

ELIZABETHE CAROLINA PEDRA RICA DE JESUS PEREIRA

**IMPACTO DA SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA DE
ADOLESCENTES E SUA ASSOCIAÇÃO COM A IMAGEM CORPORAL**

RECIFE

2017

ELIZABETHE CAROLINA PEDRA RICA DE JESUS PEREIRA

IMPACTO DA SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA DE
ADOLESCENTES E SUA ASSOCIAÇÃO COM A IMAGEM CORPORAL

Dissertação apresentada ao Curso
de Mestrado em Saúde da
Criança e do Adolescente do
Centro de Ciências da Saúde da
Universidade Federal de
Pernambuco, para obtenção do
título de Mestre em Saúde da
Criança e do Adolescente.

Orientador: Profº Drº Paulo Sávio Angeiras de Goes

Co-orientadora: Drª Veronica Maria da Rocha Kozmhinsky

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

P436i Pereira, Elizabethe Carolina Pedra Rica de Jesus.
Impacto da saúde bucal na qualidade de vida de adolescentes e sua associação com a imagem corporal / Elizabethe Carolina Pedra Rica de Jesus Pereira. – 2017.
78 f.: il.; tab.; quad.; 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. Saúde bucal. 2. Qualidade de vida. 3. Imagem corporal. 4. Adolescentes. I. Góes, Paulo Sávio Angeiras de (Orientador). II. Título.

618.92

ELIZABETHE CAROLINA PEDRA RICA DE JESUS PEREIRA

**IMPACTO DA SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA DE ADOLESCENTES E
SUA ASSOCIAÇÃO COM A IMAGEM CORPORAL**

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 Mestra em Saúde da Criança e do Adolescente.

Aprovada em: 30/05/17

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Cláudia Marina Tavares de Araújo
(Membro Interno – Depto. Fonoaudiologia – UFPE)

Prof^a. Dr^a. Silvia Regina Jamelli
(Membro Interno – Depto. Clínica e Odontologia Preventiva – UFPE)

Prof^a. Dr^a. Mônica Vilela Heimer
(Membro Externo – Odontologia Preventiva e Social – UPE)

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-Coordenadora)
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 Góes
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 aos meus amados pais, Domicio e Valdete. Com o todo o seu infinito amor, sempre estiveram ao meu lado, vibrando com cada vitória, enxugando cada lágrima; sempre com as palavras certas e dando-me forças para seguir em frente. Palavras não descrevem todo o meu amor, gratidão e admiração. Painho e mainha, obrigada por tudo! Esta vitória é de vocês!

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por permitir que eu chegasse até aqui. Ele me acompanha em todos os momentos da minha vida, dando-me sabedoria, paciência, esperança, mostrando-me que tudo acontece no tempo certo. A Ele toda honra e glória.

Aos meus pais, **Domicio e Valdete**, pessoas que me deram a vida; por infinitas vezes abriram mão dos próprios sonhos em prol dos meus. Amo vocês.

Ao meu amado irmão, **Domicio Neto**, sempre um amigo, companheiro, parceiro; pessoa com a qual sempre posso contar. Esteve presente de forma direta e indireta nesta conquista.

Às minhas sobrinhas, **Laura e Letícia**, tão pequeninas e com uma força motriz tão grande na vida de quem as cerca. São os meus presentes de Deus.

Ao meu namorado, **Túlio Rafael**, por todo o amor, carinho, parceria, dedicação, companheirismo, paciência em cada etapa deste trabalho, sempre incentivando e nunca permitindo que eu desanimasse. Meu amor, obrigada sempre.

Ao meu querido orientador, **Prof. Dr. Paulo Sávio Goes**, por todos os ensinamentos e sabedoria compartilhados. Dispôs de todo o seu conhecimento, empenho e paciência na construção desta dissertação, tornando a nossa convivência de um aprendizado imensurável para mim.

À minha co-orientadora, **Dr^a Veronica Kozmhinsky**, pelo carinho e sabedoria sempre dispensados a mim e na construção deste trabalho, sempre se mostrando disposta a ajudar.

Aos meus grandes amigos, **Aline Nazário, Aliete Ferreira, Izabella Medina, Verônica Rodrigues, Ana Laura Farias Torres, Priscilla Araújo, Ana Paula Gonçalves**, por compreenderem as minhas ausências, sempre com uma palavra de carinho, um incentivo e incontáveis ajudas nas atividades do dia a dia. Sorrimos, choramos, vivemos todas as emoções desta caminhada. É muito bom saber que tenho vocês na minha vida.

À minha querida **Silvia Austregésilo**, pessoa de uma gentileza e sabedoria extremas; não pensou duas vezes em me ajudar nos momentos que precisei para que este trabalho saísse da melhor forma possível. Silvinha, minha gratidão por você é eterna.

À minha amiga e companheira de docência, **Thaís Carine**, pela amizade, companheirismo e parceria; nunca mediu esforços para ajudar quando precisei. Thatá, você é uma amiga excepcional.

À minha companheira de jornada de mestrado, **Andreyna Javorski**, uma amiga que ganhei nesses dois anos de caminhada no mestrado. Compartilhamos sorrisos, tristezas, angústias, alegrias e, claro, as nossas vitórias. Uma pessoa e profissional que me inspira muito. Amiga, obrigada por tudo. Tenho certeza que o nosso elo será para sempre.

À minha turma amada de mestrado, **a ME 30**, pelos momentos compartilhados nessa jornada, por vezes exaustiva, mas muito gratificante. Crescemos e aprendemos juntos. Nós conseguimos!!!!

À **Família Prática em Atenção Primária – PAP/FPS**, por fazerem dos meus dias de trabalho os melhores possíveis. Não é fácil conciliar trabalho e mestrado, mas a alegria e amizade de vocês faziam tudo parecer mais simples e tranquilo.

À minha turma querida e amada da **Ortodontia FOP/UPE**. Quanta parceria, cuidado, zelo e amizade comigo. Sempre tentando ajustar as nossas atividades em prol da conclusão desse mestrado. Vocês fazem dos meus finais de semana os melhores!

À **equipe da pesquisa “Fatores Psicossociais em Saúde Bucal”**, de onde originaram os dados que permitiu que este trabalho fosse realizado. Minha eterna gratidão a todos sempre.

À **Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente – POSCA**, por toda a acolhida, paciência, aprendizado e disposição em nos ajudar.

A todos vocês, muito obrigada!!!

O que me tranquiliza é que tudo o que existe, existe com uma precisão absoluta. O que for do tamanho da cabeça de um alfinete não transborda nem uma fração de milímetro além do tamanho de uma cabeça de alfinete. Tudo o que existe é de uma grande exatidão. Pena é que a maior parte do que existe com essa exatidão nos é tecnicamente invisível. O bom é que a verdade chega a nós como um sentido secreto das coisas. Nós terminamos adivinhando, confusos, a perfeição.

A Perfeição – Clarice Lispector

RESUMO

A adolescência é uma fase marcada por diversas transformações biopsicossociais e de insatisfação com a imagem corporal, sendo considerada como um fator de incentivo à busca por uma melhor saúde geral, inclusive bucal. Muitos trabalhos já se propuseram a estudar a relação dos fatores psicossociais com a saúde bucal dos adolescentes e o impacto na qualidade de vida. Nesse contexto, este estudo objetiva verificar se existe associação entre imagem corporal e o impacto da saúde bucal na qualidade de vida. A população de estudo foi composta por adolescentes de 14 a 19 anos, da rede pública de ensino de São Lourenço da Mata - PE, participantes do estudo intitulado “Fatores Psicossociais em Saúde Bucal”. Foram utilizados os dados captados pelos questionários sociodemográficos, BSS (Body Satisfaction Scale) e OIDP (Oral Impacts on Daily Performance). Os dados foram analisados através do programa SPSS versão 18.0. Para avaliar os dados sociodemográficos (sexo, idade, raça/cor, escolaridade, histórico de reprovação, estrutura familiar, ordem de nascimento) foram calculadas as frequências e distribuições percentuais. Para análise estatística do OIDP, os escores produzidos foram dicotomizados, tendo como referência a mediana, de modo a criar uma variável binária: baixo e alto impacto. A análise inferencial foi realizada utilizando testes de associação e comparação de proporções (Qui-quadrado, Qui-quadrado para independência e Regressão Logística Múltipla com nível de significância de 5%). Para análise de regressão, foram consideradas, apenas as variáveis que apresentaram significância na análise bivariada. A análise da regressão múltipla constatou que sexo, ordem de nascimento e imagem da face demonstraram associação significativa com o maior impacto da saúde bucal na qualidade de vida. Esse estudo observou que adolescentes do sexo feminino insatisfeitas com a sua imagem da face e que são filhas mais novas em suas famílias, relataram maior impacto da saúde bucal na qualidade de vida quando comparados aos seus semelhantes do sexo masculino, satisfeitos com a sua imagem facial e que são os filhos mais velhos nas famílias.

Palavras-chave: Saúde bucal. Qualidade de vida. Imagem corporal. Adolescentes.

