) relacionam as influências familiares e sociais, em especial de pais, professores e amigos, ao desenvolvimento da autoestima.

Biro et al. (2006) e Rosenberg (1989) sustentam a hipótese de que esta avaliação é formada a partir da infância, com fases inconstantes na adolescência, tendendo à estabilidade com o passar dos anos.

Assim, devido às mudanças na adolescência, esta é a fase na qual a autoestima assume as proporções mais expressivas, com consequências que podem ser levadas por toda a vida do indivíduo. Fato que torna a autoestima um importante preditor de resultados nos estudos em adolescentes e adultos jovens (SOUSA, 2008; TRZESNIEWSKI; DONNELLAN; ROBINS, 2003).

Níveis elevados de autoestima compreendem resultados positivos, tais como satisfação no trabalho, nas relações sociais, no desempenho escolar, bem-estar, melhores habilidades de enfrentamento, além de percepções positivas da vida em geral (FOSTER PAGE et al., 2013; PERILLO et al., 2014; TRZESNIEWSKI; DONNELLAN; ROBINS, 2003).

Por outro lado, níveis mais baixos de autoestima estão associados a resultados adversos, como: depressão, violência familiar, ansiedade, queixas somáticas e transtornos sociais, que podem aumentar a vulnerabilidade dos adolescentes para comportamentos de risco, incluindo abuso de drogas, gravidez precoce e suicídio (ASSIS et al., 2003; BANDEIRA; HUTZ, 2010; CROCKER; WOLFE, 2001; FOSTER PAGE et al., 2013; ROSENBERG, 1989).

De acordo com Assis e Avanci (2004), adolescentes com baixa autoestima apresentam problemas de comunicação, expressão de sentimentos e interação social. Os opostos se mostram satisfeitos consigo, reconhecem suas qualidades e defeitos, e são determinados em progredir.

Além dos fatores acima, obesidade, participação em esportes de equipe, estilo parental, renda familiar e melhor saúde foram encontrados nos estudos de Amirazodi e Amirazodi (2011) e Marlar e Joubert (2002) como outros preditores do nível de autoestima. Além disso, eles comprovaram que a associação entre traços de personalidade, consciência, afabilidade, extroversão e autoestima são estatisticamente significantes.

Características socioeconômicas e sociodemográficas também afetam o desenvolvimento da autoestima em crianças e adolescentes (SHWEISH, 2005). Além da influência da educação dos pais, Baldwin e Hofmann (2002) observaram que jovens de maior renda familiar tendem a ter maior autoestima. Já Gray-Little e Hafdahl (2000) verificaram que o nível da autoestima difere por cor, em que indivíduos brancos sofriam maior impacto da autoestima quando comparados aos negros.

Outros estudos sugerem que adolescentes do sexo feminino são mais impactadas pela autoestima, Biro et al. (2006) e Heatherton e Wyland (2003) afirmaram que a origem da autoestima entre os sexos divergem, sendo a autoestima de meninas mais influenciada pelos relacionamentos, enquanto a de meninos pelo sucesso dos seus objetivos (BANDEIRA; HUTZ, 2010; BUENO; STRELHOW; CÂMARA, 2010). Além disso, ficou implícito no estudo de Block e Robins (1993), que a autoestima aumenta em indivíduos do sexo masculino e diminui em indivíduos do sexo feminino entre o início da adolescência até a idade adulta precoce.

Outros elementos sociais importantes na construção e avaliação da autoestima são os relacionamentos familiares (WILKINSON, 2004) e entre os pares (STEINBERG, 1999).

Kang, Jeon e Kwon (2015) confirmaram que o aumento do apoio social parental aumenta a autoestima através de maior apego dos pais. Assim, os pais precisam se esforçar para manter forte ligação com seu filho, para o benefício de positiva autoestima dos adolescentes (KANG; JEON; KWON, 2015; ZHAO; LYNCH; CHEN, 2010).

A autoestima desenvolve o *status* dentro dos grupos sociais entre escolares e seus pares. Crianças que não são bem quistas entre os seus têm menos oportunidades de desenvolver suas habilidades sociais, o que compromete a boa interação entre os escolares em atividades comuns (STEINBERG, 1999). Entretanto, bons níveis de autoestima são primordiais nos desempenhos sociais, ajudando os jovens a se aceitar, adquirir confiança neles mesmos e serem mais persistentes diante dos desafios (BANDEIRA; HUTZ, 2010; STEINBERG, 1999).

Estudo realizado por Bueno, Strelhow e Câmara (2010), com 1.286 escolares da rede pública de Alvorada-Rio Grande do Sul, mostrou diferenças entre os jovens que participavam ou não de grupos formais. Os autores concluíram que a inserção em grupos formais é um fator positivo para saúde psicológica e, conseqüentemente, saúde geral dessa população.

Baixa autoestima pode estar relacionada a comportamentos delinquentes, como maneira de retaliação contra a sociedade depreciadora e também, como forma de obter autoestima (ROSENBERG, 1989).

Para os adolescentes, a escola é um dos ambientes mais influentes no seu desenvolvimento. Nesse local, os jovens são socializados, lapidados e constroem a si próprios (MARRIEL et al., 2006). No entanto, é comum nestas instituições, que os mesmos se defrontem, construam e desenvolvam experiências de violência (CAMACHO, 2000).

Ao verificar a associação entre violência escolar e autoestima em 1.686 acadêmicos, com idade entre 11 e 19 anos do Rio de Janeiro, Marriel et al. (2006) encontraram tendência geral de bom relacionamento dos alunos com seus amigos e professores, embora tenham evidenciado relação mais positiva com os primeiros, em comparação. Porém, 36,8% dos escolares com baixa autoestima e 24,5% com elevada autoestima, se relacionaram de forma regular ou ruim com seus educadores. Ainda nesse estudo, os adolescentes que relatavam sentimento depreciativo por si (34,2%) referiram ser humilhados na escola, em relação aos de autoestima mais elevada.

Biro et al. (2001), Biro et al. (2003), Cole et al. (2001) e Striegel-Moore et al. (2001) evidenciaram correlações entre autoestima, aparência percebida e competência acadêmica,

com períodos de transição do ensino fundamental ao médio. Um motivo que responde a essa relação está na simultaneidade entre transição escolar e mudanças cognitivas e corporais provocadas pela puberdade.

Somada à conclusão da relação direta entre mau comportamento e baixa autoestima, Källestål, Dahlgren e Stenlund (2006) mostraram que o risco para a baixa autoestima foi menor entre meninos quando comparados a meninas de todas as idades, e superior em todas as idades para àqueles mal adaptados na escola. A autoestima também tem se mostrado afetada pela recuperação escolar em outros trabalhos (BALDWIN; HOFMANN, 2002; COLE et al., 2001).

Além da violência, estudos anteriores têm apontado o impacto da autoestima na vulnerabilidade dos adolescentes para demais comportamentos de risco. Quando se comparou o uso de preservativo e autoestima, as meninas com níveis mais elevados se mostraram mais comunicativas e confiantes em convencer o parceiro sexual (SALAZAR et al., 2005). Em contrapartida, aquelas meninas com autoestima mais baixa mostraram-se mais afetadas pelo clima negativo, sendo mais conciliatórias para evitar a rejeição e mais propensas a ter relações sexuais sem preservativo (MACDONALD; MARTINEAU, 2002; SPENCER et al., 2002).

Os jovens com baixa autoestima, que participaram do estudo longitudinal realizado por Martin et al. (2005), eram duas vezes mais predispostos a pensamentos suicidas, e três vezes mais propensos à tentativa de suicídio. Já os escolares do ensino médio da Etiópia estudados por Abdi, Ruiter e Adal (2015) se mostraram mais adeptos aos jogos de azar diante baixa escala de autoestima.

Outros trabalhos concluíram que os níveis de autoestima do adolescente é um dos muitos potencialmente modificáveis fatores de risco para uma série de problemas quando adultos, evidenciando a importância da construção da autoestima na formação da identidade (STEIGER; FEND; ALLEMAND, 2015; TRZESNIEWSKI; DONNELLAN; ROBINS, 2003).

Com o objetivo de testar a hipótese de que a baixa autoestima prevê consequências negativas, Steiger, Fend e Allemand (2015) mostraram que a autoestima na adolescência, prospectivamente prevê sintomas depressivos quando adultos jovens. Enquanto Trzesniewski et al. (2006) demonstraram que os adolescentes com baixa autoestima tinham risco aumentado a má saúde física e mental quando adultos. Além de mais propensos a serem condenados por crime e tinham perspectivas econômicas piores que os adolescentes com alta autoestima. Os adolescentes, nessa pesquisa, com baixa autoestima eram 1,26 vezes mais propensos a

desenvolver depressão, apresentavam 1,60 vezes mais chances de desenvolver ansiedade, e 1,32 vezes de serem dependentes de tabaco durante a idade adulta.

Segundo Cogollo-Milanés e Gómez-Bustamante (2014), o papel da autoestima ainda não está bem estabelecido quando a relacionamos ao consumo de drogas lícitas. Eles não encontraram associação entre esse fator psicossocial e o tabagismo. Por outro lado, Ariza et al. (2003) relacionaram significativamente seu baixo nível com o hábito de fumar. Já Rueda-Jaimes et al. (2009) concluíram que a alta autoestima é um fator protetor para o tabagismo em escolares.

Outro aspecto relevante para o jovem é a importância dada aos aspectos estéticos (INFANTE, 1994). Ao ter sua autoimagem prejudicada, o adolescente pode perder sua autoestima, fazendo com que isso interfira em seus relacionamentos pessoais, além de, eventualmente, produzir sentimentos de inferioridade (GOLDSTEIN, 2000).

As investigações de Skorek, Song e Dunham (2014) comprovaram a autoestima como preditor de problemas de imagem corporal, ao demonstrar que a autoestima media a relação entre consciência, estabilidade emocional, extroversão e a estima do corpo. Isso significa um alerta para a importância dessas associações nos estudos de transtornos alimentares em adultos jovens.

Ao investigar a imagem corporal, autoestima e hábitos alimentares, em um estudo transversal com 391 escolares do sexo masculino da África do Sul, Gitau et al. (2014) encontraram diferenças étnicas e necessidade de compreender melhor as desigualdades culturais que influenciam as atitudes e comportamentos dos adolescentes. Meninos brancos tiveram maior autoestima, melhor Índice de Massa Corporal (IMC) e atitudes alimentares que meninos negros. O IMC foi positivamente associado à autoestima e, negativamente ao comportamento de dieta em meninos brancos, assim com menores escores de controle bulímicos em meninos negros. Além das alterações na autoestima em relação às alterações do IMC, Biro et al. (2006) somaram a essa associação, a interferência da idade, com correlações significativas durante adolescência.

As implicações dos comportamentos de saúde que visam estabelecer harmonia e bem-estar da boca e de todo o corpo estão relacionadas com o psicossocial e, consequentemente, com a qualidade de vida (BEZERRA; TOLEDO, 2003; SOUSA, 2008). Isso torna a análise dos fatores psicossociais na saúde bucal dos adolescentes um importante método antes de verificar as complicações biológicas provocadas pelas enfermidades bucais e suas consequências na sua qualidade de vida (FOSTER PAGE et al., 2013), além da significativa relação na modulação das condições clínicas bucais dos jovens, levando a alto poder de

aceitação pessoal e enfrentamento de situações diárias menos estressantes, minimizando, assim, o impacto de lesões na cavidade oral (AGOU et al., 2011; ONYEASO, 2003).

Dentre as características psicológicas que influenciam a autoavaliação da saúde bucal estão saúde mental, autoestima e somatização (HUMPHRIS et al., 2005; MARQUES et al., 2006; AGOU et al., 2008). Indivíduos com melhor saúde mental devem se sentir mais em paz, felizes e calmos. O que modifica sua percepção do seu estado atual de saúde oral (AGOU et al., 2011), e aumenta a valorização do autocuidado com a higiene pessoal, incluindo a bucal, mantendo sua autoimagem como um aspecto importante em sua vida.

A saúde bucal dos adolescentes compreende a vaidade, a estética, a autoestima e a beleza. Sobretudo, na era da globalização das imagens, os jovens são atraídos de modo especial pelo padrão vigente. De forma geral, a beleza passa pelo sorriso, que deve significar saúde bucal, parte componente da saúde integral do adolescente no decorrer de seu crescimento e desenvolvimento (ELIAS et al., 2001; INFANTE, 1994).

O papel constitucional afetivo da autoestima em adolescentes foi demonstrado no estudo de Sousa (2008), quando expressaram como os dentes têm importância para estar bem consigo mesmo e na relação com os outros, correlacionando a autoestima elevada à existência de dentes bonitos. Por outro lado, jovens com maior autoestima estão mais satisfeitos com sua aparência dental, o que se reflete através de maior autoconfiança dental (GAVRIC et al., 2015; SOUSA, 2008).

Para esses jovens, a presença de dentes saudáveis se torna um “passaporte” para autoafirmação e formação da personalidade. A perda da harmonia do rosto resultará em graves consequências para própria autoestima, qualidade de vida e desenvolvimento (SOUSA, 2008), podendo originar sentimentos que variam desde constrangimentos até profunda ansiedade (GOLDSTEIN, 2000).

Foster Page et al. (2013), ao estudar cárie dentária em adolescentes, encontraram maior somatização, baixa autoestima, menor saúde mental e insatisfação da imagem corporal superior naqueles com maior experiência de cárie. A direcionalidade desta associação não é explícita, porque estes foram dados transversais, mas os gradientes, embora ligeiro, na percepção da imagem corporal, saúde mental e escores de autoestima entre a experiência de cárie sugerem que houve de fato alguma contribuição da experiência da doença a essas características, talvez em reforçar as tendências já presentes.

Associações significativas foram encontradas entre maloclusão e baixa autoestima em adolescentes (ONYEASO, 2003), em que meninas são mais afetadas que meninos (JUNG, 2010). Em um estudo com escolares brasileiros, aqueles com baixo nível de autoestima foram

mais sensíveis aos efeitos estéticos da maloclusão (MARQUES, et al., 2005). Do mesmo modo, um estudo de potenciais pacientes ortodônticos na Nigéria descobriu que crianças com elevada autoestima não expressam preocupações ortodônticas (ONYEASO, 2003). Além disso, pacientes ortodônticos parecem esperar melhorias na estética e autoestima, independentemente do sexo (BOS; HOOGSTRATEN; PRAHL-ANDERSEN, 2003; PABARI; MOLES; CUNNINGHAM, 2011; PRABAKARAN et al., 2012).

Esses achados sugerem a influência social e emocional dos impactos da maloclusão, já que aqueles com alta autoestima estão mais propensos a relatar melhor qualidade de vida, além de influenciar na percepção do problema e na procura do tratamento (AGOU et al., 2008; AGOU et al., 2011).

Inverso a esses estudos, Gavric et al. (2015) não encontraram correlação entre maloclusão e autoestima. Seus resultados indicam que em adolescentes e adultos jovens, a maloclusão não afeta a autoestima, sendo esta mais influenciada por parâmetros psicológicos, como a autopercepção, do que características craniofaciais.

Divergências também são encontradas em pesquisas que relacionam a autoestima como fator influente para procura de cirurgia ortognática. Enquanto alguns estudos mostram que a autoestima dos pacientes cirúrgicos-ortodônticos não diferiu da população em geral (STIRLING et al., 2007; WILLIAMS et al., 2009), Yu et al. (2013) verificaram que na China, a autoestima no grupo de candidatos à cirurgia era menor do que a do grupo controle.

Apesar de algumas investigações indicarem que a autoestima elevada está associada à satisfação com a vida, menos problemas de saúde, escovação e visitas ao dentista mais frequentes e menos impactos na saúde oral dos adolescentes (AGOU et al., 2008; AGOU et al., 2011; BROADBENT et al., 2006; ONYEASO, 2003), e que a autoestima instável aumenta os riscos para saúde oral (DUMITRESCU; DOGARU, C.B.; DOGARU, C.D., 2008) são raras e inconsistentes as explicações apontadas pelos estudos quando se procura conhecer associações entre a autoestima e os comportamentos de saúde bucal entre os adolescentes.

Ante o exposto, o presente estudo se propõe investigar a associação da autoestima e os comportamentos de saúde bucal dos adolescentes, em função de suas características sociodemográficas, para colaborar com políticas públicas e profissionais de saúde na assistência desses jovens.

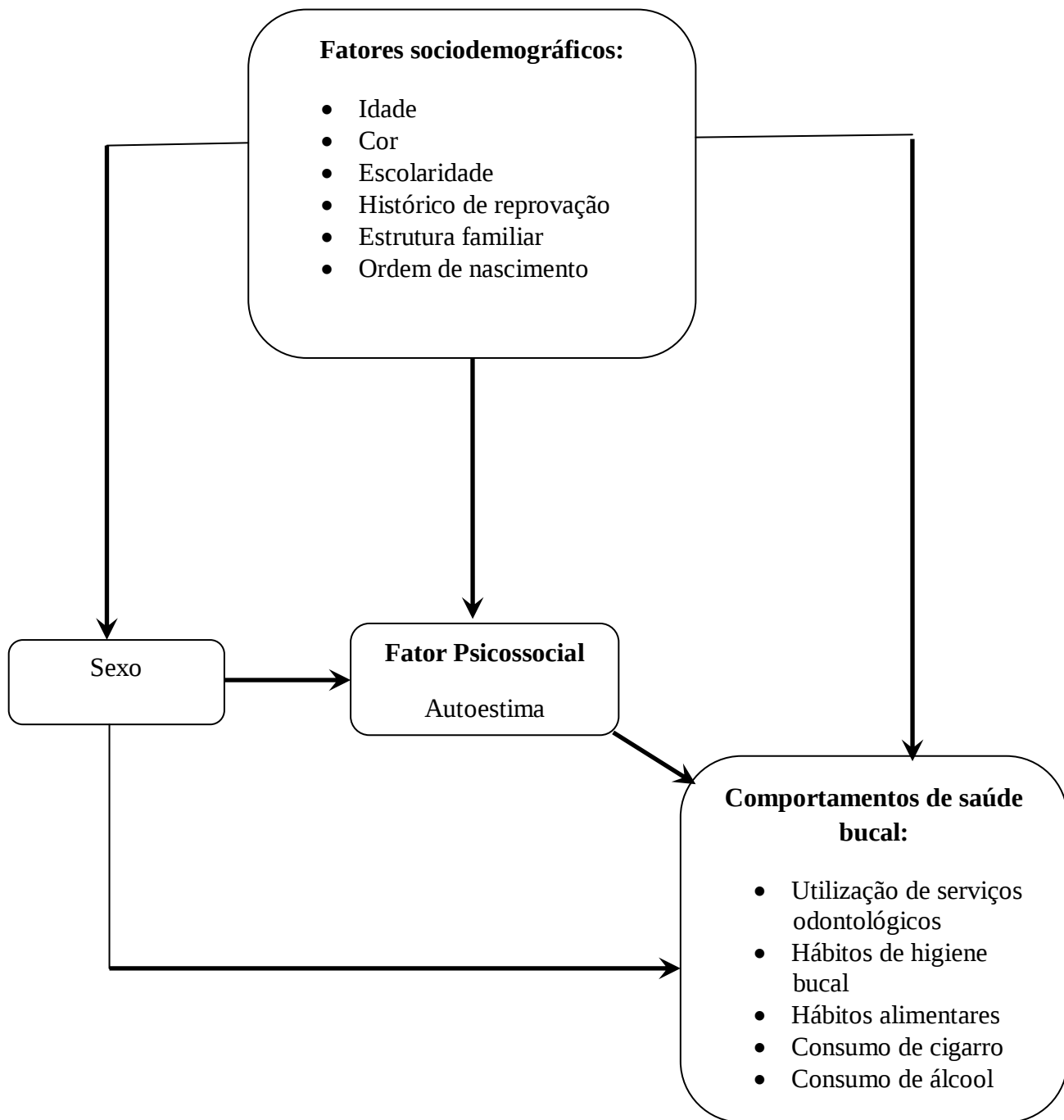


Figura 1- Modelo teórico do estudo. Adaptado do modelo de Dahlgren; Whitehead (1993)

3 MÉTODOS

3.1 Desenho do estudo

A presente pesquisa é definida como estudo epidemiológico de corte transversal, analítico, com abordagem quantitativa, a partir de dados secundários.

A descrição do estudo principal encontra-se no APÊNDICE A.

3.2 População do estudo

Dados secundários de adolescentes com idade entre 14 e 19 anos (nascidos entre os anos 1995 e 2000), de ambos os sexos.

3.2.1 Critérios de inclusão

Questionários respondidos pelos adolescentes com idade entre 14 e 19 anos, matriculados em escolas da rede pública (municipais e estaduais) da cidade de São Lourenço da Mata - PE.

3.2.2 Critérios de exclusão

Questionários respondidos de maneira incompleta.

3.3 Métodos de coleta dos dados

Para este estudo, foram utilizados os dados, cedidos pela equipe de pesquisa (ANEXO A), da segunda fase da coorte “Estudo das condições de saúde bucal e psicossociais de adolescentes de São Lourenço da Mata”, realizada em 2014 e intitulada “Associação entre saúde bucal e fatores psicossociais”.

Foram extraídos os dados referentes às questões sociodemográficas, psicossociais (autoestima), e comportamentos relacionados à saúde bucal dos adolescentes, provenientes das questões 01-06, 08, 32-43, 47-51, 63-72 (ANEXO B), de acordo com os dados no quadro seguinte:

Instrumento	Variável (is)	Fonte (s)	Número das questões	Página(s)
Questionário Sociodemográfico	Sociodemográficas	BRASIL, 2013	01-06, 09	76
Questionário sobre diversos comportamentos que têm relação com a saúde bucal	Comportamentais	BRASIL, 2013; SILVA, 2011; VETTORI et al., 2012	32-43, 47-51	79-81
Questionário para avaliação de autoestima	Autoestima	ROSENBERG, 1989	63-72	83

Quadro 1- Instrumentos para coleta de dados da pesquisa.

3.4 Variáveis de estudo

Para o presente estudo foram tomados como referência as seguintes variáveis.

3.4.1 Variável dependente

Fator psicossocial, mensurado a partir da análise do componente autoestima.

A dimensão “**Autoestima**” foi avaliada a partir da escala de Rosenberg (1989) que refere a posição do adolescente quanto ao apreço ou valorização que cada um tem de si próprio, mediante situações adversas ou não, permitindo-lhe confiança sobre suas ações.

A Escala de Autoestima de Rosenberg é considerada medida padrão (BUENO et al., 2010), em função de suas boas propriedades psicométricas e fácil aplicabilidade (ASSIS et al., 2003). A versão utilizada neste estudo foi a proposta por Hutz (2000), traduzida para o português, devido a boa consistência interna, na qual o coeficiente alfa de Cronbach apresentou o valor de 0,86 (SBICIGO et al., 2010) (ANEXO B, questões 63-72, página 83).

Trata-se de uma escala de três pontos do tipo Likert (1= discordo; 2= nem concordo, nem discordo; 3= concordo), realizada para facilitar a compreensão dos adolescentes. Das 10 questões, seis avaliam sentimentos positivos do indivíduo sobre si mesmo (de modo geral, estou satisfeito comigo mesmo; eu acho que tenho muitas boas qualidades; eu sou capaz de fazer tudo tão bem como as outras pessoas; eu sinto que sou uma pessoa de valor como as outras pessoas; eu tenho uma atitude positiva em relação a mim mesmo; eu tenho motivos para me orgulhar na vida) e quatro referem visão depreciativa (às vezes, eu penso que não presto para nada; eu sinto vergonha do jeito que sou; às vezes, eu me sinto inútil; levando tudo em conta, eu me sinto um fracasso) (SBICIGO et al., 2010).

A variável dependente deste estudo, ou seja, autoestima, originada a partir da escala de Rosenberg, produziu uma distribuição não normal. Portanto, para a análise foi criada uma variável binária a partir da utilização do percentil 75,0%. Sendo considerado como alto nível de autoestima aqueles com valores geral da escala acima deste percentil.

3.4.2 Variáveis independentes

As variáveis independentes foram ordenadas em dois grupos: dados sociodemográficos e comportamentos de saúde bucal.

“Dados sociodemográficos” envolvem sexo, idade, cor, escolaridade, histórico de reprovação, estrutura familiar e ordem de nascimento entre os irmãos (ANEXO B, questões 1-6, 8, página 76). Foram apontados em acordo com o questionário para dados sociodemográficos (BRASIL, 2013) e aqueles que responderam residir com no mínimo o pai e a mãe foram considerados como parte de uma família nuclear. Quando um dos pais não morava com o adolescente, a família foi categorizada como não nuclear.

“Comportamentos de saúde bucal” englobam utilização de serviços, hábitos de higiene, alimentação saudável, consumo de cigarro e álcool (ANEXO B, questões 32-43 e 47-51, páginas 79-81). A avaliação desses fatores foi registrada de acordo com os parâmetros utilizados em pesquisas anteriores (BRASIL, 2013; SILVA, 2011; VETTORE et al., 2012).

As variáveis da pesquisa, bem como sua categorização estão descritas no quadro a seguir:

Variável	Definição	Categorização
Autoestima		
Autoestima	Constructo que avalia o nível de autoestima	1- Baixo 2- Alto
Dados sociodemográficos		
Sexo	Sexo	1- Masculino 2- Feminino
Idade	Idade em anos	1- 14 anos 2- 15 anos 3- 16 anos 4- 18 anos 5- 19 anos
Cor	Cor da pele	1- Branca 2- Preta 3- Parda 4- Amarela 5- Indígena
Escolaridade	Em que série estuda	1- 1º ano do ensino fundamental 2- 2º ano do ensino fundamental 3- 3º ano do ensino fundamental 4- 4º ano do ensino fundamental 5- 5º ano do ensino fundamental 6- 6º ano do ensino fundamental 7- 7º ano do ensino fundamental

		8- 8º ano do ensino fundamental 10- 9º ano do ensino fundamental 11- 1º ano do ensino médio 12- 2º ano do ensino médio 13- 3º ano do ensino médio 9- Não sabe/ não respondeu
Histórico de reprovação	Se já foi reprovado	1- Sim 2- Não 3- Algumas vezes
Estrutura familiar	Com quem mora	1- Com o pai 2- Com a mãe 3- Com os avós 4- Com os irmãos 5- Com tios 6- Outros
Ordem de nascimento	Ordem de nascimento	1- Primeiro filho 2- Segundo filho 3- Terceiro filho 4- Quarto filho ou mais 9- Não sei
Comportamentos de saúde bucal		
Escova os Dentes	Se escova os dentes	1- Sim, todos os dias 2- Sim, mas não todos os dias 3- Não
Itens usados para higiene bucal	O que usa para limpar os dentes	1- Escova Dental 2- Creme Dental 3- Fio Dental 4- Palito de dente 5- Solução bucal para bochecho

		6- Outra coisa 7- Não costumo limpar os meus dentes
Consumo de alimento rico em carboidrato refinado	Quantas vezes ao dia consome alimento rico em carboidrato refinado do tipo pão, massas e salgados	1- 3 a 5 vezes ao dia 2- 1 vez ao dia 3- Menos de 3 dias por semana 4- Nunca
Consumo de alimento açucarado	Quantas vezes ao dia consome alimento açucarado do tipo doces em geral como biscoito recheado, chocolates, balas, chicletes, doce caseiro	1- 3 a 5 vezes ao dia 2- 1 vez ao dia 3- Menos de 3 dias por semana 4- Nunca
Consumo de bebida industrializada açucarada	Quantas vezes ao dia consome bebida industrializada açucarada como sucos em caixa e achocolatados	1- 3 a 5 vezes ao dia 2- 1 vez ao dia 3- Menos de 3 dias por semana 4- Nunca
Consumo de café, suco natural, leite e chá	Quantas vezes ao dia consome café, suco natural, leite e chá	1- 3 a 5 vezes ao dia 2- 1 vez ao dia 3- Menos de 3 dias por semana 4- Nunca
Consumo de frutas, hortaliças e cereais	Quantas vezes ao dia consome frutas, hortaliças e cereais	1- 3 a 5 vezes ao dia 2- 1 vez ao dia 3- Menos de 3 dias por semana 4- Nunca
Consumo de cigarro	Fuma cigarro	1- Sim 2- Não
Frequência do fumo	Quantas vezes fuma ao dia	1- 1 vez ao dia 2- 2 a 4 vezes ao dia 3- 5 vezes ao dia

		4- Mais de 5 vezes ao dia
Consumo de álcool	Consome bebida alcoólica	1- Sim 2- Não
Frequência do álcool	Quantas vezes consome bebida alcoólica por semana	1- 1 vez na semana 2- 2 a 4 vezes na semana 3- 5 vezes na semana 4- Mais de 5 vezes na semana
Acesso ao dentista	Se já foi ao dentista	1- Sim 2- Não
Tempo de ida ao dentista	Quando foi ao dentista pela última vez	1- Menos de 1 ano 2- De 1 ano a 2 anos 3- 3 anos ou mais 9- Não sei/ não lembro
Tipo de serviço odontológico	Tipo de serviço odontológico que geralmente usa	1- Particular 2- Plano de Saúde/ Convênio 3- Público (PSF-USF) 4- Público (UBS/Centro de Saúde) 5- Público (Faculdade Odontologia/ Hospital Universitário) 6- Público (consultório móvel) 7- Não sei/ não lembro
Principal motivo da consulta	Principal motivo da consulta odontológica	1- Revisão, prevenção ou <i>check-up</i> geral 2- Dor 3- Extração 4- Tratamento de Limpeza 5- Outros 6- Não se aplica

		9- Não sabe/ não respondeu
Motivo da procura ao dentista	Motivo da procura ao dentista	1- Quando nota que algum dente seu está escurecido (mancha escura no dente) 2- Quando algum dente está cariado (com “buracos”) 3- Quando algum dente está amarelado 4- Quando apenas sente dor de dente 5- Quando sua gengiva sangra ao comer, falar ou escovar os dentes 6- Quando algum dente está amolecido 7- Quando sai pus da gengiva 10- Nunca procuro um dentista 11- Outras razões
Comportamento frente à necessidade de tratamento odontológico	Caso precise de um tratamento dentário e gengival qual a conduta adotada	1- Aceita a indicação do dentista 2- Procura outro dentista 3- Tenta tratar com remédios ou outros 4- Espera o dente parar de doer 5- Espera a gengiva parar de sangrar 6- Não faz nada 7- Faz outras coisas

Quadro 2- Descrição das variáveis da pesquisa.

Os comportamentos em saúde também foram dicotomizados para a análise da influência da autoestima nesses comportamentos, como descrito no quadro abaixo:

Comportamentos em saúde		
Utilização do serviço odontológico	Regular	Acesso ao dentista – sim
		Tempo de ida ao dentista – menos de 1 ano
	Irregular	Acesso ao dentista - não
		Tempo de ida ao dentista – mais de 1 ano
Frequência de escovação dentária	Regular	Escova os dentes - sim, todos os dias
	Irregular	Escova os dentes - sim, mas não todos os dias; Escova os dentes - não
Hábitos de higiene bucal	Regular	Escova os dentes todos os dias
		Usa escova dental, creme dental e fio dental para higienizar os dentes
	Irregular	Não escova os dentes todos os dias
		Usa palito de dente ou outra coisa para higienizar os dentes
Hábitos alimentares	Saudável	Consome alimentos ricos em carboidrato refinado menos de 3 dias por semana
		Consome alimento açucarado menos de 3 dias por semana
		Consome bebida industrializada menos de 3 dias por semana
		Consome café, suco natural, leite e chá pelo menos 1 vez ao dia
		Consome frutas, hortaliças e cereais pelo menos 1 vez ao dia
	Não saudável	Consome alimentos ricos em carboidrato refinado pelo menos uma vez ao dia
		Consome alimento açucarado pelo menos uma vez ao dia

		Consome bebida industrializada pelo menos uma vez ao dia
		Consome café, suco natural, leite e chá menos de 3 dias na semana
		Consome frutas, hortaliças e cereais menos de 3 dias na semana
Consumo de cigarro	Menor risco	Não fuma
	Maior risco	Fuma
Consumo de álcool	Menor risco	Não consome bebida alcoólica
	Maior risco	Consome bebida alcoólica

Quadro 3- Dicotomização das variáveis de comportamentos em saúde.

3.5 Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada utilizando-se o programa SPSS Statistics Base, versão 18. Para avaliar os dados sociodemográficos (sexo, idade, cor, escolaridade, histórico de reprovação, estrutura familiar, ordem de nascimento), comportamentais (utilização do serviço odontológico, hábitos de higiene e saúde bucal, hábitos de alimentação, consumo de cigarro e álcool) foram calculadas as frequências percentuais e construídas as respectivas distribuições de frequência. Ainda, foram calculadas as prevalências do nível de autoestima dos alunos avaliados.

Para avaliar a influência dos fatores de perfil pessoal no nível de autoestima dos alunos, foram construídas as tabelas de contingência e aplicado o teste Qui-quadrado para independência. Ainda, utilizou-se o teste Qui-quadrado para independência, para avaliar a influência da autoestima nos comportamentos de saúde bucal dos alunos. Nos casos em que as suposições do teste Qui-quadrado não foram satisfatórias, aplicou-se o teste Exato de Fisher. Todas as conclusões foram extraídas considerando o nível de significância de 5,0%.