ABSTRACT

Adolescence is a phase marked by various biopsychosocial transformations and dissatisfaction with body image, being considered as an incentive factor for the search for better overall health, including oral health. Many studies have already proposed to study the relationship between psychosocial factors and adolescents' oral health and the impact on quality of life. In this context, this study aims to verify if there is an association between body image and the impact of oral health on quality of life. The study population was composed of adolescents aged 14 to 19 from the public school of São Lourenço da Mata - PE, participants of the study entitled "Psychosocial Factors in Oral Health". The data obtained by the sociodemographic questionnaires, BSS (Body Satisfaction Scale) and OIDP (Oral Impacts on Daily Performance) were used. The data were analyzed through the SPSS program version 18.0. In order to evaluate the sociodemographic data (sex, age, race / color, schooling, history of disapproval, family structure, birth order) the frequencies and percentage distributions were calculated. For statistical analysis of OIDP, the scores produced were dichotomized, with reference to the median, in order to create a binary variable: low and high impact. Inferential analysis was performed using association tests and comparison of proportions (Chi-square, Qui-square for independence and Multiple Logistic Regression with significance level of 5%). For regression analysis, only the variables that showed significance in the bivariate analysis were considered. Multiple regression analysis found that gender, birth order and face image showed a significant association with the greater impact of oral health on quality of life. This study observed that female adolescents dissatisfied with their facial image and younger children in their families, reported greater impact of oral health on quality of life when compared to their male counterparts, satisfied with their facial image and who are the oldest children in families.

KEY WORDS: Oral health. Quality of life. Body Image. Adolescents.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Modelo teórico do estudo.....	28
Figura 2	Mapa da área da região metropolitana do Recife, à qual pertence São Lourenço da Mata.....	30
Figuras 3 e 4	Aplicação do questionário nas escolas.....	37
Quadro 1	Instrumentos para coleta de dados da pesquisa.....	32
Quadro 2	Descrição das variáveis da pesquisa.....	36

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Dados sociodemográficos dos adolescentes matriculados em escolas públicas de São Lourenço da Mata - PE.....	40
Tabela 2 Autopercepção da imagem da face, do corpo e impacto da saúde bucal dos adolescentes matriculados em escolas públicas de São Lourenço da Mata - PE.....	41
Tabela 3 Satisfação com a imagem do corpo e da face, segundo os fatores sociodemográficos dos adolescentes matriculados em escolas públicas de São Lourenço da Mata – PE.....	42
Tabela 4 Distribuição do impacto da saúde bucal na qualidade de vida, segundo os fatores sociodemográficos dos adolescentes matriculados em escolas públicas de São Lourenço da Mata – PE.....	44
Tabela 5 Resultados da análise multifatorial entre o impacto da saúde bucal e as variáveis independentes.....	45

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
BSS	Body Satisfaction Scale
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CD	<i>Compact Disc</i>
CEP/ UFPE	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CPI	Índice Periodontal Comunitário
CPO-D	Índice de dentes cariados, perdidos e obturados em permanentes
DVD	<i>Digital Versatile Disc</i>
IC	Intervalo de Confiança
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
OIDP	Oral Impacts on Daily Performance
OMS	Organização Mundial da Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PE	Pernambuco
RMR	Região Metropolitana do Recife
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO.....	16
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	19
3	MÉTODOS.....	29
3.1	Desenho do estudo.....	29
3.2	Localização do estudo.....	29
3.3	População do estudo.....	31
3.3.1	<i>Critérios de inclusão.....</i>	31
3.3.2	<i>Critérios de exclusão.....</i>	31
3.4	Técnica de amostragem e tamanho da amostra.....	31
3.5	Seleção da amostra.....	32
3.6	Instrumentos de coleta de dados da pesquisa.....	33
3.6.1	<i>Impacto da saúde bucal na qualidade de vida.....</i>	33
3.6.2	<i>Imagem corporal.....</i>	34
3.6.3	<i>Dados sociodemográficos.....</i>	35
3.7	Elenco de variáveis da pesquisa.....	35
3.7.1	<i>Variável dependente.....</i>	35
3.7.2	<i>Variável independente.....</i>	35
3.7.3	<i>Variáveis de controle.....</i>	35
3.8	Coleta dos dados.....	37
3.9	Análise dos dados.....	38

3.10	Aspectos éticos.....	38
4	RESULTADOS.....	40
5	DISCUSSÃO.....	46
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	50
	REFERÊNCIAS.....	51
	APÊNDICE.....	62
	APÊNDICE A – ANUÊNCIA DOS DADOS.....	62
	ANEXOS.....	63
	ANEXO A QUESTIONÁRIOS.....	63
	ANEXO B APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA..	78

1 APRESENTAÇÃO

A atenção à saúde possuía enfoque direcionado aos determinantes biológicos das doenças. Com o passar do tempo e com as evidências científicas demonstrando os limites desse modelo, afluíu um novo paradigma que aponta para a multidimensionalidade da saúde, incluindo informações subjetivas do processo saúde-doença (MATOS, 2006; CARVALHO et al., 2011).

Portanto, nos últimos anos, os estudos têm ampliado o olhar para os determinantes sociais no processo saúde-doença. Isso culminou com o surgimento de abordagens teóricas que enfatizam o contexto social e sua interação com fatores biológicos e psicossociais (WATT, 2002). Dessa incorporação resultou a formulação dos modelos que propõem a análise da qualidade de vida ou do impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos indivíduos (ABREU; PORDEUS; MODENA, 2005).

A adolescência é considerada um período crítico no desenvolvimento de cada indivíduo, marcada por intensas alterações (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007; COSTA; BIGRAS, 2007), na qual o adolescente busca um equilíbrio físico, psíquico e social, por vezes, mediados por conflitos e comportamentos extremos (ARAÚJO; COSTA; BLANK, 2009); por isso, em alguns momentos, mostra-se negligente com os seus cuidados à saúde (TOMITA et al., 2001; VALENTE et al., 2004; MALTA et al., 2010; CARVALHO et al., 2012).

Não raro, a adolescência é tida como um período de risco aumentado para o desenvolvimento da cárie e outras afecções bucais, em decorrência do precário controle de placa e redução dos cuidados com a escovação dentária (WESSELOVICZ et al., 2008; CARVALHO et al., 2011).

Nesse contexto, os problemas de saúde bucal têm sido cada vez mais reconhecidos como importantes causadores de impactos negativos na qualidade de vida dos indivíduos de todas as faixas etárias por causarem dor, constrangimentos psicológicos, privações, sofrimento (GOES; WATT; SHEIHAM, 2008). Nessa perspectiva, SHEYHAM (2005) configura as doenças bucais como importantes problemas de saúde, tanto pela prevalência,

quanto pelos custos com o tratamento necessário e, consequentemente causando impactos para o indivíduo e a sociedade.

A saúde bucal e a aparência mantêm uma relação com a qualidade de vida do indivíduo. Dentes mal posicionados, fora dos padrões estéticos, podem comprometer a relação psicossocial do indivíduo, resultando em desvantagem social (CALOGERO, et al., 2010).

Compreendendo a importância de estudar as repercussões do impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos adolescentes e considerando os fatores psicossociais como guias da atenção à saúde prestada a eles, foi desenvolvido o projeto 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 estudo foi desenvolvido em dois momentos, o primeiro em 2012 e o segundo em 2014, produzindo um vasto banco de dados.

Dessa forma, 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 dos dados secundários da primeira fase 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”, através da seguinte pergunta: Existe associação entre a imagem corporal e o impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos adolescentes?

Com a hipótese de que adolescentes mais insatisfeitos com a sua imagem corporal possuem um maior impacto da saúde bucal na qualidade de vida quando comparados com seus semelhantes que apresentam algum grau de satisfação, nosso estudo teve como objetivo verificar se existe associação entre a imagem corporal e o impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos adolescentes. Entre os objetivos específicos analisamos a imagem corporal da população estudada em função das condições sociodemográficas; verificamos a associação entre as condições sociodemográficas e o impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos adolescentes.

A dissertação está apresentada no formato de seis capítulos. O primeiro e atual capítulo tem o intuito de introduzir a temática do estudo. O segundo é a revisão de literatura em que foram abordados os fatores psicossociais e a determinação social da saúde dentro do contexto da saúde bucal na adolescência. Além disso, uma parte da revisão foi dedicada à abordagem do impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos jovens, associando-o com a

imagem corporal. O terceiro capítulo consiste no método, onde são descritos os procedimentos metodológicos adotados na pesquisa, a fim de responder aos objetivos. No quarto capítulo são apresentados os resultados, que são seguidos da discussão e das considerações finais. A formatação do documento e das referências seguiu o padrão da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

2 REVISÃO DA LITERATURA

Fatores psicossociais: A determinação social da saúde

Com a mudança dos paradigmas em saúde nos últimos anos, os estudos em saúde têm direcionado o foco para os determinantes sociais em saúde no processo saúde-doença. Tal fato levou ao surgimento das abordagens teóricas que enfatizam o contexto social do indivíduo e como se dá a sua interação com os fatores biológicos e psicológicos (WATT, 2002).