Na análise de regressão, apenas foram consideradas as variáveis que apresentaram significância na análise bivariada, a exceção do sexo. Esta foi mantida devido sua importância demonstrada pelo modelo teórico. As variáveis entraram no modelo por blocos, pelo método ENTER e a consistência dos modelos foi avaliada pelo teste de Hosmer-Lemeshow, sendo apresentadas as estimativas não-ajustadas e ajustadas com seus respectivos IC de 95,0%.

3.6 Aspectos éticos

A coleta de dados da presente pesquisa foi iniciada após obtenção da autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/ UFPE), inscrito no Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 55483116.4.0000.5208 (ANEXO C), respeitando os princípios da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Além da assinatura do termo de compromisso e confidencialidade pela pesquisadora do presente estudo (APÊNDICE B), foi solicitada anuência para a disponibilização do banco de dados à equipe (ANEXO A) e à instituição da pesquisa do estudo “Associação entre saúde bucal e fatores psicossociais” (ANEXO D).

A pesquisa original foi conduzida de acordo com os princípios éticos, em consonância com a Resolução nº 466/2012 do CNS, após ser aprovado pelo CEP/ UFPE, sob número de registro do CAAE: 48596115.4.000.5208 (ANEXO E).

Todos participantes e seus responsáveis legais foram informados sobre os objetivos da pesquisa e participaram mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), por aqueles com idade de 18 ou 19 anos. Quando menores de idade, foi solicitada a assinatura do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido, além da assinatura do TCLE pelo responsável.

4 RESULTADOS

Para esta pesquisa, dos 1.154 adolescentes participantes do estudo, com idades entre 14 e 19 anos, verificou-se que a maior proporção é do sexo feminino (53,5%), tem menos de 16 anos de idade (52,1%) e estuda entre o 1º e 3º ano do ensino médio (70,6) (Tabela 1).

Tabela 1. Dados sociodemográficos dos adolescentes matriculados em escolas públicas de São Lourenço da Mata - PE.

Fator avaliado	n	%
Sexo		
Masculino	537	46,5
Feminino	617	53,5
Idade		
< 16 anos	601	52,1
≥ 16 anos	545	47,9
Cor		
Branca	258	22,4
Preta	156	13,5
Parda	649	56,3
Amarela	38	3,3
Indígena	52	4,5
Escolaridade		
6º-9º ano do ensino fundamental	336	29,4
1º-3º ano do ensino médio	805	70,6
Histórico de reprovação		
Sim	468	40,9
Não	643	56,1
Algumas vezes	34	3,0
Estrutura familiar		
Família nuclear	636	55,1
Família não nuclear	518	44,9
Ordem de nascimento		
Primeiro	518	45,3
Segundo	343	30,0
Terceiro	155	13,5
Quarto	103	9,0
Não sei	25	2,2

No que se refere à distribuição do comportamento de higiene bucal, verifica-se que a maioria dos alunos tem bons comportamentos de saúde, já que escovam os dentes todos os dias (96,6%), utilizam escova dental (96,5%), não consome cigarro (98,7%) nem álcool (93,6%). No entanto, nota-se que a maior proporção dos alunos não apresenta boa alimentação no que se refere ao consumo de lanches, doces, bebidas industrializadas, café/leite, chás e frutas/legumes (96,0%) (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição dos comportamentos relacionados à saúde bucal dos adolescentes matriculados em escolas públicas de São Lourenço da Mata-PE.

Fator avaliado	n	%
Escova os Dentes		
Sim, todos os dias	1101	96,6
Sim, mas não todos os dias	38	3,3
Não	1	0,1
Itens usados para higiene bucal*		
Escova Dental	1114	96,5
Creme Dental	964	83,5
Fio Dental	586	50,8
Palito de dente	323	28,0
Solução bucal para bochecho	392	34,0
Outra coisa	19	1,6
Não costumo limpar os meus dentes	3	0,3
Alimentação saudável		
Sim	45	4,0
Não	1091	96,0
Consumo de cigarro		
Sim	15	1,3
Não	1136	98,7
Frequência de uso de cigarro		
1 vez ao dia	6	40,0
2 a 4 vezes ao dia	4	26,7
5 vezes ao dia	1	6,7
mais de 5 vezes ao dia	4	26,7
Consumo de álcool		
Sim	74	6,4
Não	1078	93,6
Frequência de uso álcool		
1 vez na semana	59	88,1
2 a 4 vezes na semana	8	11,9

*Questão não mutuamente exclusiva.

Na tabela 3, em relação ao acesso ao serviço de saúde bucal, registra-se que a maior proporção dos alunos tem acesso ao dentista (92,9%), foi ao dentista há menos de um ano (54,2%), e vai à consulta odontológica principalmente para fazer revisão, prevenção ou *check-up* geral (33,6%), sendo a possibilidade do dente estar cariado (48,4%) ou escurecido (39,9%) as principais razões dessas revisões.

Tabela 3. Distribuição da utilização dos serviços de saúde bucal pelos adolescentes matriculados em escolas públicas de São Lourenço da Mata - PE.

Fator avaliado	n	%
Acesso ao dentista		
Sim	1060	92,9
Não	81	7,1
Tempo de ida ao dentista		
Menos de 1 ano	602	54,2
De 1 ano a 2 anos	127	11,4
3 anos ou mais	103	9,3
Não sei/ não lembro	279	25,1
Tipo de serviço odontológico*		
Particular	613	53,1
Plano de Saúde/ Convênio	211	18,3
Público (PSF-USF)	239	20,7
Público (UBS/Centro de Saúde)	137	11,9
Público (Faculdade Odontologia/ Hospital Universitário)	54	4,7
Público (Consultório móvel)	56	4,9
Não sei, não lembro	158	13,7
Principal motivo da consulta		
Revisão, prevenção ou <i>check-up</i> geral	346	33,6
Dor	194	18,9
Extração	72	7,0
Tratamento de Limpeza	315	30,6
Outros	102	9,9
Motivo da procura ao dentista*		
Quando nota que algum dente seu está escurecido (mancha escura no dente)	460	39,9
Quando algum dente está cariado (com “buracos”)	559	48,4
Quando algum dente está amarelado	378	32,8
Quando apenas sente dor de dente	421	36,5
Quando sua gengiva sangra ao comer, falar ou escovar os dentes	221	19,2
Quando algum dente está amolecido	148	12,8
Quando sai pus da gengiva	132	11,4
Nunca procuro um dentista	52	4,5
Outras razões	249	21,6
Comportamento frente a necessidade de tratamento odontológico*		
Aceita a indicação do dentista	1003	86,9
Procuro outro dentista	114	9,9
Tento tratar com remédio ou outros	162	14,0
Espero o dente parar de doer	83	7,2
Espero a gengiva parar de sangrar	55	4,8
Não faz nada	61	5,3

*Questão não mutuamente exclusiva.

A tabela 4 demonstra a distribuição da classificação da autoestima nos escolares avaliados. Observa-se que a prevalência dos adolescentes com o alto nível de autoestima foi menor (24,1%).

Tabela 4. Distribuição da classificação da autoestima dos adolescentes matriculados em escolas públicas de São Lourenço da Mata - PE.

Nível de autoestima	n	%
Baixo	862	75,9
Alto	274	24,1

A distribuição da classificação do nível de autoestima, segundo os fatores sociodemográficos dos adolescentes entrevistados é apresentada na tabela 5. Destaca-se que, dentre os fatores sociodemográficos, apenas a idade apresentou significância (p-valor < 0,001). Constata-se que entre os fatores sociodemográficos houve baixa prevalência de alta autoestima.

Tabela 5. Distribuição da classificação do nível da autoestima segundo os fatores sociodemográficos dos adolescentes matriculados em escolas públicas de São Lourenço da Mata – PE.

Fator avaliado	Nível da autoestima		p-valor ¹
	Baixo	Alto	
Sexo			
Masculino	408(77,7%)	117(22,3%)	$\chi^2 = 1,794$ p = 0,180
Feminino	454(74,3%)	157(25,7%)	
Idade			
< 16 anos	472(80,3%)	116(19,7%)	$\chi^2 = 13,404$ p<0,001*
≥16 anos	383(70,9%)	157(29,1%)	
Cor			
Branca	195(76,8%)	59(23,2%)	$\chi^2 = 1,746$ p = 0,782
Preta	109(71,7%)	43(28,3%)	
Parda	491(76,6%)	150(23,4%)	
Amarela	28(75,7%)	9(24,3%)	
Indígena	39(76,5%)	12(23,5%)	
Escolaridade			
6º-9º ano do ensino fundamental	291(87,7%)	41(12,3%)	$\chi^2 = 1,727$ p = 0,189
1º-3º ano do ensino médio	558(70,9%)	229(29,1%)	
Histórico de reprovação			
Sim	338(73,5%)	122(26,5%)	$\chi^2 = 2,711$ p = 0,258
Não	492(77,6%)	142(22,4%)	
Algumas vezes	27(79,4%)	7(20,6%)	
Estrutura familiar			
Família nuclear	476(76,3%)	148(23,7%)	$\chi^2 = 0,122$ p = 0,727
Família não nuclear	386(75,4%)	126(24,6%)	
Ordem de nascimento			
Primeiro	383(75,1%)	127(24,9%)	$\chi^2 = 1,351$ p = 0,853
Segundo	258(76,8%)	78(23,2%)	
Terceiro	119(77,3%)	35(22,7%)	
Quarto	78(76,5%)	24(23,5%)	
Não sei	17(68,0%)	8(32,0%)	

¹p-valor do teste Qui-quadrado para independência (*Se p-valor < 0,05 o fator avaliado influencia no nível de autoestima).

A distribuição dos comportamentos de saúde bucal segundo o nível de autoestima está descrita na tabela 6. Verifica-se que o nível de autoestima foi significativo apenas no fator frequência de escovação dos dentes (p -valor = 0,004). Ainda observa-se que no grupo com baixo nível de autoestima, houve maior prevalência de alunos que não escovam os dentes todos os dias (94,7%). Para os demais fatores não foram encontradas diferenças significativas dos hábitos de saúde bucal entre os grupos de baixo e alto nível de autoestima.

Tabela 6. Distribuição dos comportamentos de saúde bucal segundo o nível de autoestima dos adolescentes matriculados em escolas públicas de São Lourenço da Mata – PE.

Fator avaliado	Nível da autoestima		p-valor
	Baixo	Alto	
Escova os Dentes			
Sim, todos os dias	814(75,1%)	270(24,1%)	p = 0,004 ²
Sim, mas não todos os dias	36(94,7%)	2(5,3%)	
Não	1(100,0%)	0(0,0%)	
Uso do fio dental			
Sim	430(74,4%)	148(25,6%)	$\chi^2 = 1,419$
Não	432(65,7%)	126(34,3%)	p = 0,234 ¹
Alimentação saudável			
Sim	34(75,6%)	11(24,4%)	$\chi^2 = 0,003$
Não	828(75,9%)	263(24,1%)	p = 0,959 ¹
Consumo de cigarro			
Sim	12(80,0%)	3(20,0%)	p = 1,000 ²
Não	847(75,8%)	271(24,2%)	
Consumo de álcool			
Sim	53(72,6%)	20(27,4%)	$\chi^2 = 0,446$
Não	807(76,1%)	254(23,9%)	p = 0,504 ¹
Acesso ao dentista			
Sim	785(75,2%)	259(24,8%)	$\chi^2 = 2,316$
Não	67(82,7%)	14(17,3%)	p = 0,128 ¹
Tipo de serviço odontológico*			
Particular	444(73,0%)	164(27,0%)	$\chi^2 = 9,460$ p = 0,149 ¹
Plano de Saúde/ Convênio	159(76,4%)	49(23,6%)	
Público (PSF-USF)	181(76,4%)	56(23,6%)	
Público (UBS/Centro de Saúde)	98(72,6%)	37(27,4%)	
Público (Faculdade Odontologia/ Hospital Universitário)	41(75,9%)	13(24,1%)	
Público (Consultório móvel)	42(76,4%)	13(23,6%)	
Não sei/ não lembro	130(84,4%)	24(15,6%)	
Tempo de ida ao dentista			
Menos de 1 ano	439(73,8%)	156(26,2%)	$\chi^2 = 3,783$ p = 0,286 ¹
De 1 ano a 2 anos	93(73,2%)	34(26,8%)	
3 anos ou mais	80(80,2%)	21(19,8%)	
Não sei/ não lembro	217(78,9%)	58(21,1%)	
Principal motivo da consulta			
Revisão, prevenção ou check-up geral	250(72,9%)	93(27,1%)	$\chi^2 = 6,432$ p = 0,169 ¹
Dor	148(76,7%)	45(23,3%)	
Extração	48(66,7%)	24(33,3%)	
Tratamento de Limpeza	229(74,1%)	80(25,9%)	
Outros	83(82,2%)	18(17,8%)	

¹p-valor do teste Qui-quadrado para independência (Se p-valor < 0,05 o fator avaliado influencia no nível de autoestima). ²p-valor do teste Exato de Fisher. *Questão não mutuamente exclusiva.

A tabela 7 apresenta a distribuição dos comportamentos de saúde bucal dicotomizados segundo o nível de autoestima. Verifica-se que apenas a utilização de serviços odontológicos sofre influência significativa do nível da autoestima do aluno (p -valor = 0,033). Sendo possível observar que o grupo de alunos com baixo nível de autoestima apresentou maior prevalência da utilização irregular dos serviços odontológicos.

Tabela 7. Distribuição dos comportamentos de saúde bucal dicotomizados segundo o nível de autoestima dos adolescentes matriculados em escolas públicas de São Lourenço da Mata - PE.

Fator avaliado	Nível da autoestima		p-valor
	Baixo	Alto	
Utilização de serviços odontológicos			
Regular	408(73,1%)	150(26,9%)	$\chi^2 = 4,571$
Irregular	454(78,5%)	124(21,5%)	p = 0,033 ¹ *
Hábitos de higiene bucal			
Regular	368(73,6%)	132(26,4%)	$\chi^2 = 2,537$
Irregular	494(77,7%)	142(33,3%)	p = 0,111 ¹
Alimentação			
Saudável	34(75,6%)	11(24,4%)	$\chi^2 = 0,003$
Não saudável	828(75,9%)	263(24,1%)	p = 0,959 ¹
Consumo de cigarro			
Menor risco	847(75,8%)	271(24,2%)	p = 1,000 ²
Maior risco	12(80,0%)	3(20,0%)	
Consumo de álcool			
Menor risco	807(76,1%)	254(23,9%)	$\chi^2 = 0,446$
Maior risco	53(72,6%)	20(27,4%)	p = 0,504 ¹

¹p-valor do teste Qui-quadrado para independência (*Se p -valor < 0,05 a autoestima influencia nos hábitos de saúde bucal). ²p-valor do teste Exato de Fisher.

Ao utilizar o modelo de regressão, foram empregadas as variáveis sexo, idade, utilização de serviços e escovação dos dentes. Após ajuste ficou evidenciada a significância da influência da autoestima na idade (p-valor = 0,001) e na escovação regular (p-valor = 0,019), além da perda do valor estatístico da utilização de serviços odontológicos com regularidade (p-valor = 0,110) (Tabela 8).

Tabela 8. Resultados da regressão logística múltipla.

Fator avaliado	Não ajustada Odds (95,0% IC)	p-valor	Ajustada Odds (95,0% IC)	p-valor
Sexo				
Feminino	1,21(0,92-1,59)	0,181	1,14(0,86-1,50)	0,374
Masculino	1		1	
Idade				
≥16 anos	1,67(1,27-2,20)	0,000*	1,64(1,24-2,16)	0,001*
< 16 anos	1		1	
Utilização de serviços odontológicos				
Regular	1,35(1,02-1,77)	0,033*	1,26(0,95-1,66)	0,110
Irregular	1		1	
Frequência de escovação dentária				
Regular	6,14(1,47-25,62)	0,013*	5,56(1,33-23,36)	0,019*
Irregular	1		1	

*Se p-valor < 0,05 a autoestima influencia nos hábitos de saúde bucal.

5 DISCUSSÃO

Neste estudo, com escolares de 14 a 19 anos, foi possível estabelecer associação entre autoestima e comportamentos de saúde bucal. Haja vista que adolescentes com padrões mais elevados de autoestima apresentaram comportamentos mais favoráveis a sua saúde bucal, quando comparados aos seus semelhantes com menor autoestima, sendo significativa a sua mediação no que se referem à frequência de escovação e à idade.

Essa constatação foi possível após a caracterização da população estudada, em relação aos padrões de autoestima, características sociodemográficas e comportamentais relativas à saúde bucal.

Na adolescência, as diferenças sociais, de oportunidades, de realização e intensas mudanças físico-psíquico-sociais são ameaças à autoestima com proporções mais expressivas e consequências que podem alterar os comportamentos de saúde por toda vida do indivíduo (AGOU et al., 2011; BANDEIRA; HUTZ, 2010; FOSTER PAGE et al., 2013; LOCKER, 2009; MARMOT, 2003; ONYEASO, 2003; SOUSA, 2008; STEINBERG, 1999; TRZESNIEWSKI; DONNELLAN; ROBINS, 2003).

Esses desafios biopsicossociais vividos pelos adolescentes têm resultados positivos ou negativos que influenciam no nível de autoestima (KIVIRUUSU et al., 2015). No nosso estudo, foram encontrados resultados semelhantes aos encontrados em escolares da Nova Zelândia (FOSTER PAGE et al., 2013), nos quais a menor proporção dos participantes manifestou alta autoestima, alertam como a adolescência pode ameaçar o nível desse fator psicossocial.

Ainda assim, verificamos que os escolares maiores de 16 anos de idade apresentaram alto nível de autoestima quando comparados aos adolescentes mais jovens. Esse resultado se aproxima aos encontrados em estudos longitudinais, que apontam evolução positiva da autoestima entre a adolescência e a vida adulta, tornando-se estável com o passar dos anos (BIRKELAND, et al., 2012; EROL; ORTH, 2011; KIVIRUUSU et al., 2015), o que ratifica a hipótese de formação da autoestima de Rosenberg (1989), ao comprovar que esse sentimento é produto das transições oriundas do desenvolvimento humano (ERIKSON, 1977; HAVIGHURST, 1953) e evidencia a primordialidade de trabalhar com maior empenho a autoestima em sujeitos mais novos.

Outros fatores sociodemográficos têm sido associados aos níveis de autoestima. Mesmo não sendo estatisticamente significativa, encontramos o sexo masculino com maior autoestima que o feminino. Esse resultado aumenta as divergências entre os estudos, já que

enquanto alguns corroboram a nossa pesquisa (BIRO et al., 2006; DUMITRESCU; DOGARU, C.B.; DOGARU, C.D., 2008; HEATHERTON; WYLAND, 2003; KIVIRUUSU et al., 2015; MCMULLIN; CAIRNEY, 2004), outros não apontam desigualdade entre os sexos (EROL; ORTH, 2011; MEIER et al., 2011; ORTH; ROBINS; WIDAMAN, 2012). A desigualdade do nível de autoestima entre os sexos pode estar relacionada à diferença da fonte primária de autoestima, em que as mulheres são mais influenciadas pelas relações sociais e, os homens, pelo êxito em objetivos sociais.

Também não encontramos relação significativa entre autoestima e as relações escolares e familiares, o que provoca o questionamento do real efeito desses relacionamentos na autoestima, já que existem evidências de repercussão positiva quando os jovens estão inseridos em uma família estruturada (D'ONOFRIO et al., 2006), existe apego e apoio dos pais (KANG; JEON; KWON, 2015) e não tem histórico de reprovação escolar (KIVIRUUSU et al., 2015). No entanto, o desempenho escolar merece atenção especial porque reflete na autoaceitação, confiança e, conseqüente, desempenho social (BANDEIRA; HUTZ, 2010; STEINBERG, 1999). Ou seja, acredita-se que a autoestima do adolescente é apoiada no *feedback* de pessoas importantes e, quando esses relacionamentos aumentam a autoestima, elevam também o sentimento de competência de enfrentamento dos acontecimentos, como seus problemas de saúde bucal (KÄLLESTÅL; DAHLGREN; STENLUND, 2000).

Somado ao exposto, embora a relação entre autoestima e saúde bucal tenha sido relatada na literatura (AGOU et., 2008; AGOU et al., 2011; BROADBENT et al., 2006; DUMITRESCU; DOGARU, C.B.; DOGARU, C.D., 2008; ONYEASO, 2003), existe carência de estudos com modelos explicativos que abordem os adolescentes, seus comportamentos de saúde bucal, e que utilizem instrumentos validados.

Assim como, sabe-se que entre os adolescentes, o tipo mais comum de necessidade de saúde não atendida, refere-se aos cuidados odontológicos (SRINIVASAN et al., 2015). No entanto, observamos nesta pesquisa que 92,9% dos adolescentes têm acesso ao dentista, sendo, em sua maioria, serviços do tipo particular (53,1%) e, como principal motivo para consulta registra-se revisão, prevenção ou *check-up* geral (33,6%).

Nesta perspectiva, consideramos que escolares do sexo feminino, mais velhas e com alta autoestima escovam os dentes mais regularmente, de forma satisfatória, além de existir num grupo maior procura pela assistência odontológica. Durante a investigação da modulação da autoestima sobre os comportamentos de saúde bucal, foi possível identificar que esse fator psicossocial interfere significativamente nos comportamentos positivos de escovação dentária.

Os adolescentes participantes desta pesquisa com alto nível de autoestima relataram escovar seus dentes com mais frequência. Relação equivalente foi encontrada por Knecht et al. (2001) ao verificarem que a autoestima pode determinar a aderência aos comportamentos de saúde oral. Como também, Honkala, S., Honkala, E. e Al-Sahli (2007) acreditam que a ausência de preocupação com a aparência pessoal é a explicação para a clara redução da escovação dentária entre os escolares kuwaitianos, que mencionaram sentimentos de infelicidade, solidão, exclusão social e dificuldades de relacionamento.

Também foi possível verificar, através da regressão, que a importância da utilização do serviço odontológico diminuiu em relação ao período da adolescência e ao hábito saudável de higiene bucal. Esse achado pode ser justificado pela relação inversa entre aqueles que possuem melhores hábitos de saúde bucal e os que procuram os serviços odontológicos com mais frequência.

Ainda reconhecendo a existência de um risco maior para saúde bucal entre pessoas com autoestima instável, esse sentimento também não influenciou a frequência da consulta odontológica e a razão principal dessa consulta, dos estudantes romenos interrogados por Dumitrescu, Dogaru, C. B. e Dogaru, C. D. (2008). O mesmo aconteceu quando esses mesmos autores, em 2009, tentaram encontrar associação desses comportamentos com o autocontrole e a autoconfiança.

Outros comportamentos estudados, comuns na adolescência e que chamaram nossa atenção, foram o consumo de alimentos não saudáveis, fumo e bebidas alcoólicas. Apesar de estar bem fundamentado na literatura que esses hábitos manifestam riscos à saúde, incluindo a bucal (WATT, 2005; WATT et al., 2006), o poder dos fatores psicossociais sobre eles ainda é divergente. Nossos resultados não evidenciam associações entre a autoestima e o consumo de cigarro e álcool. No entanto, existem estudos que relacionam o sentimento de estigmatização dos fumantes aos baixos níveis de autoestima (ARIZA et al., 2003; BAUMEISTER et al., 2003), e outros apontam a autoestima como fator protetivo do fumo (DUMITRESCU; DOGARU, C. B.; DOGARU, C. D., 2008; KIVIRUUSU et al., 2015; RUEDA-JAIMES et al., 2009).

O álcool parece ter papel semelhante ao tabaco. Enquanto jovens com baixa autoestima relataram beber mais para escapar da infelicidade, os que tinham autoestima elevada justificaram o maior consumo de bebida alcoólica pela necessidade de minimizar sua vulnerabilidade entre o grupo social, durante os momentos de recreação (BAUMEISTER et al., 2003). A ausência de associações claras pode estar no envolvimento de diferentes

fenômenos agrupados e na infidelidade do jovem ao relatar suas atitudes de risco, geralmente marginalizadas pela população.

A sensação de discriminação não deve ter se repetido nos relatos dos hábitos alimentares, uma vez que a maior proporção dos adolescentes que participaram dessa pesquisa admitir a prevalência de alimentos não saudáveis em suas dietas, independente do grau de autoestima. Contudo, cabe atenção para as motivações alimentares desses jovens, dado que a relação da autoestima com os distúrbios alimentares é muito consistente. Já entre escolares suecos, a autoestima elevada interferiu positivamente em escolhas alimentares saudáveis (KÄLLESTÅL; DAHLGREN; STENLUND, 2000).

Diante do exposto, a interpretação de nossos resultados deve levar em consideração a limitação metodológica que a amostra não é representativa da população em geral. Por se tratar de um estudo de base escolar, realizado na rede pública, a generalização dos resultados para todos os adolescentes de 14 a 19 anos de idade do estado de Pernambuco fica comprometida. Portanto, a possibilidade de generalizar os achados do presente estudo deve ser testada, replicando-os em outras populações.

Apesar disso, essa metodologia tem sido adotada em inúmeras pesquisas, pela facilidade em acessar esse grupo populacional e pelos benefícios decorrentes do estudo, o que permite o planejamento integrado dos setores da saúde e educação junto ao público-alvo.

Acredita-se que as evidências apresentadas neste estudo podem auxiliar na identificação de subgrupos mais vulneráveis e, conseqüentemente, na tomada de decisões e no planejamento de estratégias de intervenção adequadas. Ademais, podem suscitar o desenvolvimento de outras investigações.

Assim, as nossas constatações enfatizam a necessidade de estudos de intervenção que busquem melhorar o sentimento de autoestima em adolescentes. Dessa maneira, as informações geradas favorecerão consideravelmente a compreensão da influência desse fator psicossocial na saúde bucal, e servirão de apoio, para profissionais odontológicos e não odontológicos, nas suas decisões, concepção e desenvolvimento de protocolos para uma efetiva promoção de saúde entre os jovens.

Além disso, nossos achados despertam questões que podem ser esclarecidas em estudos futuros. Para eles, recomendamos pesquisar as conseqüências da modulação da autoestima nos comportamentos de saúde bucal; e, os possíveis fatores envolvidos, como os diferentes domínios do apoio social, a percepção corporal, a valorização da estética, os fatores socioeconômicos e as atividades de lazer e emprego.

Essas sugestões podem ter melhores dimensões se incluídas em estudos de acompanhamento longitudinal, para que se possa conhecer com mais afinco o impacto desses fatores durante as diferentes faixas etárias, e assim, planejar ações específicas diante as necessidades de cada grupo, melhorando a atenção prestada e a qualidade de vida da população.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo confirmam a modulação da autoestima sobre os comportamentos de saúde bucal de adolescentes e validam nosso modelo. Independente do sexo, escolares maiores de 16 anos e com a autoestima elevada, escovam seus dentes com maior frequência, adquirindo, possivelmente, melhor saúde bucal.

No entanto, os níveis de autoestima não foram significantes na relação entre cor da pele, desempenho escolar, estrutura familiar, tipo de alimentação, consumo de cigarro e álcool, uso de fio dental, motivo da consulta com o dentista, e utilização e tipo de serviço odontológico. Mesmo assim, a análise dos dados sociodemográficos, comportamentais e psicossocial possibilitou conhecer o perfil dos escolares do município de São Lourenço da Mata-PE, na qual foram obtidas informações importantes quanto a autoestima, hábitos de higiene bucal e utilização dos serviços de saúde, além de possibilitar a associação da autoestima com as características sociodemográficas e seus comportamentos de saúde.

Dessa maneira, enfatizamos a importância dos fatores psicossociais como mediadores de saúde bucal, sendo necessário elevar a autoestima dos jovens para melhorar seus comportamentos de saúde bucal. Tornando a análise e o exercício dos determinantes psicológicos na saúde bucal dos adolescentes partes imprescindíveis para promoção e prevenção de saúde efetivas.

REFERÊNCIAS

- ABDI, T. A.; RUITER, R. A. C.; ADAL, T. A. Personal, Social and Environmental Risk Factors of Problematic Gambling Among High School Adolescents in Addis Ababa, Ethiopia. **Journal of Gambling Studies**, v. 31, n. 1, p. 59–72, 2015.
- AGOU, S. et al. Impact of self-esteem on the oral-health-related quality of life of children with malocclusion. **American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics**, v. 134, n. 4, p. 484–489, 2008.
- AGOU, S. et al. Does psychological well-being influence oral-health-related quality of life reports in children receiving orthodontic treatment? **American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics**, v. 139, n. 3, p. 369–377, 2011.
- ALBANDAR, J. M. Global risk factors and risk indicators for periodontal diseases. **Periodontology** 2000, v. 29, p. 177–206, jan. 2002.
- AMIRAZODI, F.; AMIRAZODI, M. Personality traits and Self-esteem. **Procedia - Social and Behavioral Sciences**, v. 29, p. 713–716, 2011.
- ANDERSEN, R. M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **Journal of Health and Social Behavior**, v. 36, n. 1, p. 1–10, mar. 1995.
- ARIZA, C. et al. Tendencias en el consumo de tabaco, alcohol y cannabis de los escolares de Barcelona (1987-1999). **Gaceta Sanitaria**, v. 17, n. 3, p. 190-195, 2003.
- ASLUND, M. et al. Effects of two different methods of non-surgical periodontal therapy on patient perception of pain and quality of life: a randomized controlled clinical trial. **Journal of Periodontology**, v. 79, n. 6, p. 1031–40, jul. 2008.
- ASSIS, S. G. DE; AVANCI, J. Q. **Labirinto de espelhos: formação da auto-estima na infância e adolescência**. Editora FIOCRUZ, 2004.
- ASSIS, S. G. et al. A representação social do ser adolescente: um passo decisivo na promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 3, p. 669–679, 2003.
- BALDWIN, S. A.; HOFFMANN, J. P. The Dynamics of Self-Esteem: A Growth-Curve Analysis. **Journal of Youth and Adolescence**, v. 31, n. 2, p. 101–113, 2002.
- BANDEIRA, C. D. M.; HUTZ, C. S. As implicações do bullying na auto-estima de adolescentes. **Psicologia Escolar e Educacional (Impresso)**, v. 14, p. 131–138, 2010.
- BAUMEISTER, R. F. et al. Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles?. **Psychological Science in the Public Interest**, v. 4, n. 1, p. 1-44, 2003.
- BERNABÉ, E. et al. The relationship among sense of coherence, socio-economic status, and oral health-related behaviours among Finnish dentate adults. **European Journal of Oral Sciences**, v. 117, n. 4, p. 413–8, ago. 2009.

BEZERRA, J. et al. Consumo de bebidas alcoólicas e tabagismo: associação com inatividade física no lazer e comportamento sedentário. **Revista Andaluza de Medicina del Deporte**, v. 8, n. 1, p. 1-6, 2015.

BIRKELAND, M. S. et al. Trajectories of global self-esteem development during adolescence. **Journal of adolescence**, v. 35, n. 1, p. 43-54, 2012.

BIRO, F. M. et al. Impact of timing of pubertal maturation on growth in black and white female adolescents: The National Heart, Lung, and Blood Institute Growth and Health Study. **The Journal of Pediatrics**, v. 138, n. 5, p. 636-43, maio 2001.

BIRO, F. M. et al. Pubertal maturation in girls and the relationship to anthropometric changes: pathways through puberty. **The Journal of Pediatrics**, v. 142, n. 6, p. 643-6, jul. 2003.

BIRO, F. M. et al. Self-Esteem in Adolescent Females. **Journal of Adolescent Health**, v. 39, n. 4, p. 501-507, 2006.

BLOCK, J.; ROBINS, R. W. A longitudinal study of consistency and change in self-esteem from early adolescence to early adulthood. **Child development**, v. 64, n. 3, p. 909-23, jul. 1993.

BOLOGNINI, M. et al. Self-esteem and mental health in early adolescence: development and gender differences. **Journal of adolescence**, v. 19, n. 3, p. 233-45, jul. 1996.

BOS, A.; HOOGSTRATEN, J.; PRAHL-ANDERSEN, B. Expectations of treatment and satisfaction with dentofacial appearance in orthodontic patients. **American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics**, v. 123, n. 2, p. 127-32, mar. 2003.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Características da população e dos domicílios - Resultados do universo. Rio de Janeiro 2011. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=261370&search=pernambuco|sao-lourenco-da-mata> Acesso em: 27 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia alimentar para a população brasileira**. Brasília 2006.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2012**. Rio de Janeiro 2013.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015**. Rio de Janeiro 2016.

BROADBENT, J. M.; THOMSON, W. M.; POULTON, R. Oral health beliefs in adolescence and oral health in young adulthood. **Journal of Dental Research**, v. 85, n. 4, p. 339-43, maio 2006.

BUENO, C. O.; STRELHOW, M. R. W.; CÂMARA, S. G. Inserção em grupos formais e qualidade de vida entre adolescentes. **Rev. Psico-USF**, v. 15, n. 3, p. 311-320, set-dez 2010.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 77–93, 2007.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTO - CNES. **Banco de dados**. 2015. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabpe.def> Acesso em: 26 jan. 2016.

CAMACHO, L. M. Y. **Violência e indisciplina nas práticas escolares de adolescentes: um estudo das realidades de duas escolas semelhantes e diferentes entre si**. Universidade de São Paulo, 2000.