O modelo que foi desenvolvido pela Comissão de Determinantes Sociais em Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) permite identificar, em relação às dimensões da organização social, os diferentes determinantes sociais. Evidenciam-se os processos responsáveis pelas produções das desigualdades sociais em saúde (WHO, 2007).

Esse modelo destaca-se por promover a incorporação de várias teorias sobre desigualdades sociais em saúde, dentre elas os determinantes estruturais e os determinantes intermediários ou mediadores, formando uma rede bastante ampla, na qual se destaca os aspectos sociais, econômicos, culturais e políticos que estão presentes no processo de produção e reprodução social (BARATA, 2013).

Nesse contexto, saúde e doença são situações estabelecidas como padrões sociais, ou seja, pessoas com melhor nível educacional e econômico apresentam melhores níveis de saúde e vivem mais do que àquelas que são mais desfavorecidas, uma característica conhecida como gradiente social de saúde (MARMOT; WILKINSON, 2006; WATT et al., 2015).

Na área da saúde bucal, as experiências subjetivas do indivíduo e as suas percepções de saúde e doença vêm apresentando um aumento gradual de aceitação. Isso se explica pela relevância dos problemas bucais e seus impactos físicos e psicossociais na vida das pessoas, especialmente dos adolescentes (BUCZYNSKI; CASTRO; SOUSA, 2008).

Tanto os estudos nacionais como internacionais, apontam a associação entre condições bucais e os determinantes sociais, tanto em nível individual como de forma mais geral, incluindo as condições sociais, econômicas e culturais (ARAÚJO; COSTA; BLANK, 2009).

Bastos et al. (2007) sugerem que a ligação entre estrutura social e saúde bucal se dá por meio de vias psicossociais, comportamentais e materiais. São levantados aspectos da estrutura social na busca de relacioná-los com os desfechos de interesse, evidenciando a sua importância nas discussões sobre a causalidade dos fenômenos de saúde bucal.

É imprescindível salientar que as doenças bucais continuam sendo consideradas como um problema de saúde pública em todo o mundo, apesar de amplamente preveníveis. O câncer de boca, a cárie e a doença periodontal, principais agravos em saúde bucal, são condições crônicas prevalentes e que exercem impacto negativo importante na qualidade de vida (SHEIHAM; CONWAY; CHESTNUTT, 2015).

Freire (2001) afirma que a etiologia das doenças bucais é um processo complexo, que envolve fatores biológicos, sociais e psicológicos. No entanto, os agravos bucais são situações, na maioria das vezes, evitáveis, afetando de forma desproporcional a população mais desfavorecida (SHEIHAM; CONWAY; CHESTNUTT, 2015).

Em um estudo realizado por Zucoloto et al. (2016) com 1.007 pacientes atendidos em uma escola de Odontologia de São Paulo, foi evidenciado que o nível socioeconômico estava associado a ocorrência de problemas bucais. A maioria dos participantes era de classe social baixa e apresentava perdas dentais, odontalgias e dores na região temporomandibular.

Bastos et al. (2009) relataram em um estudo com adolescentes brasileiros que os fatores psicossociais poderiam influenciar a ocorrência de doenças bucais na medida em que indivíduos mais abastados, com maior grau de instrução, teriam mais acesso aos serviços básicos de saúde, prevenindo o aparecimento de doenças. Houve uma significativa diferença nas condições de saúde bucal quando comparadas as regiões do Brasil. Adolescentes que residiam na Região Sul apresentaram melhores desfechos de saúde bucal quando comparados aos que residiam, por exemplo, nas Regiões Norte e Nordeste, por serem localidades mais desfavorecidas.

Essa relação entre condição social e saúde, conhecida como gradiente social, tem profundas repercussões para a política. Existe um gradiente social no impacto causado pela saúde bucal na qualidade de vida. Como acontecem com outras doenças crônicas, as doenças bucais exibem um gradiente social considerável, criando desigualdades inconcebíveis (SABBAH et al., 2007; SHEIHAM; CONWAY; CHESTNUTT, 2015).

Em um estudo realizado por Bastos, Nomura e Peres (2005) com o objetivo de estimar a prevalência da dor de dente e sua associação com a cárie e as condições socioeconômicas

em adolescentes de 18 anos do sexo masculino, evidenciou que os jovens pertencentes a famílias de baixa renda apresentavam 1,8 vezes mais chances de referirem dor quando comparados com os de maior renda.

Em uma revisão realizada por Passos et al. (2011) sobre as condições de vida e saúde bucal, em uma abordagem conceitual das desigualdades sociais, constataram que a saúde da população apresenta forte gradiente social reproduzido nos diversos países, independentemente da abrangência, eficiência e eficácia dos sistemas de saúde. Foi possível evidenciar que a saúde bucal reflete a desigualdade socioeconômica corrente e o difícil acesso à assistência odontológica para a maioria da população.

Os determinantes sociais são conceituados como estruturas fundamentais na hierarquia social, nas quais as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem; são as causas das causas (MARMOT, 2005). Nesta perspectiva, Watt, Do e Newton (2015) afirmam que medidas para resolver as desigualdades em saúde bucal só terão eficácia se forem abordadas as causas subjacentes da desigualdade social.

Imagem corporal, adolescência e saúde bucal

Em princípio, os estudos sobre imagem corporal eram de domínio da neuropatologia. De acordo com esta abordagem, o esquema corporal que investiga a imagem corporal é a representação das dimensões e formas corporais organizadas pelas aferências proprioceptivas, cinestésicas e sensoriais (STRAATMANN, 2010).

Em 1935, Paul Schilder ampliou a visão da imagem corporal para além desta perspectiva neurológica, linear e quantitativa tão mencionada na época. Baseando-se em uma abordagem do corpo de forma integrada, o autor apresentou de maneira inovadora a imagem corporal sob uma perspectiva sistêmica (TAVARES, 2003).

A compreensão do conceito de imagem corporal está vinculada ao significado dos termos imagem e corpo e sua definição tem uma dimensão maior, se for pensado na subjetividade de cada sujeito. Constitui-se daquilo que o indivíduo enxerga no espelho, o qual estrutura uma figuração mental para si. Esse corpo constituído por todos os sentidos pode aceitar uma imagem de forma positiva ou negativa, tornando-se dependente da aceitação ou não da sociedade e dos padrões de beleza impostos. Sob pena de serem aceitos, podem ignorar

histórias pessoais, sentimentais e a própria realidade corporal (RUSSO, 2005; SILVA; LANGE, 2010; BELING et al., 2012).

A imagem corporal é traduzida como um fenômeno complexo, em que a sua construção envolve a interação de aspectos cognitivos, fisiológicos, sociais, afetivos. Desenvolve-se paralelamente à identidade do indivíduo e do corpo, estando intimamente associada com o conceito de si próprio e recebendo influências das interações dinâmicas do meio em que vive (SILVA; LANGE, 2010; BELING et al., 2012).

No processo de desenvolvimento da imagem corporal, independente da faixa etária, modelos e fatores socioculturais como amigos, mídia e família são relevantes condicionantes, influenciando de forma direta a formação dessa imagem (DAMASCENO et al., 2006; DEL CIAMPO; DEL CIAMPO, 2010; STRAATMANN, 2010).

Conforme tais modelos vão sendo guiados pela educação, cultura, parentes e amigos, as experiências dos adolescentes com a imagem corporal vão sendo permeadas por sentimentos e pensamentos sobre si mesmos, positivos ou negativos. Estando sujeitos a essas influências, os adolescentes tendem, então a imitar comportamentos que influenciam no desenvolvimento de sua imagem corporal, numa constante tentativa de serem socialmente aceitos (DEL CIAMPO; DEL CIAMPO, 2010).

Para Damasceno et al. (2006) a imagem corporal é construída de maneira multidimensional, expressando representações internas do indivíduo sobre a sua aparência física, a partir das relações com o outro. O julgamento favorável ou desfavorável é criado por crenças e valores sociais, que acabam por causar impacto na vida do indivíduo.

Pereira et al. (2011) mostraram uma frequência no que diz respeito à insatisfação com a imagem corporal em diversas faixas etárias, principalmente no período da adolescência.

A adolescência é uma fase do desenvolvimento caracterizada por diversas transformações físicas, psicológicas, culturais, sociais (PETROSKI et al., 2012). Uma das características marcantes dessa fase é a procura de identidade, ou seja, o adolescente tenta determinar-se diante dos papéis sociais disponíveis, buscando modelos. O jovem volta-se para os aspectos estéticos de sua cultura como forma de comparar o seu corpo com um modelo (ELIAS et al., 2001).

Em seu estudo, Groesz et al. (2003) encontraram que o maior índice de insatisfação com a imagem corporal aconteceu nas meninas com idade abaixo dos 19 anos quando se comparavam com os padrões estabelecidos pela mídia.

Straatmann (2010) descreveu a alta prevalência de insatisfação com o corpo entre os adolescentes brasileiros. O autor corrobora, através das pesquisas citadas no seu estudo, que o maior número de insatisfação com a imagem corporal encontra-se no sexo feminino (60%). Em contrapartida, ainda no mesmo estudo, o autor apresenta altas avaliações de insatisfação corporal no sexo masculino, como nos estudos na Grécia (35,2%), Estados Unidos (37,7%), Itália (39,9%) e no Brasil – Florianópolis (69,0%) e Rio Grande do Sul (71,9%).

Em um estudo com universitários britânicos, foi demonstrado que a preocupação com a rejeição interpessoal, baseada na aparência corporal, é um indicador para a excessiva preocupação com a imagem corporal, sendo importante nos programas de saúde, avaliar a sensibilidade à rejeição dos adolescentes com base na aparência física (CALOGERO et al., 2010)

No que diz respeito à saúde bucal, muitas vezes os dentes se tornam o aspecto mais decisivo na formulação de julgamentos (WATT, 2002). Para os adolescentes, a saúde bucal compreende os conceitos de beleza, estética e vaidade. Na era da supervalorização da imagem, os jovens são atraídos pelo padrão vigente. Sendo assim, a beleza passa pelo sorriso, o qual se torna sinônimo de saúde bucal e compõe a saúde integral do adolescente ao longo do seu crescimento e desenvolvimento (ELIAS et al., 2001; INFANTE, 1994).

Em um estudo realizado por Granville-Garcia et al. em 2011 que objetivou avaliar a importância da saúde bucal para adolescentes de escolas públicas em Campina Grande, na Paraíba, verificou-se a prioridade do adolescente para a estética e a falta de conhecimento das doenças bucais.

Nesta fase da vida há um aumento dos problemas orais considerados biofilme dependentes, como cárie e doença periodontal (VETTORE et al., 2012). Ademais, os traumas e os agravos decorrentes da erupção do terceiro molar constituem os principais transtornos relacionados à saúde bucal que afetam esses indivíduos (BARROS, 2007).

No que concerne à carie dental, a adolescência é vista como um período de risco aumentando a sua ocorrência pela negligência com a higienização oral (TOMITA, 2001). No

Brasil, aproximadamente 90% dos adolescentes com idade entre 15 e 19 anos apresentam pelo menos um dente permanente com experiência de cárie (BRASIL, 2012).

Com o objetivo de analisar a prevalência de cárie dentária e as necessidades de tratamento em crianças de 12 anos e adolescentes, tomando como base os resultados dos levantamentos epidemiológicos Condições de Saúde Bucal no Estado de São Paulo em 2002 e a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SB BRASIL) em 2010, Sousa et al. (2013) mostraram que houve uma redução expressiva na experiência de cárie nos últimos anos.

Entretanto, o último inquérito nacional realizado em 2010, demonstrou que 56,5% dos adolescentes brasileiros de 12 anos e 76,1% daqueles de 15 a 19 anos ainda tinham cárie dentária, apresentando, em média, 2,07 e 4,25 dentes cariados, perdidos e obturados (CPOD), respectivamente. Observou-se, também, diferenças na prevalência entre as regiões, capitais e cidades do interior. Nas capitais da região Nordeste, a prevalência de adolescentes livres de cárie aos 15-19 anos variou entre 11,1 e 41,6%, enquanto nas cidades do interior da mesma região, essa prevalência foi de apenas 13,5% (BRASIL, 2012).

É importante salientar que ao se comparar as faixas etárias de 12 anos com 15 a 19 anos de idade, ocorre um grande incremento da cárie dentária para a última faixa etária, mesmo considerando o caráter cumulativo da doença. A média de dentes afetados é de 4,2, equivalente ao dobro da média encontrada aos 12 anos, sinalizando um aumento expressivo da doença em um período de transição para a fase adulta. Esta evolução tem se constituído como um achado comum em outros estudos no Brasil e no mundo, o que aponta para a necessidade de controlar a cárie dentária nesta fase, para que não progrida até a fase adulta, o que aumentaria o número de dentes perdidos (CANGUSSU et al., 2001; KARGER, 2004; FRIAS et al., 2007; GUSHI et al., 2008; NORO et al., 2009).

Com relação às condições periodontais, que são avaliadas pelo Índice Periodontal Comunitário (CPI), esses problemas aumentam, de forma geral, com a idade (BRASIL, 2012). Embora seja incomum na população mais jovem, a perda de inserção periodontal e osso de suporte, quando acontece na referida população, acomete de forma mais expressiva os adolescentes (NANAIAH; NAGARATHNA; MANJUNATH, 2013).

As mudanças biológicas que acontecem na fase da adolescência, como as alterações hormonais, configuram como fatores relevantes para a compreensão do desenvolvimento de lesões periodontais. Entretanto, a presença dessas alterações nessa fase, em ambos os sexos, tem o efeito transitório no grau de inflamação da gengiva (MARIOTTI, 2010).

O levantamento epidemiológico nacional de saúde bucal de 2003 (BRASIL, 2004) mostrou, com relação à faixa etária de 15 a 19 anos, como as alterações de maior prevalência, a presença de tártaro 33,4% e de sangramento gengival 18,77%. Já no último levantamento em 2010 (BRASIL, 2012) evidenciou uma melhora da condição periodontal na mesma faixa etária, em que a presença de cálculo foi de 28,4% e de sangramento 9,7%, podendo-se inferir que na fase da adolescência, a doença periodontal ocupa uma posição de relevância.

Com relação à necessidade do uso de prótese, o SB Brasil 2010, relatou que 15% dos adolescentes necessitam de algum tipo de prótese dentária, ressaltando uma importante redução de 52% nas necessidades de próteses entre os adolescentes quando comparadas aos anos anteriores. Em 2003, a necessidade de prótese dentária na faixa etária de 15 a 19 anos foi de 27% (BRASIL, 2012).

A prevalência de pelo menos um dente perdido entre adolescentes brasileiros em 2003 reduziu de 38,9% para 17,4% em 2010, variando entre 8,1% nos estratos de maior renda a quase 30% entre os menos escolarizados. Estas perdas dentárias tem sido acompanhadas pelo aumento das desigualdades sociais, sendo maiores nas regiões Norte e Nordeste (PERES et al., 2013).

Imagem corporal e Impacto da Saúde Bucal na Qualidade de Vida

A Organização Mundial de Saúde (OMS) tem, nos últimos anos, se empenhado em salientar a importância das condições de saúde bucal como parte intrínseca da saúde geral e da qualidade de vida das pessoas. Pesquisas têm mostrado o papel das morbidades bucais no absenteísmo escolar e no trabalho (PERES et. al., 2013; MOURE et. al., 2011).

A literatura relata que o aspecto estético exerce papel importante na interação social dos indivíduos, sendo que as deformidades faciais parecem causar mais impacto do que outras incapacidades físicas. Pesquisas têm demonstrado que uma criança com aparência dentária normal pode ser considerada mais bonita, sendo mais aceita socialmente (SHAW; LEWIS; ROBERTSON, 1975; SHAW, 1981; PERES; TRAEBERT; MARCENES, 2002).

Os problemas de saúde bucal têm sido cada vez mais relatados como importantes causadores de impacto negativo na qualidade de vida por causarem, entre vários transtornos,

insatisfação com a aparência facial (COHEN-CARNEIRO; SOUZA-SANTOS; REBELO, 2011; ANTUNES; LEÃO; MAIA, 2012; FILGUEIRA et al., 2016).

De acordo com Barbieri e Rapoport (2009), alguns fatores podem ser afetados por problemas bucais, como a vida social, a alimentação, as atividades da vida diária, revelando a decorrente queda no nível de qualidade de vida.

Ao avaliar a relação entre oclusopatias e o impacto na qualidade de vida relacionada à saúde bucal em 130 jovens, Machale et al. (2012) evidenciaram que as dimensões mais afetadas foram comer (78,46%), contato social (51,53%), higienizar os dentes (45,38%) e falar (40,76%). Esses resultados corroboram a idéia de que os agravos bucais têm grande impacto sobre a qualidade de vida das pessoas.

Com o objetivo de estimar o impacto dos agravos bucais na qualidade de vida das pessoas, as pesquisas têm utilizado, além das medidas clínicas, medidas relacionadas à idade, condição socioeconômica e percepção da saúde geral (fatores psicossociais) sobre o impacto que os agravos bucais causam em seu cotidiano (PERES et al., 2013; SHEIHAM, 2001).

Dentre os fatores psicossociais, a imagem corporal vem ganhando espaço na literatura, afetando e motivando os adolescentes na busca pela saúde geral e bucal (STRAATMANN, 2010; HOLSEN; KRAFT; ROYSAMB, 2001; PENKAL; KURDEK, 2007; ELIAS et al., 2001). A saúde bucal e a aparência dental aparecem, entre os adolescentes, como características decisivas para formulação dos próprios julgamentos, nivelando a sua aceitação social (ELIAS; MESTRINER; FERRIANI, 2001).