CARMO, M. B. DO et al. Consumo de doces, refrigerantes e bebidas com adição de açúcar entre adolescentes da rede pública de ensino de Piracicaba, São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 9, n. 1, p. 121–130, mar. 2006.

CARVALHO, R. W. F. et al. Aspectos psicossociais dos adolescentes de Aracaju (SE) relacionados à percepção de saúde bucal Psychosocial aspects of teenager in Aracaju , Sergipe State , related to oral health perception. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. Supl. 1, p. 1621–1628, 2011.

CARVALHO, P. D. et al. Condutas de risco à saúde e indicadores de estresse psicossocial em adolescentes estudantes do Ensino Médio. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 11, p. 2095-2105, 2011.

CASTRO, I. R. R. DE et al. Vigilância de fatores de risco para doenças não transmissíveis entre adolescentes: a experiência da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 10, p. 2279–2288, out. 2008.

COGOLLO-MILANÉS, Z.; GÓMEZ-BUSTAMANTE, E. M. Variables asociadas al inicio del consumo de cigarrillo en adolescentes estudiantes de básica secundaria de los colegios oficiales de la ciudad de Cartagena, Colombia. **Aquichan**, v. 14, n. 2, 2014.

COLE, D. A. et al. The development of multiple domains of child and adolescent self-concept: a cohort sequential longitudinal design. **Child Development**, v. 72, n. 6, p. 1723–46, jan. 2001.

COOPERSMITH, S. **The antecedents of self-esteem**. San Francisco: W.H. Freeman, 1967.

COSTA, M. C. O.; BIGRAS, M. Mecanismos pessoais e coletivos de proteção e promoção da qualidade de vida para a infância e adolescência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 5, p. 1101–1109, out. 2007.

COSTA, M. S. S.; AMORIM, E. C. M; RODRIGUES, M. A percepção de saúde bucal e prevalência de cárie dos adolescentes da área de abrangência do programa de interiorização do trabalho em saúde (PITS) no município de Caraúbas-RN. **Rev. Saúde Natal**, v. 16, n. 2, p. 25–34, 2002.

CROCKER, J.; WOLFE, C. T. Contingencies of self-worth. **Psychological review**, v. 108, n. 3, p. 593–623, jul. 2001.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **Tackling inequalities in health: what can we learn from what has been tried?** Background paper for the King's Fund International Seminar on Tackling Health Inequalities. Ditchely Park, Oxford: King's Fund, 1993.

D'ONOFRIO, B. M. et al. A genetically informed study of the processes underlying the association between parental marital instability and offspring adjustment. **Developmental Psychology**, v. 42, n. 3, p. 486, 2006.

DORRI, M.; SHEIHAM, A.; WATT, R. G. Relationship between general hygiene behaviours and oral hygiene behaviours in Iranian adolescents. **European Journal of Oral Sciences**, v. 117, n. 4, p. 407–412, 2009.

DORRI, M.; SHEIHAM, A.; WATT, R. G. Modelling the factors influencing general and oral hygiene behaviours in adolescents. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v. 20, p. 261–9, 2010.

DUMITRESCU, A. L.; DOGARU, C. B.; DOGARU, C. D. Instability of self-esteem and affective lability as determinants of self-reported oral health status and oral health-related behaviors. **The Journal of Contemporary Dental Practice**, v. 9, n. 1, p. 38–45, 2008.

DUMITRESCU, A. L.; DOGARU, B. C.; DOGARU, C. D. Self-control and self-confidence: their relationship to self-rated oral health status and behaviours. **Oral health & preventive dentistry**, v. 7, n. 2, 2009.

ELIAS, M. S. et al. A importância da saúde bucal para adolescentes de diferentes estratos sociais do município de Ribeirão Preto. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 9, n. 1, p. 88–95, 2001.

ERIKSON, E. H. **Childhood and Society**. Triad / Paladin, Frogmore, Inglaterra, 1977.

EROL, R. Y.; ORTH, U. Self-esteem development from age 14 to 30 years: a longitudinal study. **Journal of personality and social psychology**, v. 101, n. 3, p. 607, 2011.

FERRIE, J. E. et al. Future uncertainty and socioeconomic inequalities in health: the Whitehall II study. **Social Science & Medicine**, v. 57, n. 4, p. 637–646, ago. 2003.

FLORES, E. M. T. L.; DREHMER, T. M. Conhecimentos, percepções, comportamentos e representações de saúde e doença bucal dos adolescentes de escolas públicas de dois bairros de Porto Alegre. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 3, p. 743–752, 2003.

FOSTER PAGE, L. A. et al. Clinical status in adolescents: Is its impact on oral health-related quality of life influenced by psychological characteristics? **European Journal of Oral Sciences**, v. 121, n. 3 PART1, p. 182–187, 2013.

FOSTER PAGE, L. A. et al. Factors influencing adolescents' oral health-related quality of life (OHRQoL). **International Journal of Paediatric Dentistry**, v. 23, n. 6, p. 415-423, 2013.

FREIRE, M. Fatores psicossociais, cárie dentária e comportamentos em saúde bucal. **Rev ABOPREV**, v. 4, n. 1, p. 21–28, 2001.

FUHRER, R. et al. Socioeconomic position, health, and possible explanations: a tale of two cohorts. **American Journal of Public Health**, v. 92, n. 8, p. 1290–4, ago. 2002.

GARCIA, D. M. et al. Nutritional status, nutritional self-perception, and use of licit drugs in adolescents. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 33, n. 3, p. 332-339, 2015.

GAVRIC, A. et al. Craniodentofacial characteristics, dental esthetics–related quality of life, and self-esteem. **American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics**, v. 147, n. 6, p. 711–718, 2015.

GITAU, T. M. et al. Eating attitudes, body image satisfaction and self-esteem of South African Black and White male adolescents and their perception of female body silhouettes. **Journal of Child & Adolescent Mental Health**, v. 26, n. 3, p. 193–205, jan. 2014.

GOLDESTSTEIN, R. E. **Estética em odontologia**. 2^a. ed. São Paulo: Livraria e Editora Santos, 2000.

GRAY-LITTLE, B.; HAFDAHL, A. R. Factors influencing racial comparisons of self-esteem: a quantitative review. **Psychological bulletin**, v. 126, n. 1, p. 26–54, jan. 2000.

HAVIGHURST, R. J. Human development and education. Longmans, Green, New York (1953).

HEATHERTON, T. F.; WYLAND, C. L. Assessing self-esteem. **Positive psychological assessment: A handbook of models and measures**, p. 219-233, 2003.

HONKALA, S.; HONKALA, E.; AL-SAHLI, N. Do life- or school-satisfaction and self-esteem indicators explain the oral hygiene habits of schoolchildren? **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 35, n. 5, p. 337–47, 2007.

HUMPHRIS, G. et al. Oral health-related quality of life for 8-10-year-old children: an assessment of a new measure. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 33, n. 5, p. 326–32, out. 2005.

HUTZ, C. **Adaptação brasileira da Escala de Autoestima de Rosenberg**. Curso de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2000.

INFANTE, D. P. Desenvolvimento psicossocial. In: MARCONDES, E. (Ed.). **Pediatria Básica**. 1. ed. São Paulo: Sarvier, p. 550–552, 1994.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Vigescola: Vigilância de tabagismo em escolares: dados e fatos de 12 capitais brasileiras. 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigescola_vol1.pdf Acesso em: 27 de jan 2016.

JUNG, M.-H. Evaluation of the effects of malocclusion and orthodontic treatment on self-esteem in an adolescent population. **American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics**, v. 138, n. 2, p. 160-166, 2010.

KÄLLESTÅL, C.; DAHLGREN, L.; STENLUND, H. Oral health behaviour and self-esteem in Swedish children. **Social Science & Medicine**, v. 51, n. 12, p. 1841-1849, 2000.

KÄLLESTÅL, C.; DAHLGREN, L.; STENLUND, H. Oral health behavior and self-esteem in Swedish adolescents over four years. **The Journal of Adolescent Health**, v. 38, n. 5, p. 583–90, 2006.

KANG, S. et al. Parental attachment as a mediator between parental social support and self-esteem as perceived by korean sports middle and high school athletes. **Perceptual and motor skills**, v. 120, n. 1, p. 288-303, 2015.

KIVIRUUSU, O. et al. Self-esteem growth trajectory from adolescence to mid-adulthood and its predictors in adolescence. **Advances in Life Course Research**, v. 23, p. 29-43, 2015.

KNECKT, M. C. et al. Self-esteem as a characteristic of adherence to diabetes and dental self-care regimens. **Journal of Clinical Periodontology**, v. 28, n. 2, p. 175-180, 2001.

KOIVUSILTA, L. K. et al. Health behavior-based selection into educational tracks starts in early adolescence. **Health Education Research**, v. 16, n. 2, p. 201–14, maio 2001.

LEE, J.-I.; YEN, C.-F. Associations between body weight and depression, social phobia, insomnia, and self-esteem among Taiwanese adolescents. **Kaohsiung Journal of Medical Sciences**, v. 30, n. 12, p. 625–630, 2004.

LEVY, R. B. et al. Consumo e comportamento alimentar entre adolescentes brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), 2009. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 3085–3097, 2010.

LISBOA, I. C.; ABEGG, C. Hábitos de higiene bucal e uso de serviços odontológicos por adolescentes e adultos do Município de Canoas, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 15, n. 4, p. 29–39, dez. 2006.

LOCKER, D. Deprivation and oral health: a review. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 28, n. 3, p. 161–9, jul. 2000.

LOCKER, D. Self-esteem and socioeconomic disparities in self-perceived oral health. **Journal of Public Health Dentistry**, v. 69, n. 1, p. 1–8, 2009.

LUNDBERG, O.; NYSTROM, P. M. A simplified way of measuring sense of coherence. **The European Journal of Public Health**, v. 5, n. 1, p. 56–59, 1 jan. 1995.

MACDONALD, T. K.; MARTINEAU, A. M. Self-Esteem, Mood, and Intentions to Use Condoms: When Does Low Self-Esteem Lead to Risky Health Behaviors? **Journal of Experimental Social Psychology**, v. 38, n. 3, p. 299–306, 2002.

MALTA, D. C. et al. Prevalence of risk health behavior among adolescents: Results from the 2009 national adolescent school-based health survey (PeNSE). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 2, p. 3009–3019, 2010.

MARLAR, M. R.; JOUBERT, C. E. Liking of personal names, self-esteem, and the Big Five

Inventory. **Psychological reports**, v. 91, n. 2, p. 407–10, out. 2002.

MARMOT, M. G. Understanding social inequalities in health. **Perspectives in biology and medicine**, v. 46, n. 3, p. S9–23, jan. 2003.

MARQUES, L. S. et al. Malocclusion prevalence and orthodontic treatment need in 10-14-year-old schoolchildren in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil: a psychosocial focus. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 4, p. 1099–106, jan. 2005.

MARQUES, L. S. et al. Malocclusion: esthetic impact and quality of life among Brazilian schoolchildren. **American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics**, v. 129, n. 3, p. 424–7, mar. 2006.

MARRIEL, L. C. et al. Violência escolar e auto-estima de adolescentes. **Cadernos de Pesquisa**, v. 36, n. 127, p. 35–50, 2006.

MARTIN, G. et al. Perceived academic performance, self-esteem and locus of control as indicators of need for assessment of adolescent suicide risk: implications for teachers. **Journal of adolescence**, v. 28, n. 1, p. 75–87, fev. 2005.

MARTÍNEZ FRÓMETA, M. et al. Labor extensionista desde la universidad médica para prevenir el tabaquismo en niños y adolescentes. **Edumecentro**, v. 8, n. 1, p. 84-95, 2016.

MARTINS, A. M. E. B. L. et al. Uso de serviços odontológicos por rotina entre idosos brasileiros : Projeto SB Brasil Routine use of dental services by the elderly in Brazil : the SB Brazil Project. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 7, p. 1651–1666, 2008.

MAT, A. **The determinants and consequences of children's oral health related quality of life**. University of Sheffield, 2009.

MCMULLIN, J. A.; CAIRNEY, J. Self-esteem and the intersection of age, class, and gender. **Journal of Aging Studies**, v. 18, n. 1, p. 75-90, 2004.

MEIER, L. L. et al. Age differences in instability, contingency, and level of self-esteem across the life span. **Journal of Research in Personality**, v. 45, n. 6, p. 604-612, 2011.

MENDOZA-SASSI, R.; BÉRIA, J. U.; BARROS, A. J. D. Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study. **Rev. Saúde Pública**, v. 37, n. 3, p. 372–8, jun. 2003.

MIOTTO, M. H. M. B. DE, BARCELLOS, L. A.; VELTEN, D. B. Avaliação do impacto de qualidade de vida causado por problemas bucais na população adulta e idosa em municípios da região Sudeste. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 2, p. 397–406, 2012.

NICOLAU, B. et al. Associations between socio-economic circumstances at two stages of life and adolescents' oral health status. **Journal of Public Health Dentistry**, v. 65, n. 1, p. 14–20, jan. 2005.

NUNES, M. M. DE A.; FIGUEIROA, J. N.; ALVES, J. G. B. Excesso de peso, atividade física e hábitos alimentares entre adolescentes de diferentes classes econômicas em Campina

Grande (PB). **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 53, n. 2, p. 130–134, abr. 2007.

ONYEASO, C. O. An assessment of relationship between self-esteem, orthodontic concern, and Dental Aesthetic Index (DAI) scores among secondary school students in Ibadan, Nigeria. **International Dental Journal**, v. 53, n. 2, p. 79–84, abr. 2003.

ORTH, U.; ROBINS, R. W.; WIDAMAN, K. F. Life-span development of self-esteem and its effects on important life outcomes. **Journal of personality and social psychology**, v. 102, n. 6, p. 1271, 2012.

PABARI, S.; MOLES, D. R.; CUNNINGHAM, S. J. Assessment of motivation and psychological characteristics of adult orthodontic patients. **American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics**, v. 140, n. 6, p. 263–72, dez. 2011.

PERILLO, L. et al. Orthodontic treatment need for adolescents in the Campania region: the malocclusion impact on self-concept. **Patient Preference & Adherence**, v. 8, p. 353–9, jan. 2014.

PETERSEN, P. E. et al. Oral and general health behaviours among Chinese urban adolescents. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, 2008.

PONCZEK, D.; OLSZOWY, I. The lifestyle of youth and its impact on health. **Prob. Hig. Epidemiol.**, v. 93, n. 2, p. 260–268, 2012.

PRABAKARAN, R. et al. Motivation for orthodontic treatment investigated with Q-methodology: patients' and parents' perspectives. **American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics**, v. 142, n. 2, p. 213–20, ago. 2012.

REIS, A. et al. Prevalência da ingestão de álcool nos adolescentes: Estudo Pinga. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**, v. 27, n. 4, p. 338–346, 2011.

ROBINSON, P. G. et al. Subjective impacts of dental caries and fluorosis in rural Ugandan children. **Community Dental Health**, v. 22, n. 4, p. 231–6, dez. 2005.

ROCHA, R. DE A. C. P.; GOES, P. S. A. DE. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 12, p. 2871–2880, dez. 2008.

RODRÍGUEZ et al. Los adolescentes españoles y susalud: resumen Del estudio Health Behaviour in School-aged Children (HBSC-2002). Ministerio de Sanidad y Consumo, Universidad de Sevilla. Madrid 2005.

ROSENBERG, M. Determinants of Self-Esteem. **Citation Classic**, v. 11, p. 14, 1989.

RUEDA-JAIMES, G. E. et al. Prevalencia y factores asociados con el consumo diario de tabaco en estudiantes adolescentes. **Rev. Colomb. Psiquiatr.**, v. 38, p. 669–80, 2009.

RYAN, S. et al. The effects of regular source of care and health need on medical care use among rural adolescents. **Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine**, v. 155, n. 2, p. 184–90, fev. 2001.

SALAZAR, L. F. et al. Self-esteem and theoretical mediators of safer sex among African American female adolescents: implications for sexual risk reduction interventions. **Health Education & Behavior**, v. 32, n. 3, p. 413–27, jun. 2005.

SANTOS, J. S. et al. Perfil antropométrico e consumo alimentar de adolescentes de Teixeira de Freitas - Bahia. **Revista de Nutrição**, v. 18, n. 5, p. 623–632, out. 2005.

SÃO LOURENÇO DA MATA. Prefeitura Municipal de São Lourenço da Mata. **Apresentação do município de São Lourenço da Mata**. Disponível em: <http://slm.pe.gov.br/a-prefeitura/sao-lourenco-da-mata/> Acesso em: 27 jan. 2016.