A importância do conceito de estética e beleza na vida dos adolescentes foi demonstrada por Sousa (2008), ao evidenciar que os dentes exercem um papel importante na relação de bem estar consigo e com os outros. Jovens mais satisfeitos com a sua aparência dental são descritos como mais autoconfiantes (GAVRIC et al., 2015).

Para os jovens a presença de dentes saudáveis é sinônimo de autoafirmação e formação da personalidade. A perda da harmonia do rosto resultará em importantes consequências para a qualidade de vida (SOUSA, 2008), podendo originar sentimentos que vão desde constrangimentos até uma profunda ansiedade (GOLDSTEIN, 2000).

A imagem corporal, que afeta e motiva os adolescentes no engajamento de programas de saúde geral e bucal, passou a ser valorizada nas reflexões acerca da sua influência no

processo saúde/doença em várias linhas de pesquisa (STRAATMANN, 2010; HOLSEN; KRAFT; ROYSAMB, 2001; PENKAL; KURDEK, 2007; ELIAS et al., 2001).

Em seu estudo, Foster Page et al (2013) evidenciaram que as maiores experiências de cárie estavam relacionadas com um maior grau de insatisfação com a imagem corporal.

Os dentes muitas vezes se tornam a característica mais decisiva na formulação de nossos julgamentos. Através da face, região exposta do corpo humano, a estética bucal pode se tornar motivo de ansiedade. Os dentes podem originar sentimentos que variam desde constrangimentos até uma profunda ansiedade (ELIAS; MESTRINER; FERRIANI, 2001).

Seehra, Dibiasi e Newton (2011) em um estudo que se propôs a relacionar o *bullying* em adolescentes e sua relação com a aparência dental e as implicações psicossociais, mostraram que a ausência de estética dental pode afetar a condição psicossocial dos indivíduos e resultar em desvantagem social.

Para Donnelly e MacEntee (2012) em uma sociedade baseada em padrões culturais de juventude, a imagem corporal e uma aparência dental favorável (dentes brancos e alinhados) são considerados aspectos relevantes para os indivíduos. A ausência do “sorriso perfeito” ou distorção da imagem corporal pode ocasionar o isolamento social, comprometendo as relações sociais.

Segundo Baldwin (1980) a aparência é uma chave para o sucesso nas relações humanas e apresenta um efeito positivo na atratividade nos relacionamentos interpessoais. Sendo assim, evidencia a preocupação dos adolescentes com a aparência e a sua relação com a auto-imagem e auto-estima.

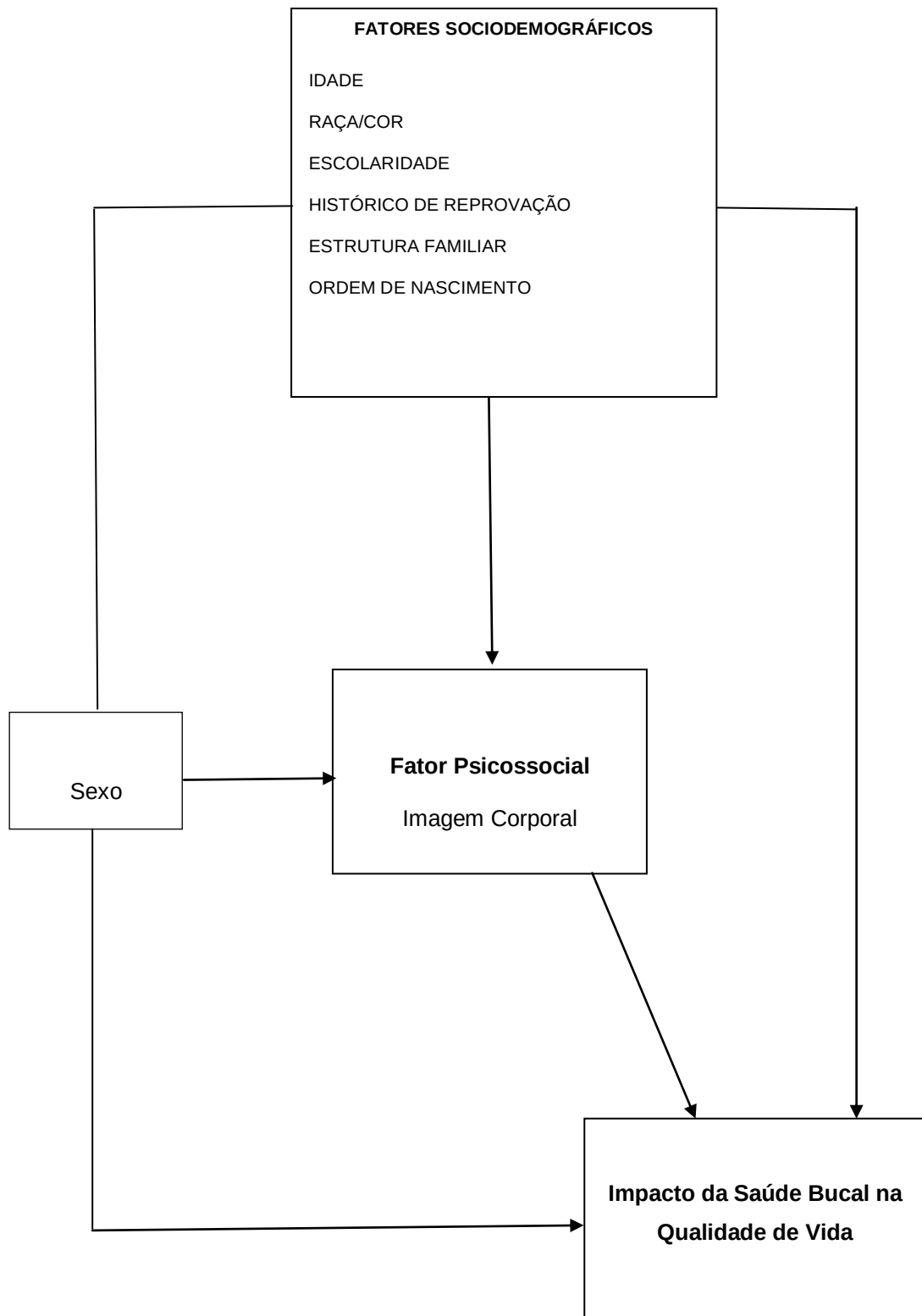


Figura 1: Modelo teórico do estudo

3 MÉTODOS

3.1 Desenho do estudo

Esta pesquisa é parte integrante da primeira fase (2011-2012) do estudo das condições de saúde bucal e fatores psicossociais dos escolares de 14 a 19 anos de idade do município de São Lourenço da Mata – PE.

Trata-se de um estudo transversal com fonte de dados primários para um estudo de coorte, o que permitiu observar o objeto em foco na população pesquisada e verificar o efeito deste em um período de tempo, sem intervir no seu curso.

3.2 Localização do estudo

O estudo foi realizado nas escolas públicas do município de São Lourenço da Mata - PE.

De acordo com o site oficial da Prefeitura de SÃO LOURENÇO DA MATA (2016), o município está localizado na Região Metropolitana do Recife a 18 km da capital pernambucana. É considerado uma das cidades mais antigas do Brasil, e tem 92% 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 100.000 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\$ 5.070,81 (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), 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).

3.3 População do estudo

Adolescentes com 14 a 19 anos (nascidos entre os anos 1995 e 2000), de ambos os sexos, matriculados em 11 escolas da rede pública da cidade de São Lourenço da Mata – Pernambuco, no ano de 2011.

3.3.1 Critérios de inclusão

Questionários respondidos pelos adolescentes de 14 a 19 anos, sendo utilizados os questionários respondidos com as questões de interesse para o estudo.

3.3.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos os adolescentes que não compreendiam o questionário, mesmo após a explicação coletiva dada aos alunos previamente a aplicação ou questionários com dados incompletos.

3.4 Técnica de amostragem e tamanho da amostra

A população-alvo das 11 escolas totalizou 1.417, representando uma taxa de resposta de 85,5% das amostras inicialmente calculadas. Para o cálculo do tamanho da amostra foi utilizada a fórmula de comparação de duas proporções, relação de 1:1 nos grupos de comparação, com poder de 80%, erro aleatório de 2,5% e Intervalo de Confiança de 95%. Para cálculo amostral foi utilizado o programa de cálculo do Epi Info 6.

Os dados coletados corresponderam aos presentes nas questões sociodemográficas, psicossociais (imagem corporal), e sobre impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos adolescentes, provenientes das questões 01-09, 78-94, 108-116 (ANEXO A), de acordo com os dados no quadro.

Instrumento	Variável (is)	Fonte	Número das questões
Questionário Sociodemográfico	Sociodemográficos	——	01-09
BodySatisfactionScale (BSS)	Imagem corporal	Slade, 1990; De Paula et al., 2009	78-94
Oral Impact on Daily Performances (OIDP)	Impacto da saúde bucal na qualidade de vida	Slade, 1997; Adulyanon, Sheiham, 1997	108-116

Quadro 1- Instrumentos para coleta de dados da pesquisa

3.5 Seleção da amostra

Inicialmente foi solicitada à Secretaria Municipal de Educação uma listagem das escolas públicas de São Lourenço da Mata. A partir da lista fornecida, foram realizados contatos por telefone com a direção de cada escola a fim de saber a disponibilidade de horários para início das atividades de coleta, assim como conferir os alunos inicialmente listados e presentes em cada escola.

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.

3.6 Instrumentos de coleta de dados da pesquisa

3.6.1 Impacto da saúde bucal na qualidade de vida

O impacto da saúde bucal na qualidade de vida foi mensurado a partir do Oral Impact on Daily Performances (OIDP). Este instrumento foi desenvolvido baseado no International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps, posteriormente adaptado para a Odontologia (WHO, 1980; LOCKER, 1989; ADULYANON, SHEIHAM, 1997). O OIDP é um indicador sócio-dental que foca na medida dos impactos que interferem na habilidade de as pessoas desempenharem suas atividades diárias, através da avaliação da frequência e gravidade dos impactos que afetam o desempenho diário dos indivíduos (ADULYANON, SHEIHAM, 1997).

O OIDP usa a abordagem lógica da quantificação do impacto da saúde bucal na qualidade de vida, avaliando a sua frequência e a gravidade. Um objetivo complementar é que o escore da severidade faça a medida da relativa importância da percepção do informante sobre impacto no desempenho diário. Além de medir os impactos, esse índice avalia também as causas dos impactos odontológicos no desempenho diário (ADULYANON, SHEIHAM, 1997).

São relacionados os problemas bucais e os sintomas que o indivíduo percebe como causadores do impacto, a fim de que, ao fornecer uma gravidade, obtenhamos um peso da importância relativa desse impacto na qualidade de vida (ADULYANON, SHEIHAM, 1997; SHEIHAM, 2000).

A versão original da escala foi proposta por Adulyanon e Sheiham (1997), em que se utilizou a frequência da atividade/desempenho e gravidade do impacto. Tratou-se de uma escala de cinco pontos do tipo Likert. O presente estudo foi baseado na adaptação feita pela Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2010), em que foi utilizada uma escala de três pontos (1= sim, 2= não e 3= não sei), realizada para facilitar a compreensão dos adolescentes. O instrumento possui nove questões, no qual são avaliados oito domínios (dificuldade para comer, se comunicar, estudar, dormir, incômodo ao escovar, irritabilidade/nervosismo, ausência de lazer e prática de esportes). A distribuição dos escores foi não normal, sendo a variável categorizada a partir da mediana de dois impactos, em que dois ou mais impactos foi considerado alto impacto e menos de dois baixo impacto na qualidade de vida (ANEXO A, questões 78 – 93).

3.6.2 *Imagem corporal*

A dimensão “**Imagem Corporal**” foi avaliada através da BSS (Body Satisfaction Scale), validada para o Brasil. A escala averigua a satisfação/insatisfação com partes do corpo: cabeça, face, maxilares, dentes, nariz, boca, olhos, orelhas, ombros, pescoço, peito, barriga, braços, mãos, pernas e pés. Consiste em uma lista de 16 partes do corpo, cuja metade envolve partes da cabeça, acima do pescoço e a outra metade envolve partes do corpo abaixo da cabeça (SLADE, 1990). Nesta pesquisa, foram separadas as partes relacionadas à face das outras partes do corpo, em que acima do pescoço foi denominada imagem da face e abaixo imagem do corpo.

A satisfação/insatisfação corporal dos sujeitos é avaliada através de uma escala de 1 a 7 pontos (1 para indicar “muito satisfeito”, 7 para indicar “muito insatisfeito”). Assim, quanto mais alto for o escore, mais alta será a insatisfação corporal. O instrumento possibilita a derivação de três escalas somativas com consistência interna aceitável: geral, partes da cabeça e partes do corpo (De PAULA et. al., 2009). Para o presente estudo, devido à distribuição da variável não normal, foi categorizado em satisfeito e insatisfeito com a imagem da face e do corpo.

3.6.3 *Dados sociodemográficos*

Foram registrados em acordo com o questionário para dados sociodemográficos (Brasil, 2011): sexo, idade, raça/cor, escolaridade, histórico de reprovação, estrutura familiar, número de habitantes por domicílio, ordem de nascimento.

3.7 **Elenco de variáveis da pesquisa**

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

3.7.1 *Variável dependente*

Impacto da saúde bucal na qualidade de vida.

3.7.2 *Variável independente*

Satisfação com a imagem da face e do corpo.

3.7.3 *Variáveis de controle*

Dados sociodemográficos, que envolvem sexo, idade, cor/raça, escolaridade, histórico de reprovação, estrutura familiar, ordem de nascimento na família. As variáveis da pesquisa, bem como a sua categorização estão descritas no quadro a seguir.

Variável	Definição	Categorização
Dados Sociodemográficos		
Sexo	Sexo	1- Masculino 2- Feminino
Idade	Idade em anos	Dado numérico
Cor/Raça	Cor/Raça	1- Branca 2- Preta 3- Parda 4- Amarela 5- Indígena
Escolaridade	Em que série estuda	1- Fundamental (6º ao 9º ano) 2- Médio (1º ao 3º ano)
Histórico de reprovação	Se já foi reprovado	1- Sim 2- Não 3- Não sei/Não me lembro
Estrutura familiar	Com quem mora	1- Com o pai 2- Com a mãe 3- Com pai e mãe 4- Com os avós 5- Com tios 6- Outros
Ordem de nascimento	Ordem de nascimento	1- Primeiro filho 2- Segundo filho 3- Terceiro filho 4- Quarto filho ou depois 9- Não sei/Não me lembro
Imagem Corporal		
Imagem corporal (Imagem da face e do corpo)	Constructo que avalia a satisfação/insatisfação com partes do corpo.	1- Insatisfeito 2- Satisfeito
Impacto das Condições Bucais na Qualidade de Vida		
Impacto das condições bucais na qualidade de vida	Fornece a dimensão e frequência do impacto e dá peso a importância percebida do mesmo	1- Baixo impacto 2- Alto impacto

Quadro2: Descrição das variáveis da pesquisa.

3.8 Coleta dos dados

A coleta de dados foi realizada nas escolas no período de agosto a setembro de 2012 por pesquisadores previamente treinados e calibrados.

O questionário autoaplicável foi amplamente discutido em sua formulação pela equipe de pesquisadores, e testado em um pequeno grupo de adolescentes (Fig.03 e 04), posteriormente englobados na amostra, com a finalidade de verificar a facilidade de compreensão, corrigir distorções e incongruências de informações.



Fig. 03



Fig. 04

Os questionários foram aplicados em ambientes das escolas que estiveram disponíveis e reservados no momento da pesquisa. Os ambientes utilizados corresponderam à sala de aula, auditório, biblioteca ou refeitório. A aplicação do questionário foi realizada em grupos de alunos, após prévia explicação dos objetivos e métodos do estudo, sendo retiradas todas as dúvidas que surgissem no momento da pesquisa.

Para o presente estudo, foram utilizados os dados da primeira fase da coorte “Estudos das condições de saúde bucal e psicossociais de adolescentes de São Lourenço da Mata”, realizada em 2011 com o título “Fatores Psicossociais em Saúde Bucal”.

3.9 Análise dos dados

Para análise dos dados foi construído um banco no programa SPSS, versão 18, no qual também foi realizada a análise. Para avaliar os dados sociodemográficos (sexo, idade, raça/cor, escolaridade, histórico de reprovação, estrutura familiar e ordem de nascimento) foram calculadas as frequências percentuais e construídas as respectivas distribuições de frequências. Ainda, foram calculadas as prevalências da percepção acerca da satisfação com a imagem da face e do corpo e do grau de impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos adolescentes avaliados. As variáveis imagem da face e imagem do corpo foram construídas a partir da dicotomização, considerando como ponto de corte o percentil 75%, sendo considerado os maiores que 75% satisfeitos e os menores insatisfeitos, na distribuição produzida pela contagem dos itens. Já a variável grau de impacto foi dicotomizada a partir da mediana da distribuição do número de atividades interrompidas em alto e baixo. A comparação das prevalências encontradas foi feita através do teste Qui-quadrado para comparação de proporção. Para avaliar a influência dos fatores sociodemográficos na satisfação com a imagem da face e do corpo e com a percepção do adolescente acerca do impacto da saúde bucal na sua qualidade de vida, foi aplicado o teste Qui-quadrado para independência. Ainda, utilizou-se o teste supracitado para avaliar a influência da satisfação do adolescente com a imagem da face e do corpo na percepção do impacto da saúde bucal na qualidade de vida. Todas as conclusões foram tiradas considerando o nível de significância de 5%. Foi realizada a regressão logística com 3 níveis (sexo, fator psicossocial e imagem corporal e facial), utilizando o modelo teórico-hierárquico. Para análise de regressão, apenas foram consideradas as variáveis que apresentaram significância estatística na análise bivariada. 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%.