SÃO LOURENÇO DA MATA. Prefeitura Municipal de São Lourenço da Mata. **Secretaria de Educação de São Lourenço da Mata**. Disponível em: <http://slm.pe.gov.br/secretarias/educacao/> Acesso em: 27 jan. 2016.

SBICIGO, J. B.; BANDEIRA, D. R.; DELL'AGLIO, D. D. Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR): validade fatorial e consistência interna. **Rev. Psico-USF**, v. 15, n. 3, p. 395-403, set.-dez 2010.

SHAFFER, D. R. **Psicologia do desenvolvimento: infância e adolescência**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005.

SHWEISH, A. **An exploration of predictor variables for changes in self-esteem and self-concept as a result of orthodontic treatment**. University of Southern, 2005.

SILVA, A. N.; MENDONÇA, M. H.; VETTORE, M. V. The association between low-socioeconomic status mother's Sense of Coherence and their child's utilization of dental care. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 39, p. 115-126, 2011.

SKOREK, M.; SONG, A. V.; DUNHAM, Y. Self-Esteem as a Mediator between Personality Traits and Body Esteem: Path Analyses across Gender and Race/Ethnicity. **PLoS ONE**, v. 9, n. 11, p. e112086, 2014.

SOUSA, A. C. M. **ADOLESCENTES E SAÚDE BUCAL : entre a estética do belo e a preservação orgânica, FORTALEZA – CEARÁ**. Universidade Estadual do Ceara, 2008.

SPENCER, J. M. et al. Self-esteem as a predictor of initiation of coitus in early adolescents. **Pediatrics**, v. 109, n. 4, p. 581–4, abr. 2002.

SRINIVASAN, S. R. et al. The Relationship Between Life Course Factors, Parental Demographics, Dental Coping Beliefs and Its Influence on Adolescents Dental Visit: a Cross Sectional Study. **Ethiopian Journal of Health Sciences**, v. 25, n. 3, p. 243-250, 2015.

STEIGER, A. E.; FEND, H. A.; ALLEMAND, M. Testing the vulnerability and scar models of self-esteem and depressive symptoms from adolescence to middle adulthood and across generations. **Developmental Psychology**, v. 51, n. 2, p. 236–47, fev. 2015.

STEINBERG, L. **Adolescence**. New York: McGraw-Hill, 1999.

STIRLING, J. et al. Elective orthognathic treatment decision making: a survey of patient reasons and experiences. **Journal of Orthodontics**, v. 34, n. 2, p. 113–27; discussion 111, jun. 2007.

STRIEGEL-MOORE, R. H. et al. Exploring the relationship between timing of menarche and eating disorder symptoms in Black and White adolescent girls. **The International Journal of Eating Disorders**, v. 30, n. 4, p. 421–33, dez. 2001.

TOMITA, N. E. et al. Educação em saúde bucal para adolescentes: uso de métodos participativos. **Rev. Fac. Odontol. Bauru**, v. 9, n. 1/2, p. 63–69, 2001.

TRZESNIEWSKI, K. H. et al. Low self-esteem during adolescence predicts poor health, criminal behavior, and limited economic prospects during adulthood. **Developmental Psychology**, v. 42, n. 2, p. 381–90, mar. 2006.

TRZESNIEWSKI, K. H.; DONNELLAN, M. B.; ROBINS, R. W. Stability of self-esteem across the life span. **Journal of personality and social psychology**, v. 84, n. 1, p. 205–20, jan. 2003.

TSAKOS, G.; AINDA, J.; ALZAHIRANI, S. The role of psychosocial and behavioural factors in **Shaping oral health inequalities**. 2015.

UNICEF. The State of the World's Children 2004. **Girls, education and development**, 2003.

URTURI, A. F. et al. Consumo de tabaco, riesgo de dependencia nicotínica y factores asociados en los adolescentes de la provincia de Valladolid. **Bol Pediatr**, v. 54, p. 20-28, 2014.

VEIGA, G. V.; SICHIERI, R. Correlation in food intake between parents and adolescents depends on socioeconomic level. **Nutrition Research**, v. 26, n. 10, p. 517–523, out. 2006.

VETTORE, M. V. et al. Condição socioeconômica, frequência de escovação dentária e comportamentos em saúde em adolescentes brasileiros: uma análise a partir da Pesquisa Nacional de Ensino Escolar (Pense). **Cad. Saúde Pública**, n. 28, p. 101-113, 2012.

WATT, R. G. Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 83, n. 9, p. 711-718, 2005.

WATT, R. G. et al. Evaluating oral health promotion: need for quality outcome measures. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 34, n. 1, p. 11-17, 2006.

WILKINSON, R. B. The role of parental and peer attachment in the psychological health and self-esteem of adolescents. **Journal of Youth and Adolescence**, v. 33, n. 6, p. 479–493, 2004.

WILLIAMS, D. M. et al. Psychological characteristics of women who require orthognathic surgery: comparison with untreated controls. **The British Journal of Oral & Maxillofacial Surgery**, v. 47, n. 3, p. 191–5, abr. 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Food and Agriculture Organization. Expert consultation. **Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases**. Geneva, 2003.

WOŹNIAK, A.; ARTYCH, M.; WAWRZYNIAK, A. Nutritional Behaviours and Body Self-Perception in Polish Pupils Attending Middle-School. **Roczniki Państwowego Zakładu Higieny**, v. 65, n. 4, p. 331–336, 2014.

YU, D. et al. Presurgical motivations, self-esteem, and oral health of orthognathic surgery patients. **The Journal of Craniofacial Surgery**, v. 24, n. 3, p. 743–7, 2013.

ZHAO, X.; LYNCH, J. G.; CHEN, Q. Reconsidering Baron and Kenny: myths and truths about mediation analysis. **Journal of Consumer Research**, v. 37, n. 2, p. 197-206, 2010.

APÊNDICE A- Nota técnica

Estudo das condições de saúde bucal e fatores psicossociais de adolescentes de São Lourenço da Mata-PE

Os dados utilizados nesta pesquisa são oriundos do estudo das condições de saúde bucal e psicossociais dos escolares de 14 a 19 anos do Município de São Lourenço da Mata - PE. Este projeto foi desenvolvido inicialmente em dois estágios com o objetivo de se constituir numa linha base para uma coorte de adolescentes em um grande centro urbano da Região Metropolitana do Recife (RMR). Foram realizadas duas rodadas, a primeira em 2012 e a segunda em 2014. Trata-se de um estudo transversal com fonte de dados primários para um estudo de coorte, o que permitirá observar o objeto em foco na população pesquisada e verificar o efeito deste num período de tempo, sem intervir no seu curso. O estudo objetivou estimar a razão de prevalência de vários desfechos de saúde bucal para a população, tendo como referência para o cálculo amostral final a prevalência de dor de origem dentária, estimada a partir de estudos loco-regionais em 10,0% para esta população.

A cidade de São Lourenço da Mata foi selecionada por ter se constituído em um dos polos de desenvolvimento da RMR a partir da instalação do Complexo da Arena Pernambuco e grandes investimentos imobiliários, os quais poderão repercutir nas condições de vida da população adolescente.

De acordo com o site oficial da Prefeitura (SÃO LOURENÇO DA MATA, 2016), o município está localizado na RMR, a 18 km da capital pernambucana. É considerado uma das cidades mais antigas do Brasil, e tem 92,0% da população residente em zona urbana (Figura 2).

Segundo o censo populacional realizado em 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sua população é estimada em 102.895 habitantes, com uma área de 262 km² e densidade demográfica acima dos 392 habitantes/km². O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município é em média 0,653, sendo o Produto Interno Bruto (PIB) per capita de R\$ 5.369,34 (BRASIL, 2011).



Figura 2 – Mapa da área da Região Metropolitana do Recife, à qual pertence São Lourenço da Mata. (Fonte: SNIS – 2009. Site: www.tratabrasil.org.br)

De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), 2015, o município conta com 44 estabelecimentos de saúde. Dentre eles estão: 02 Hospitais, 26 Unidades Básicas de Saúde, 01 Policlínica, 02 Clínicas Especializadas, 01 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, 01 Unidade Móvel Terrestre, 03 Centros de Diagnóstico, 08 serviços de saúde diversos, entre médicos, odontológicos e de fisioterapia.

Segundo dado fornecido pela Secretaria de Educação do Município, estima-se que a rede pública de educação conte com 52 instituições de ensino municipais (entre escolas e creches) e oito escolas estaduais (SÃO LOURENÇO DA MATA, 2016).

O estudo foi realizado nas escolas públicas do município de São Lourenço da Mata – PE em adolescentes de 14 a 19 anos (nascidos entre os anos 1995 e 2000), de ambos os sexos.

Para a coleta de dados foram utilizadas as 11 escolas públicas que possuíam alunos da faixa etária pretendida pelo estudo, sendo a primeira rodada composta por uma amostra de 1.417 estudantes, e a segunda por 1.154, representando respectivamente uma taxa de resposta de 85,5% e 81,5% das amostras inicialmente calculadas. Para os cálculos do tamanho amostral foi utilizada a fórmula de comparação de duas proporções, relação de 1:1 nos grupos de comparação, com um poder de teste de 80,0% para detectar diferenças quando uma razão

de prevalência (RP) de 1,5 for observada, com um erro aleatório de 2,5% e um intervalo de confiança (IC) de 95,0%. Foram utilizados o programa de cálculo do Epi Info 6, e a base bibliográfica Fleiss (1981).

A seleção da amostra foi realizada considerando-se o quantitativo de alunos na faixa etária de 14 a 19 anos, matriculados nas escolas participantes. Cada escola contribuiu para amostra de forma proporcional ao número de matriculados na idade da pesquisa, estabelecendo-se desta forma um quociente de proporcionalidade. Foi realizado um sorteio randomizado, a partir da lista nominal de adolescentes matriculados. Os adolescentes foram sorteados a partir do primeiro nome da lista, alternando-se um adolescente selecionado com um não selecionado, excluindo-se o 12º nome, resultando assim na amostra inicial do estudo.

Os estudos principais possuem algumas variáveis dependentes de condições de saúde bucal; mas foram registrados dados sobre condições sociodemográficas; comportamentais; e psicossociais.

Para a realização do controle de qualidade dos dados, os exames clínicos e aplicação dos questionários foram refeitos a cada dez participantes. Os resultados demonstraram um grau aceitável para as análises de reteste do questionário ($r > 0,8$) e para os exames clínicos grau de concordância satisfatório ($K = 0,8-1,0$) para os diferentes desfechos.

Foram excluídos dos estudos os adolescentes com dificuldade de compreensão para responder ao questionário.

Os projetos de pesquisa foram conduzidos de acordo com os princípios éticos, em consonância com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS. A primeira etapa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Pernambuco (CEP/UPE), com registro número 105/12. Enquanto que a segunda fase foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/UFPE), sob o número de registro CAAE: 48596115.4.000.5208.

APÊNDICE B- Termo de compromisso e confidencialidade da pesquisadora sobre a preservação do material coletado para pesquisas com dados secundários

TERMO DE COMPROMISSO E CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto: Mediação entre a autoestima e os comportamentos de saúde bucal em adolescentes

Pesquisadora responsável: Carolina Thaiza Costa Pazos

Instituição/Departamento de origem do pesquisador: Universidade Federal de Pernambuco / Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente

Telefone para contato: (81) 99670-6072

E-mail: carolthaiza@gmail.com

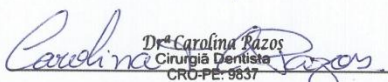
A pesquisadora do projeto acima identificado assume o compromisso de:

- Preservar o sigilo e a privacidade dos voluntários cujos dados (informações de questionários) serão estudados;
- Assegurar que as informações serão utilizadas, única e exclusivamente, para a execução do projeto em questão;
- Assegurar que os resultados da pesquisa somente serão divulgados de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o voluntário da pesquisa.

A pesquisadora declara que os dados coletados nesta pesquisa (questionários), ficarão armazenados em computador pessoal, sob a responsabilidade da pesquisadora, no endereço Rua Prof. Pedro Augusto Carneiro Leão, nº 585, Bl E-10, Apt 103, Imbiribeira, Recife-PE, CEP: 51160-210, pelo período de mínimo 05 anos.

A pesquisadora declara, ainda, que a pesquisa só será iniciada após a avaliação e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Pernambuco – CEP/CCS/UFPE.

Recife, 08 de março de 2016.


Dr^a Carolina Pazos
Cirurgiã Dentista
CRO-PE: 9837

Carolina Thaiza Costa Pazos

Pesquisadora Responsável do projeto "Mediação entre a autoestima e os comportamentos de saúde bucal em adolescentes"

**ANEXO A- Autorização de uso de dados, cedida pela equipe de pesquisa do estudo
“Associação entre saúde bucal e fatores psicossociais”**



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

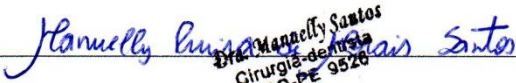
AUTORIZAÇÃO DE USO DE DADOS

Declaramos para os devidos fins, que cederemos à pesquisadora **Carolina Thaiza Costa Pazos**, o acesso aos dados da pesquisa intitulada **“Associação entre saúde bucal e fatores psicossociais”** para serem utilizados na pesquisa: **“Modelagem entre a autoestima e os comportamentos de saúde bucal em adolescentes”**, que está sob a orientação do **Prof. Dr. Paulo Sávio Angeiras de Góes**.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento da pesquisadora aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a mesma a utilizar os dados pessoais dos sujeitos da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados a pesquisadora deverá apresentar o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Recife, 10 de março de 2016.


Manuely Pereira de Moraes Santos

Pesquisadora responsável

ANEXO B- Questionários

Gostaríamos de pedir licença e um pouco do seu tempo para que possa responder algumas questões abaixo. Cada questão consta de alternativas claras, objetivas e bastante simples que devem ser marcadas com (x). Algumas delas, poderão ser marcadas mais de uma alternativa. Qualquer dúvida, favor perguntar a um dos nossos pesquisadores. Desde já, agradecemos sua participação.

IDENTIFICAÇÃO – Todos os dados utilizados abaixo são confidenciais e serão utilizados somente para fins de pesquisa.

Número do questionário: _____ Data da entrevista: ____/____/____

Nome do entrevistado: _____

Endereço: _____

Ponto de referência: _____

Telefones: (____) _____ - _____ (____) _____ - _____

Nome da mãe: _____

Responsável: _____

A) Dados Sociodemográficos

01) Qual o seu sexo?

- (1) Masculino (2) Feminino

SEXO

☐

02) Data de Nascimento: ____/____/____

Qual sua idade atual? Caso, não tenha nenhuma das idades abaixo, favor não marcar.

- (1) 15 anos (4) 18 anos
(2) 16 anos (5) 19 anos
(3) 17 anos

IDAD

☐

03) Qual sua cor ou raça?

- (1) Branca (4) Amarela
(2) Preta (5) Indígena
(3) Parda

RACA

☐

04) Qual sua série/ano atual na escola? _____

ANOESC

☐

05) Você já foi reprovado?

- (1) Sim
(2) Não
(3) Algumas vezes

REPROV

☐

06) Com quem você mora? Pode marcar mais de uma alternativa

- (1) pai (4) irmãos
(2) mãe (5) tios
(3) avós (6) outros

MORAQUEM

☐

07) Quantas pessoas vivem na sua casa? _____

QUANTPES

☐

08) Na sua casa, você é o:

- (1) primeiro filho (4) quarto filho ou mais
(2) segundo filho (5) não sei
(3) terceiro filho

ORDFILH

☐

09) Você tem irmão participando dessa pesquisa?

- (1) Sim
(2) Não
(3) Não sei

IRMAO

☐**B) Dados Socioeconômicos**

10) Você poderia nos dizer qual foi a última série que sua mãe completou na escola?

- (1) 1º grau menor (1º a 4º series) (4) 3º grau e ensino superior
(2) 1º grau maior (5º a 8º series) (5) Ela nunca foi a escola
(3) 2º grau ou supletivo (1º a 3º series) (6) Não sabe informar

ULTIMSER

☐

11) Você trabalha?

(1) Sim

(2) Não

Se sim, favor informar quanto você ganha nesse trabalho R\$ _____

VCTRAB

12) Quem trabalha na sua casa?

(1) meu pai apenas

(3) ambos trabalham, pai e mãe

(2) minha mãe apenas

(4) nenhum trabalha

QUEMTRB

13) A casa que você mora é:

(1) própria

(3) moram de favor

(2) alugada

(4) cedida (emprestada) por algum parente

CASA

14) Quantos cômodos (quartos, banheiro, sala e cozinha) tem sua casa?

QTCOM

15) De que material são feitas as paredes da sua casa?

(1) alvenaria/tijolo

(3) papelão/ e latão

(2) taipa

(4) outro: _____

MATCASA

16) De que material é feito o piso da sua casa?