3.10 Aspectos éticos

Este estudo respeitou os princípios da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Foi solicitada a anuência para a disponibilização do banco de dados ao

pesquisador responsável (APÊNDICE B) da pesquisa **“Fatores Psicossociais em Saúde Bucal”**.

A pesquisa original foi conduzida de acordo com os princípios éticos, em consonância com a Resolução nº 196/1996 do CNS, após ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da de Pernambuco (CEP/ UPE), sob número de registro: 105/12 (ANEXO B).

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), pelos responsáveis e por aqueles com idade de 18 ou 19 anos

.

4 RESULTADOS

Neste estudo, verificou-se que entre 1.417 adolescentes que participaram da pesquisa, a maioria é do sexo feminino (56,2%), com idade menor ou igual a 16 anos (66,0%), da cor parda (50,4%), estudantes do ensino médio - 6º ao 9º ano - (66,5%), possui histórico de reprovação (49,4%), mora com o pai e mãe (50,8%) e é o primeiro na ordem de nascimento da família (44,2%) (Tabela 1).

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

Fator avaliado	n	%
Sexo		
Masculino	620	43,8
Feminino	797	56,2
Idade		
≤ 16 anos	935	66,0
> 16 anos	482	34,0
Cor e raça		
Branca	399	28,9
Preta	182	13,2
Parda	696	50,4
Amarela	38	2,8
Indígena	65	4,7
Série		
Fundamental (6º ao 9º ano)	475	33,5
Médio (1º ao 3º ano)	941	66,5
Histórico de reprovação		
Sim	697	49,4
Não	682	48,3
Não sei/Não me lembro	33	2,3
Estrutura familiar		
Com o pai	64	4,5
Com a mãe	414	29,2
Com pai e mãe	720	50,8
Com avós	161	11,4
Com tios	61	4,3
Ordem de nascimento		
Primeiro	603	44,2
Segundo	414	30,3
Terceiro	193	14,1
Quarto	155	11,4

Em relação à satisfação dos adolescentes com a imagem da face, foi possível observar que a maioria encontra-se insatisfeito com a imagem de sua face (55,5%). Enquanto a respeito da satisfação dos adolescentes com a imagem do corpo, verifica-se que 51,4 % estão insatisfeitos. Sobre o impacto da saúde bucal na qualidade de vida, registra-se que a maioria dos adolescentes apresenta baixo impacto da saúde bucal na sua qualidade de vida (66,1%) (Tabela 2).

Tabela 2 Autopercepção da imagem da face, do corpo e impacto da saúde bucal dos adolescentes matriculados em escolas públicas de São Lourenço da Mata - PE

		n	%
Satisfação com a imagem da face	Insatisfatória	745	55,5
	Satisfatória	597	44,5
Satisfação com a imagem do corpo	Insatisfatória	661	51,4
	Satisfatória	625	48,6
Classificação do OIDP	Baixo impacto	936	66,1
	Alto impacto	481	33,9

A percepção da satisfação da imagem do corpo e da face segundo os fatores sociodemográficos dos adolescentes é apresentada na tabela 3. Verifica-se maior insatisfação com a imagem do corpo nos adolescentes do sexo feminino (54,6%). O mesmo acontece com relação à imagem da face, em que a maior insatisfação também foi encontrada no grupo do mesmo sexo (57,5%). A análise bivariada demonstrou associação entre o sexo feminino e a imagem do corpo.

Tabela 3 Satisfação com a imagem do corpo e da face, segundo os fatores sociodemográficos dos adolescentes matriculados em escolas públicas de São Lourenço da Mata – PE.

Fator avaliado	Satisfação com a imagem do corpo		p-valor	Satisfação com a imagem da face		p-valor
	Insatisfeito	Satisfeito		Insatisfeito	Satisfeito	
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
Sexo						
Masculino	266(47,2)	297(52,8)	$\chi^2 = 6,913$	312(53,0)	277(47,0)	$\chi^2 = 2,749$
Feminino	395(54,6)	328(45,4)	$p = 0,009$	433(57,5)	320(42,5)	$p = 0,097$
Idade						
≤ 16 anos	442(52,1)	407(47,9)	$\chi^2 = 0,438$	502(56,8)	382(43,2)	$\chi^2 = 1,700$
> 16 anos	219(50,1)	218(49,9)	$p = 0,508$	243(53,1)	215(46,9)	$p = 0,192$
Cor e raça						
Branca	196(52,5)	177(47,5)		210(54,7)	174(45,3)	
Preta	83(51,6)	78(48,4)	$\chi^2 = 2,083$	94(56,0)	74(44,0)	$\chi^2 = 0,851$
Parda	310(49,2)	320(50,8)	$p = 0,721$	368(55,4)	296(44,6)	$p = 0,931$
Amarela	21(56,8)	16(43,2)		18(48,6)	19(51,4)	
Indígena	32(55,2)	26(44,8)		35(57,4)	26(42,6)	
Série						
Fundamental	197(49,0)	205(51,0)	$\chi^2 = 1,388$	235(55,2)	191(44,8)	$\chi^2 = 0,025$
Médio	464(52,5)	419(47,5)	$p = 0,931$	509(55,6)	406(44,4)	$p = 0,874$
Histórico de reprovação						
Sim	314(51,2)	299(48,8)		358(55,6)	286(44,4)	
Não	329(51,5)	310(48,5)	$\chi^2 = 0,155$	366(55,3)	296(44,7)	$\chi^2 = 0,097$
Não sei/Não me lembro	17(54,8)	14(45,2)	$p = 0,925$	18(58,1)	13(41,9)	$p = 0,953$
Estrutura familiar						
Com o pai	24(49,0)	25(51,0)		28(50,9)	27(49,1)	
Com a mãe	201(54,0)	171(46,0)		230(59,1)	159(40,9)	
Com pai e mãe	338(50,8)	327(49,2)	$\chi^2 = 3,943$	374(54,3)	315(45,7)	$\chi^2 = 5,761$
Com avós	66(45,5)	79(54,5)	$p = 0,414$	79(51,6)	74(48,4)	$p = 0,218$
Com tios	33(56,9)	25(43,1)		38(64,4)	21(35,6)	
Ordem de nascimento						
Primeiro	288(51,5)	271(48,5)		314(54,3)	264(45,7)	
Segundo	190(50,4)	187(49,6)		223(56,5)	172(43,5)	
Terceiro	91(53,8)	78(46,2)	$\chi^2 = 1,581$	100(56,2)	78(43,8)	$\chi^2 = 0,689$
Quarto	73(52,5)	66(47,5)	$p = 0,812$	83(57,2)	62(42,8)	$p = 0,953$
Não sei/não me lembro	17(43,6)	22(56,4)		23(54,8)	19(45,2)	

¹p-valor do teste Qui-quadrado para independência (se p-valor < 0,05 o fator avaliado influencia na satisfação com a imagem corporal/satisfação com a imagem facial).

Em relação às atividades cuja execução foi dificultada por problemas odontológicos, destacaram-se: comer (56,1%), estado emocional - nervoso ou irritado (30,2%), dormir (28,5%) e sorrir (27,7%).

A tabela 4 apresenta o impacto da saúde bucal na qualidade de vida, segundo os fatores sociodemográficos. A prevalência de alto impacto foi significativamente maior no sexo feminino (36,8%).

Tabela 4 Distribuição do impacto da saúde bucal na qualidade de vida, segundo os fatores sociodemográficos dos adolescentes matriculados em escolas públicas de São Lourenço da Mata – PE.

Fator avaliado	Impacto da saúde bucal na qualidade de vida (OIDP)		p-valor ¹
	Baixo	Alto	
	n (%)	n (%)	
Sexo			
Masculino	432(69,7)	188(30,3)	$\chi^2 = 6,451$; p = 0,011
Feminino	504(63,2)	293(36,8)	
Idade			
≤ 16 anos	626(67,0)	309(33,0)	$\chi^2 = 0,986$; p = 0,321
> 16 anos	310(64,3)	172(35,7)	
Cor e raça			
Branca	274(68,7)	125(31,3)	$\chi^2 = 3,818$; p = 0,431
Preta	119(65,4)	63(34,6)	
Parda	447(64,2)	249(35,8)	
Amarela	28(73,7)	10(26,3)	
Indígena	40(61,5)	25(38,5)	
Série			
Fundamental	291(61,3)	184(38,7)	$\chi^2 = 7,468$; p = 0,006
Médio	645(68,5)	296(31,5)	
Histórico de reprovação			
Sim	440(63,1)	257(36,9)	$\chi^2 = 12,165$; p = 0,002
Não	478(70,1)	204(29,9)	
Não sei/Não me lembro	16(48,5)	17(51,5)	
Estrutura familiar			
Com o pai	41(64,1)	23(35,9)	$\chi^2 = 3,177$; p = 0,529
Com a mãe	272(65,7)	142(34,3)	
Com pai e mãe	476(66,1)	244(33,9)	
Com avós	112(69,6)	49(30,4)	
Com tios	46(75,4)	15(24,6)	
Ordem de nascimento			
Primeiro	432(71,6)	171(28,4)	$\chi^2 = 21,877$; p < 0,001
Segundo	272(65,7)	142(34,3)	
Terceiro	120(62,2)	73(37,8)	
Quarto	84(54,2)	71(45,8)	
Não sei/não me lembro	26(55,3)	21(44,7)	
Imagem da face			
Insatisfatória	448(60,1)	297(39,9)	$\chi^2 = 19,537$; p < 0,001
Satisfatória	442(74,0)	155(26,0)	
Imagem do corpo			
Insatisfatória	401(60,7)	260(39,3)	$\chi^2 = 28,678$; p < 0,001
Satisfatória	452(72,3)	173(27,7)	

¹p-valor do teste Qui-quadrado para independência (se p-valor < 0,05 o fator avaliado influencia no impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida).