(1) Cerâmica

(4) Tábua

(2) Cimento / Granito

(5) Outro: _____

(3) Terra (barro)

PISCASA

17) De que material é feito o teto da sua casa?

(1) Laje de concreto

(3) Telha de cimento-amianto (Eternit)

(2) Telha de barro

(4) Outro: _____

TETOCASA

18) De onde vem a água que você usa em casa?

(1) Água encanada, dentro de casa

(2) Água encanada, no terreno

(3) Água carregada do vizinho ou de bica pública

AGUACASA

19) Como é o sanitário de sua casa?

(1) Com descarga

(2) Sem descarga

(3) Não tem (campo aberto)

SANITCASA

20) Qual o destino do lixo da sua casa?

(1) Coleta direta (domiciliar)

(4) Enterrado / Queimado

(2) Coleta indireta (lixeria pública)

(5) Outro: _____

(3) Colocado em terreno baldio

LIXOCASA

21) Sua casa tem iluminação elétrica?

(1) Sim, com registro próprio

(2) Sim, com registro único para várias casas do meu bairro

(3) Não, sem iluminação

ILUMCASA

Você tem algum desses aparelhos funcionando em casa?			
22) Geladeira	(1) Sim	(2) Não	GELD ☐
23) Rádio	(1) Sim	(2) Não	RADIO ☐
24) Televisão	(1) Sim	(2) Não	TV ☐
25) Fogão a gás	(1) Sim	(2) Não	FOGAO ☐
26) DVD / CD	(1) Sim	(2) Não	DVD/CD ☐
27) Telefone celular	(1) Sim	(2) Não	CEL ☐

C) Dados Socioculturais/Atividades																							
28) Como você ocupa o seu tempo livre? (Aqui você poderá marcar mais de uma resposta).																							
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>SIM</th> <th>NÃO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>(1) assisti televisão</td><td></td></tr> <tr><td>(2) conversa com amigos</td><td></td></tr> <tr><td>(3) navegar na internet</td><td></td></tr> <tr><td>(4) lê (jornais, revistas e livros)</td><td></td></tr> <tr><td>(5) ouve música</td><td></td></tr> <tr><td>(6) realiza atividades físicas e/ou esportivas</td><td></td></tr> <tr><td>(7) participa de atividades socio-recreativas no seu bairro ou cidade</td><td></td></tr> <tr><td>(8) não faz nenhuma atividade</td><td></td></tr> <tr><td>(9) outros</td><td></td></tr> <tr><td>(10) não sei responder</td><td></td></tr> </tbody> </table>	SIM	NÃO	(1) assisti televisão		(2) conversa com amigos		(3) navegar na internet		(4) lê (jornais, revistas e livros)		(5) ouve música		(6) realiza atividades físicas e/ou esportivas		(7) participa de atividades socio-recreativas no seu bairro ou cidade		(8) não faz nenhuma atividade		(9) outros		(10) não sei responder	
SIM	NÃO																						
(1) assisti televisão																							
(2) conversa com amigos																							
(3) navegar na internet																							
(4) lê (jornais, revistas e livros)																							
(5) ouve música																							
(6) realiza atividades físicas e/ou esportivas																							
(7) participa de atividades socio-recreativas no seu bairro ou cidade																							
(8) não faz nenhuma atividade																							
(9) outros																							
(10) não sei responder																							
29) Você participa de alguma atividade associativa?																							
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>SIM</th> <th>NÃO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>(1) associação cultural (canto,dança, teatro)</td><td></td></tr> <tr><td>(2) associação gremio escolar (estudantil)</td><td></td></tr> <tr><td>(3) associação esportiva</td><td></td></tr> <tr><td>(4) associação sindical</td><td></td></tr> <tr><td>(5) associação comunitária</td><td></td></tr> <tr><td>(6) associação de caridade</td><td></td></tr> <tr><td>(7) associação religiosa</td><td></td></tr> <tr><td>(8) não faz parte de associação</td><td></td></tr> <tr><td>(9) outros</td><td></td></tr> <tr><td>(10) não sei responder</td><td></td></tr> </tbody> </table>	SIM	NÃO	(1) associação cultural (canto,dança, teatro)		(2) associação gremio escolar (estudantil)		(3) associação esportiva		(4) associação sindical		(5) associação comunitária		(6) associação de caridade		(7) associação religiosa		(8) não faz parte de associação		(9) outros		(10) não sei responder	
SIM	NÃO																						
(1) associação cultural (canto,dança, teatro)																							
(2) associação gremio escolar (estudantil)																							
(3) associação esportiva																							
(4) associação sindical																							
(5) associação comunitária																							
(6) associação de caridade																							
(7) associação religiosa																							
(8) não faz parte de associação																							
(9) outros																							
(10) não sei responder																							

30) Prática alguma atividade religiosa? (1) Sim (2) Não (3) Não sei responder 31) Você acha que a religião é importante na sua vida? (1) Sim (2) Não (3) Não sei responder	ATVRELIG IMPTRELIG
D) Dados Comportamentais (Higiene bucal, alimentação, fumo e álcool e acesso aos serviços odontológicos)	
32) Você escova (limpa) os dentes? (se a resposta for "Não", pule para questão (1) Sim, escovo todos os dias (2) Sim, mas não todos os dias (3) Não 33) O que você usa para limpar seus dentes? (pode marcar mais de uma questão) (1) escova dental (2) creme dental (3) fio dental (4) palito de dente (5) solução bucal para bochechos (6) outra coisa (7) Não costumo limpar meus	ESCV DENT LIMPDENT
Quantas vezes ao dia você costuma comer cada alimento abaixo?	
34) Pão, massas e salgados coxinha, empada, esfirras, bolachas, etc;) (1) 3 a 5 vezes ao dia (2) 1 vez ao dia (3) menos de 3 dias por semana (4) nunca	QTPAO
35) Doces em geral (biscoito recheado, chocolates, balas, chicletes, doce caseiro, etc;) (1) 3 a 5 vezes ao dia (2) 1 vez ao dia (3) menos de 3 dias por semana (4) nunca	QTDOCES
36) Refrigerantes e bebidas açucaradas como sucos em caixa e achocolatados (1) 3 a 5 vezes ao dia (2) 1 vez ao dia (3) menos de 3 dias por semana (4) nunca	QTREF

37) Café, suco natural, leite e chá

- (1) 3 a 5 vezes ao dia
 (2) 1 vez ao dia
 (3) menos de 3 dias por semana
 (4) nunca

QTCAF

38) Frutas, hortaliças e cereais em geral (feijão, arroz, aveia, soja etc;)

- (1) 3 a 5 vezes ao dia
 (2) 1 vez ao dia
 (3) menos de 3 dias por semana
 (4) nunca

QTFRUT

39) Você fuma? (Caso a resposta seja “Não”, pule para a questão 41)

- (1) Sim
 (2) Não

FUMA

40) Quantas vezes ao dia você fuma?

- (1) 1 vez ao dia (3) 5 vezes ao dia
 (2) 2 a 4 vezes ao dia (4) mais de 5 vezes ao dia

QTFUMA

41) Você consome bebida alcoólica? (Caso a resposta seja “Não”, pule para a questão 43)

- (1) Sim
 (2) Não

ALCOOL

42) Quantas vezes por semana você bebe?

- (1) 1 vez ao dia (3) 5 vezes ao dia
 (2) 2 a 4 vezes ao dia (4) mais de 5 vezes ao dia

QTALCOOL

Sobre o seu acesso aos serviços odontológicos e médicos, por favor responda:

43) Você já foi ao dentista? (Caso a resposta seja “Não”, pule para a questão 52)

- (1) Sim
 (2) Não

DENTISTA

44) Você já realizou alguma consulta médica?

- (1) Sim
 (2) Não

MEDICO

45) Se você realizou alguma consulta médica, em qual tipo de serviço foi atendido?

- (1) Público
 (2) Privado
 (3) Público/Privado
 (4) Não lembro/ Não sei

TIPOMED

46) Você é portador de alguma doença crônica?

- (1) Pressão alta
 (2) Diabetes mellitus
 (3) Asma
 (4) Outra _____

DOENCRO

52) Sua gengiva já sangrou nos últimos 06 meses?

- (1) Sim
(2) Não
(3) Não sei, não me lembro

SANGENGI ☐

53) Com que frequência sua gengiva sangra?

- (1) raramente
(2) toda vez que escovo os dentes
(3) toda vez que me alimento
(4) toda vez que eu me acordo
(5) Não sei/ não me lembro

FREQSANG ☐

54) Você já percebeu a presença de tártaro (depósito de cálculo) na sua gengiva?

- (1) Sim
(2) Não
(3) Não sei/ Não me lembro

TART ☐

55) Você já percebeu algum dente amolecido e saindo pus?

- (1) Sim
(2) Não
(3) Não sei/ Não me lembro

AMOPUS ☐

56) Sua gengiva já inchou e ficou dolorida nos últimos 6 meses?

- (1) Sim
(2) Não
(3) Não sei/ Não me lembro

INCHGENG ☐

Vamos testar a sua autopercepção? Por favor, gostaria de saber como você se vê em relação ao seu corpo e sua saúde.

57) Você acha que manter a saúde do seu corpo e da sua mente é essencial?

- (1) Sim
(2) Não
(3) Não ligo/não me importo

SAUDMENT ☐

58) Como você se vê em relação a seu corpo (físico) no geral?

- (1) Satisfeito
(2) Insatisfeito
(3) Não ligo/não me importo

RELCORPO ☐

59) A aparência dos seus dentes e da sua gengiva é importante para vc?

- (1) Sim
(2) Não
(3) Não faz nenhuma diferença

APARDENT ☐

60) Você acha que é importante ter os dentes e gengivas saudáveis na hora de arrumar emprego?

- (1) Sim
(2) Não
(3) Não faz nenhuma diferença

IMPORTEMP ☐

61) Você acha que é importante ter os dentes e gengivas saudáveis no seu convívio com amigos da escola ou fora dela?

- (1) Sim
(2) Não
(3) Não faz nenhuma diferença

IMPORTBOCA

☐

62) Para você, ter um sorriso saudável ajudará na sua conquista amorosa (arrumar namorado/a)?

- (1) Sim
(2) Não
(3) Não faz nenhuma diferença

SAUNAMOR

☐

Cada frase corresponde a uma afirmação sobre si próprio. Você irá marcar se discorda, concorda ou nem discorda ou concorda

63) “Sinto que sou uma pessoa de valor como outras pessoas”

- () Discordo () Nem discordo/nem concordo () Concordo

VALORPES

☐

64) “Eu sinto vergonha so jeito que eu sou”

- () Discordo () Nem discordo/nem concordo () Concordo

VERGONHA

☐

65) “As vezes, eu penso que não presto pra nada”

- () Discordo () Nem discordo/nem concordo () Concordo

NPRESTO

☐

66) “Sou capaz de fazer tudo tão bem como as pessoas”

FAZERBEM

☐

67) “Levando tudo em conta, eu me sinto um fracassado(a)”

- () Discordo () Nem discordo/nem concordo () Concordo

FRACASSO

☐

68) “Às vezes, eu me sinto inútil”

- () Discordo () Nem discordo/nem concordo () Concordo

INUTIL

☐

69) “Eu acho que tenho muitas boas qualidades”

- () Discordo () Nem discordo/nem concordo () Concordo

BOAQUALI

☐

70) “Eu tenho motivos para me orgulhar da vida”

- () Discordo () Nem discordo/nem concordo () Concordo

ORGULHO

☐

71) “De um modo geral, eu estou satisfeito (a) comigo mesmo”

- () Discordo () Nem discordo/nem concordo () Concordo

SATISFEITO

☐

72) “Eu tenho uma atitude positiva com relação a mim”

- () Discordo () Nem discordo/nem concordo () Concordo

ATITUDE

☐

As perguntas a seguir serão sobre os vários aspectos da sua vida e elas tem 7 respostas possíveis, mas não existe resposta certa ou errada. Marque com um círculo o número que expressa sua resposta, a sua maneira de pensar e sentir em relação à pergunta, sendo o 1 e o 7 as respostas extremas.

73) Você tem a sensação de que você **NÃO** se interessa realmente pelo que se passa ao seu redor?

Muito raramente ou nunca

Muito frequentemente

1 2 3 4 5 6 7

INTEREDOR

74) Já lhe aconteceu no passado você ter ficado surpreendido (a) pelo comportamento de pessoas que você achava que conhecia bem?

Nunca aconteceu

Sempre aconteceu

1 2 3 4 5 6 7

SUPERCOMP

75) Já lhe aconteceu ter ficado desapontado (a) com pessoas em quem você confiava?

Nunca aconteceu

Sempre aconteceu

1 2 3 4 5 6 7

DESAPONT

76) Até hoje a sua vida tem sido:

Sem nenhum objetivo

Com objetivos e metas ou meta clara

Muito claros

1 2 3 4 5 6 7

VIDAHOJE

77) Você tem a impressão de que você tem sido tratado (a) com injustiça?

Muito frequentemente

Muito raramente ou nunca

1 2 3 4 5 6 7

IMPRJUST

78) Você tem a sensação de que está numa situação pouco comum, e sem saber o que fazer?

Muito frequentemente

Muito raramente ou nunca

1 2 3 4 5 6 7

SENSACAO

79) Aquilo que você faz diariamente é:

Uma fonte de profundo
sofrimento e aborrecimento

Uma fonte de prazer e
satisfação

1 2 3 4 5 6 7

ATVDIARIA

80) Você tem ideias e sentimentos muito confusos?

Muito frequentemente

Muito raramente ou nunca

1 2 3 4 5 6 7

SENTCONFU

81) Você costuma ter sentimentos que gostaria de não ter?

Muito frequentemente

Muito raramente ou nunca

1 2 3 4 5 6 7

SENTNAOTER

82) Muitas pessoas (mesmo as que têm caráter forte) algumas vezes sentem-se fracassadas em certas situações. Com que frequência você já se sentiu fracassado (a) no passado?	SENTFRACAS	☐
Nunca Muito frequentemente 1 2 3 4 5 6 7		
83) Quando alguma coisa acontece na sua vida, você geralmente acaba achando que:		
Você deu maior ou menor importância ao que aconteceu aconteceu do que deveria ter dado Muito frequentemente Muito raramente ou nunca 1 2 3 4 5 6 7	ACONTVIDAP	☐
84) Com que frequência você tem a impressão de que existe pouco sentido nas coisas que você faz na sua vida diária?	OUCSENTVI	☐
Muito frequentemente Muito raramente ou nunca 1 2 3 4 5 6 7		
85) Com que frequência você tem sentimentos que você não tem certeza que pode controlar?	SENTCONT	☐
Muito frequentemente Muito raramente ou nunca 1 2 3 4 5 6 7		
86) Você usa ou já usou aparelho ortodôntico? (1) Sim (2) Não	ORTO	☐
87) Como você adquiriu o aparelho ortodôntico? (1) Através de serviço odontológico (2) Comércio ambulante (camelôs) (3) Outro, especifique _____	AQUIS	☐
88) Para usar o aparelho ortodôntico, o dentista solicitou radiografias ou fez a boca de gesso? (1) Sim (2) Não	RADMOLD	☐
89) Se sim, você usa ou usou o aparelho ortodôntico por quanto tempo (em meses)? _____	DURA	☐
90) Se você adquiriu através de serviço odontológico, por que o procurou? (1) Melhorar a aparência (2) Dificuldade de mastigar alimentos/ problemas respiratórios (Problema funcional) (3) Devido à moda	MOTIVO	☐

91) Com qual frequência você visita/ visitava o dentista para avaliar o seu aparelho?

- (1) Coloquei o aparelho e não visitei mais o dentista
- (2) Mensalmente
- (3) De 2 em 2 meses
- (4) De 2 a 6 meses
- (5) Anualmente

FREQDENT ☐

92) Qual foi o fator principal que lhe fez usar o aparelho ortodôntico?

- (1) Vontade própria
- (2) Influência de amigos da escola
- (3) Preocupação dos pais

SIM	NÃO
☐	☐
☐	☐
☐	☐

FATOR ☐

93) Algum desses motivos já fizeram ou fazem você pensar em deixar de usar o aparelho ortodôntico?

- (1) Aparecimento de aftas
- (2) Dor
- (3) Custo financeiro

SIM	NÃO
☐	☐
☐	☐
☐	☐

DEIXAR ☐

94) Qual o tipo de serviço que você realizou/ realiza o tratamento ortodôntico?

- (1) Clínica particular
- (2) Plano de saúde
- (3) Público (CEO/Universidades)

SIM	NÃO
☐	☐
☐	☐
☐	☐

TIPOSERV ☐

95) Quanto tempo levou para instalar o aparelho ortodôntico?

- (1) Menos de 6 meses
- (2) De 6 a 12 meses
- (3) De 12 a 18 meses
- (4) Mais de 2 anos

TEMORTO ☐

96) Qual o custo médio (visita ao dentista, montagem e manutenção) com o uso do aparelho ortodôntico?

- (1) Menos de 1/2 salário mínimo (menor que R\$ 362,00)
- (2) 1/2 salário mínimo (R\$ 362,00)
- (3) 1 salário mínimo (R\$ 724,00)
- (4) Mais de 1 salário mínimo

CUSTO ☐

97) Seus pais usam ou usaram aparelho ortodôntico?

- (1) Sim
- (2) Não

PAIUSA ☐

98) Seus irmãos usam ou usaram aparelho ortodôntico?

- (1) Sim
- (2) Não

IRUSA ☐

99) Qual o grau de satisfação que você sente ao usar o aparelho ortodôntico? (Marque apenas uma alternativa).

- (1) Muito insatisfeito (4) Satisfeito
(2) Insatisfeito (5) Muito satisfeito
(3) Mais ou menos

SATIS

Abaixo estão apresentados alguns eventos que podem ter acontecido com você e que podem ter sido experiências ruins na sua vida. Marque aqueles eventos de vida que já lhe ocorreram e assinale, para estes, um valor entre 1 a 5, de forma que quanto maior for o número, pior foi a experiência para você.

100) Ter problemas com o conselho tutelar / Justiça /polícia/foi à FUNASE?

- Não () Sim () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

PROBJUST

101) Separação dos pais/Um dos pais ter filhos com outros /casar novamente.

- Não () Sim () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

OUTRAFAMI

102) Não conseguir estágio/emprego ou perder estágio/emprego

- Não () Sim () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

ESTAGIOEMPREG

103) Ter problemas e dúvidas quanto às mudanças no corpo e aparência/cor da pele

- Não () Sim () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

APARENCIA

104) Mudar de casa ou de cidade

- Não () Sim () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

MUDANÇA

105) O único dinheiro que a sua família tem é o que você ganha no seu trabalho.

- Não () Sim () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

SUSTENTO

106) Morte de um dos pais/irmãos, ou outra pessoa próxima.

- Não () Sim () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

MORTE

107) Ter brigas frequentes com irmãos(ãs)

- Não () Sim () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

BRIGAIRMÃO

108) Ter familiares/pessoas próximas com ferimentos ou doenças incapacitantes, degenerativas, se estão acamados.

- Não () Sim () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

DOENÇAGRAVE

109) Um dos pais ficar desempregado

- Não () Sim () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

PAIDEMPREG

O

110) Não receber cuidado e atenção dos Pais	SEMCUIDADE
Não () Sim () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()	☐
111) Sofrer privações. Não ter dinheiro para fazer compras nem pagar as conta de energia ou água.	PROVAÇÕES
Não () Sim () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()	☐
112) Ter doenças graves ou lesões sérias/crise nervosa.	DOENÇANERV
Não () Sim () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()	☐
113) Ser impedido(a) de ver os pais.	IMPEDIDOVER
Não () Sim () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()	☐
114) Sofrer humilhação ou ser desvalorizado(a)	HUMILHADO
Não () Sim () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()	☐
115) Ter dificuldades em fazer amizades/Não ter amigos(as)	SEMAMIGO
Não () Sim () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()	☐
116) Sofrer algum castigo, punição, castigo, ameaça ou agressão física por parte dos pais	CASTIGOPAIS
Não () Sim () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()	☐
117) Ser tocado(a) sexualmente de contra a vontade.	TOCADOSEXUAL
Não () Sim () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()	☐
118) Ter sido adotado(a)	ADOTADO
Não () Sim () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()	☐
119) Engravidou ou a namorada engravidou.	GRAVIDEZ
Não () Sim () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()	☐
120) Fez/sofreu aborto ou a namorada fez/sofreu aborto	ABORTO
Não () Sim () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()	☐
121) Ser levado(a) para uma instituição de abrigo, tais como orfanato, centro de recuperação.	ABRIGO
Não () Sim () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()	☐
122) Faz uso frequente de substâncias químicas	DROGAS
Não () Sim () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()	☐

123) Envolver-se em brigas com agressão física Não () Sim () 1() 2() 3() 4() 5()	BRIGA	☐
124) Ter problema na escola, tais como ser retirado(a) da sala de aula, ser suspenso(a) da escola, ser expulso(a) da escola. Não () Sim () 1() 2() 3() 4() 5()	PROBLESCOLA	☐
125) Ter sofrido algum tipo de Violência (física/emocional) ameaça/assalto Não () Sim () 1() 2() 3() 4() 5()	VIOLÊNCIA	☐
126) Terminar o namoro ou relacionamento com alguém que você gostava muito Não () Sim () 1() 2() 3() 4() 5()	NAMORO	☐
127) Sentir-se rejeitado (a) por colegas e amigos(as) ter mau relacionamento/discussão. Não () Sim () 1() 2() 3() 4() 5()	REJEIÇÃO	☐
128) Sofres acidente de trânsito (atropelamento, bicicleta, moto, carro) ou acidente em outro lugar, como uma queda grave, um corte profundo. Não () Sim () 1() 2() 3() 4() 5()	ACIDENTE	☐

129) Você toma remédios de qualquer tipo (por exemplo para dor de cabeça, gripe, resfriado) que não foram receitados por um médico ou dentista? Para responder essa pergunta desconsidere remédios para pressão alta, diabetes, asma ou doenças crônicas

() Sim (Próxima questão) () Não (pule para a pergunta 133)

TOMAMED ☐

130) Quais as principais queixas ou sintomas que te fazem tomar remédios que não foram recomendados por um médico ou dentista? (Marcar uma ou mais alternativas)

- () Gripes ou resfriados
- () Dores (Dor de cabeça, nas costas, reumatismo...)
- () Problemas para respirar (Asma, cansaço...)
- () Enxaqueca
- () Tosse
- () Perda de peso
- () Cansaço (Físico)
- () Problemas para dormir
- () Estresse
- () Vontade de vomitar/vômito
- () Prisão de Ventre
- () Problemas para fazer a digestão (Azia, diarreia, Inchaço, Gases...)
- () Problemas na pele (Espinhas, manchas, alergias de pele,...)
- () Infecções urinárias (dor, ardor ao urinar)
- () Diabetes, Hipertensão, entre outras doenças que precisam de acompanhamento prolongado

SINTOMAMED ☐

131) Quem (ou o que) ajuda você a escolher o remédio que você vai tomar? (Marcar uma ou mais alternativas)

- () Pais e/ou familiares
- () Amigos
- () Vizinhos
- () Atendente da farmácia
- () Farmacêutico
- () Reutiliza receitas anteriores.
- () Utiliza remédios que sobraram de tratamentos antigos
- () Utiliza remédios comprados e guardados na sua casa por pais e/ou parentes (Farmácia caseira)

ESCOLHAMED ☐

132) Quais dos fatores relacionados abaixo levam você a apenas tomar remédios em vez de procurar um médico: (Marcar uma ou mais alternativas)

- () É mais prático
- () Não tenho tempo de ir ao médico
- () É fácil comprar ou receber remédios sem a receita
- () A propaganda no rádio e na televisão me leva a tomar remédios
- () Não gosto da maneira como o médico me atende
- () Tenho dificuldade de conseguir uma consulta médica
- () Acredito que só os remédios já resolvem meu problema
- () Minhas pesquisas na internet já me dizem qual é o problema

PROCMED ☐

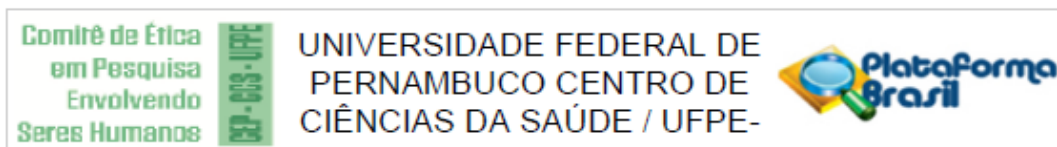
133) O que você sabe sobre remédios?

- () São o fator mais importante para que eu fique curado
- () Comportamentos como prática de exercícios físicos ou alimentação adequada podem ajudar os remédios a fazerem efeito
- () Remédios não podem fazer mal à saúde
- () Precisam ser usados com responsabilidade, pois podem fazer mal

SOBREMED ☐

() Guardar os remédios de forma certa pode evitar que eles estraguem e façam mal. () Remédios devem ser guardados em qualquer lugar e de qualquer jeito. Posso jogá-los fora em qualquer lugar, pois eles não geram perigo () Posso jogá-los fora em qualquer lugar, pois eles não geram perigo () Jogar remédios fora do lugar adequado pode contaminar o ambiente e as pessoas	
134) Com que idade você começou a utilizar medicamentos por conta própria sem que seus pais influenciassem na escolha () Nunca utilizei medicamentos () 15 ou 16 anos sem auxílio dos pais () 17 ou 18 anos () 11 ou 12 anos () 13 ou 14 anos	IDADEMED ☐
135) Como você avalia o apoio que recebe de seus pais e familiares para lidar com a utilização de remédios: () Ótimo () Bom () Regular () Ruim () Péssimo	APOIOMED ☐
136) O quanto você se considera responsável o suficiente para tomar decisões sobre as medicações que utiliza? () Totalmente () Parcialmente () Não estou preparado ou não me sinto responsável	RESPMED ☐
137) Quais dos fatores relacionados abaixo influenciam para que você tome remédios? (Marcar uma ou mais alternativas) () Estresse () Desentendimentos com pais ou familiares () Desentendimentos com amigos e/ou namorado () Muitas atividades para fazer na escola ou trabalho () Meus amigos me "zoam" ou não me aceitam muito bem () Nenhum destes fatores	FATORESMED ☐
138) Você acredita que as informações sobre remédios que são passadas pra você nas escolas, na internet, televisão, ..., são suficientes para que você use medicamentos com responsabilidade? () Sim () Não () Não recebo informações sobre medicamentos	TVINFOS ☐
Muito Obrigado pela sua participação! 	

**ANEXO C- Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de
Ciência e Saúde da Universidade Federal de Pernambuco para presente
pesquisa**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Mediação entre a autoestima e os comportamentos de saúde bucal em adolescentes

Pesquisador: Carolina Thaiza Costa Pazos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 55483116.4.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.571.586

Apresentação do Projeto:

Projeto da dissertação de mestrado do Curso de Odontologia da UFPE

Objetivo da Pesquisa:

Verificar se existe associação entre autoestima e comportamentos em saúde bucal em adolescentes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Adequados

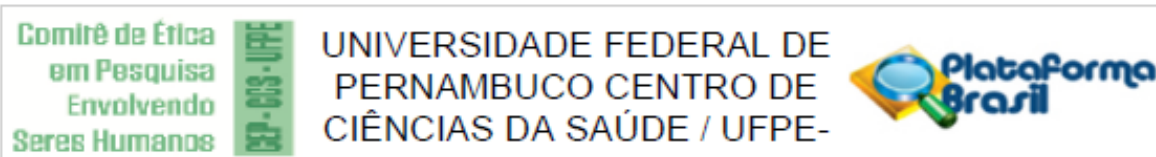
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A presente pesquisa define-se como estudo de banco secundário, analítico de caráter transversal e abordagem quantitativa. Os dados utilizados nesta pesquisa são oriundos da coorte "Estudo das condições de saúde bucal e psicossociais de adolescentes de São Lourenço da Mata", que foi desenvolvida em dois estágios com o objetivo de se constituir numa linha base de dados de adolescentes em um centro urbano da Região Metropolitana do Recife (RMR). Para este estudo serão utilizados os dados da segunda fase, "Associação entre saúde bucal e fatores psicossociais", realizada em 2014.

O estudo foi realizado nas escolas municipais e estaduais do município de São Lourenço da Mata –

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588

E-mail: cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 1.571.586

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados

Recomendações:

Nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma

Considerações Finais a critério do CEP:

O Protocolo foi avaliado na reunião do CEP e está APROVADO para iniciar a coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio da Notificação com o Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via "Notificação", pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link "Para enviar Relatório Final", disponível no site do CEP/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética, relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

O CEP/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do/a pesquisador/a assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-800
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br

ANEXO D- Autorização de uso de dados, cedida pela Instituição da pesquisa original
 “Associação entre saúde bucal e fatores psicossociais”



UNIVERSIDADE
FEDERAL
DE PERNAMBUCO

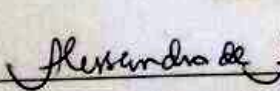
**CARTA DE ANUÊNCIA COM AUTORIZAÇÃO PARA USO DE
DADOS**

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos a pesquisadora **Carolina Thaiza Costa Pazos**, a desenvolver o seu projeto de pesquisa **Mediação entre a autoestima e os comportamentos de saúde bucal em adolescentes**, que está sob a orientação do **Prof. Dr. Paulo Sávio Angeiras de Goes** cujo objetivo é **Verificar se existe associação entre autoestima e comportamentos em saúde bucal em adolescentes**, nesta Instituição, bem como cederemos o acesso aos dados da base de dados da pesquisa **“Associação entre saúde bucal e fatores psicossociais”** para serem utilizados na referida pesquisa.

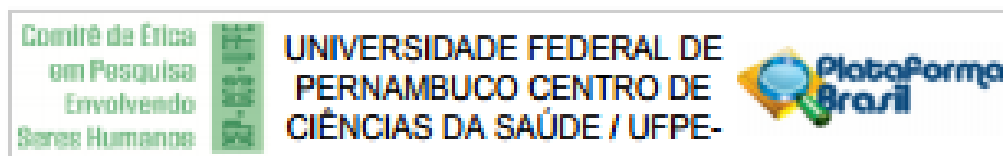
Esta autorização está condicionada ao cumprimento da pesquisadora aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a mesma a utilizar os dados pessoais dos sujeitos da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados a pesquisadora deverá apresentar a esta Instituição o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Recife, 25 de Maio de 2016.


 Alessandra de Albuquerque Tavares Carvalho
 Coord. do Pro-Pos-Graduação
 em Odontologia
 UFPE - SIGEP - 1195024
 Profª Drª Alessandra de Albuquerque Tavares Carvalho
 Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Odontologia - UFPE

ANEXO E- Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciência e Saúde da Universidade Federal de Pernambuco para pesquisa “Associação entre saúde bucal e fatores psicossociais”



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ASSOCIAÇÃO ENTRE SAÚDE BUCAL E FATORES PSICOSSOCIAIS

Pesquisador: PAULO SAVIO ANGEIRAS DE GOES

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 48506115.4.0000.5308

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.291.349

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa : Associação entre saúde bucal e fatores psicossociais tem como pesquisador responsável Paulo Savio Angelas de Goes e assistente Manuelly Pereira de Morais Santos. Trata-se de um estudo observacional de corte transversal com fonte de dados primários, com financiamento pelos próprios pesquisadores. Propõem verificar se existe associação entre os fatores psicossociais e condições de saúde bucal em adolescentes escolares do Município de São Lourenço-PE. Os dados serão obtidos através de questionários e exame clínico. A pesquisa dará origem a uma tese do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente.

Objetivo da Pesquisa:

Verificar se existe associação entre fatores psicossociais e condições de saúde bucal em adolescentes escolares no Município de São Lourenço/PE.

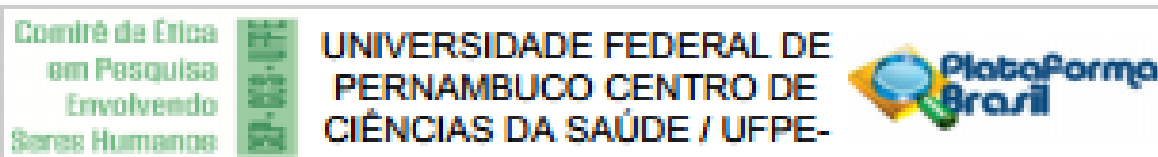
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Estão de acordo com a resolução do Conselho Nacional / CNB número 466/12

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de pesquisa com desenho simples de baixo custo, rápido e objetivo na coleta dos dados, com facilidade de obtenção e com amostra representativa.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-900
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)3136-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer 1.281.1.288

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Fazem parte do projeto o TCLE para maiores de 18 anos e dos Pais ou responsáveis, e TALE para menores entre 12 a 18 anos e carta de anuência do Município de São Lourenço da Mata-PE.

Recomendações:

Nenhuma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências foram corrigidas.

Considerações Finais a critério do CEP:

As exigências foram atendidas e o protocolo está APROVADO, sendo liberado para o início da coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio do Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via "Notificação", pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link "Para enviar Relatório Final", disponível no site do CEP/CCS/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (Item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através da EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (Item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). O CEP/CCS/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do(a) pesquisador(a) assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br