Após a análise da regressão logística foi possível verificar que ser adolescente do sexo feminino, nascida mais tardiamente na família e estar insatisfeita com a imagem da face é fator de risco para apresentar impacto da saúde bucal na qualidade de vida (Tabela 5).

Tabela 5 Resultados da análise multifatorial entre os impactos da saúde bucal e as variáveis independentes. (n = 1.241)

Variáveis	Não ajustada Odds (95% IC)	p-valor	Ajustada^aOdds '(95% IC)	p-valor'	Ajustada^b Odds''(95% IC)	p-valor''
Sexo						
Feminino	1,33 (1,06-1,67)	0,01	1,44 (1,12-1,84)	0,004	1,40 (1,08-1,80)	0,009
Masculino	1		1		1	
Histórico de reprovação						
Sim	0,62 (0,30-1,28)	0,20	0,63 (0,29-1,35)	0,241	0,63 (0,29-1,37)	0,253
Não	0,48 (0,23-1,00)	0,05	0,48 (0,22-1,02)	0,059	0,48 (0,22-1,05)	0,067
Não sei	1		1		1	
Ordem de Nascimento						
Primeiro	1		1		1	
Segundo	1,29 (0,99-1,70)	0,059	1,26 (0,95-1,68)	0,102	1,26 (0,94-1,68)	0,110
Terceiro	1,47 (1,04-2,08)	0,026	1,36 (0,94-1,97)	0,096	1,36 (0,94-1,97)	0,102
Quarto	2,00 (1,39-2,89)	0,00	2,00 (1,36-2,95)	0,000	2,01(1,36-2,97)	0,000
Imagem Corporal						
Insatisfação	1,69 (1,34-2,14)	0,00	-----	-----	1,14 (0,80-1,63)	0,463
Satisfação	1		-----	-----	1	
Imagem da face						
Insatisfação	1,89 (1,49-2,39)	0,00	-----	-----	1,72 (1,20-2,48)	0,003
Satisfação	1		-----	-----	1	

a= ajustada por variáveis psicossociais e b= ajustada por todas as variáveis incluindo a imagem corporal e imagem facial.

5 DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo demonstraram que a percepção da imagem corporal e facial está associada ao relato de impacto da saúde bucal na qualidade de vida. Esta associação aponta para uma primordialidade de abordagem integral das necessidades de saúde do indivíduo relatadas pelas análises subjetivas do processo saúde-doença.

Os achados desse estudo direcionam para uma reflexão sobre a teoria dos determinantes sociais da saúde, nos quais os fatores psicossociais mostram-se como um importante construto nessa relação complexa e multidimensional de saúde e qualidade de vida. A literatura busca estabelecer os fatores psicossociais como fatores mediadores das desigualdades sociais entre os grupos (MARMOT, 2001; MOYSES, 2012; ZUCOLOTO et al., 2016). Este estudo traz a tona que mesmo em populações homogêneas estes fatores podem estar associados como as pessoas relatam o impacto da saúde bucal na qualidade de vida; e podem demandar cuidados diferenciados para as suas necessidades

As discussões sobre impactos na qualidade de vida relacionados à saúde bucal vêm sendo tema recorrente de vários estudos, os quais concluem que as condições de saúde bucal impactam na qualidade de vida das pessoas (BIAZEVIC et al., 2008; GOES et al., 2008; CAGLAYAN et al., 2009; BARNABÉ et al., 2009; MASHOTO et al., 2009; EKUNI et al., 2011).

Entre os fatores que têm sido associados ao impacto da saúde bucal na qualidade de vida, está o sexo dos respondentes deste estudo, sendo significativamente maior entre os adolescentes do sexo feminino, e ratificado por estudos anteriores (BIANCO et al., 2009; CAGLAYAN et al., 2009; MBWALLA et al., 2010; PENTAPATI, et al., 2013). Das explicações sugeridas pela literatura para a associação entre o sexo e o relato de impactos da saúde bucal na qualidade de vida estão o zelo e o ato do cuidado, tanto pessoal quanto familiar, fazendo com que busquem mais os serviços de saúde. (TEÓFILO et al., 2007; GOES et al., 2008; BIANCO, et al., 2009; GABARDO; MOYSÉS; MOYSÉS, 2013). Além disso, sentem-se mais confortáveis em externar as suas preocupações com a saúde de forma geral (PORRIT et al., 2011) e são mais preocupadas com a aparência (BIANCO et al., 2009).

A confirmação de que a imagem corporal está associada com o impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos adolescentes já vem sendo evidenciada na literatura. Em uma revisão realizada sobre *bullying* em crianças na idade escolar, sua relação com a aparência dental e as

repercussões sociais mostrou que a ausência da estética dental pode afetar a condição psicossocial de um indivíduo, resultando em comprometimento das suas relações sociais (SEEHRA; DIBIASE; NEWTON, 2011).

Esse importante papel que a estética exerce na vida das pessoas foi evidenciado na revisão sistemática de Dimberg, Arnup e Bondemark (2015). Com o objetivo de avaliar a influência das maloclusões na qualidade de vida de crianças e adolescentes, após analisarem seis estudos, dos quais quatro foram considerados com alto nível de qualidade, os autores concluíram que as deformidades dentofaciais têm impacto negativo sobre a qualidade de vida, predominantemente nos aspectos sociais e emocionais.

Essa associação do grau de satisfação com a imagem corporal e as relações sociais foi mostrada por Andrade, Amaral e Ferreira (2010), os quais demonstraram que em ambiente escolar, essa relação deve ser olhada do ponto de vista cultural, para que esta compreensão se faça de maneira “arqueológica”, como é proposto por Foucault (2007). Este autor define o corpo como um elemento social disponível para ações estratégicas. Ao se traçar uma relação entre o poder exercido sobre o corpo e a sociedade atual, chega-se a uma supervalorização da aparência, sendo possível compreender as inferências desse processo, o qual pode ser traduzido como “epidemia da beleza”.

É referido na literatura que a insatisfação com a imagem corporal está relacionada com as maiores experiências de cárie. Esse achado pode ser explicado pelo fato da cárie dentária causar perda dental com consequente comprometimento estético do sorriso, levando a imagem corporal insatisfatória e implicações nas relações sociais do indivíduo (DONNELLY; MACENTEE, 2012; FOSTER PAGE et al., 2013)

Cadena e Guerra (2006) avaliaram a relação entre a aparência facial, preconizada por padrões estéticos normativos, com a imagem idealizada em escolares de 10 anos de idade das redes particular e pública de ensino no estado de Pernambuco. Concluíram que houve influência da imagem facial preconizada pelos padrões estéticos e normativos sobre a imagem idealizada entre os escolares. Embora a faixa etária do estudo acima citado seja diferente do presente estudo, fica evidente a preponderante influência que os padrões estéticos estabelecidos têm sobre a imagem idealizada pela população.

Esses dados demonstram a importância de considerar as necessidades subjetivas ou percebidas nas avaliações sobre a maneira como o indivíduo percebe o seu corpo e as

expectativas em relação à sua imagem corporal, superando limitações dos padrões clínicos normativos e do julgamento exclusivo por parte do profissional (GABARDO; MOYSÉS; MOYSÉS, 2013).

Outro aspecto que merece destaque e que apresentou resultado estatisticamente significativo nesta pesquisa, refere-se à associação entre reprovação escolar e impacto da saúde bucal na qualidade de vida. O papel dos agravos bucais nas restrições das atividades escolares dos adolescentes já vem sendo mostrado em pesquisas, como a dificuldade de concentração na sala de aula e diminuição na frequência escolar (RATNAYAKE e EKANAYAKE, 2005; GOES et al., 2008; MOYSÉS, 2012; PERES et al., 2013).

Um achado deste estudo foi a associação entre a ordem de nascimento dos adolescentes e o impacto da saúde bucal à qualidade de vida, mostrando que os filhos mais novos sofrem mais impacto, principalmente a partir do quarto filho. Estudos realizados anteriormente mostraram que os filhos mais tardiamente nascidos em famílias mais extensas apresentam mais comportamentos de riscos para a saúde bucal, têm mais cárie (FREIRE, 2001) e relatam mais dor (GOES et al., 2008; MOYSES, 2012). Uma possível explicação para essa situação permeia sobre a vulnerabilidade social, com enfoque na relação do cuidado familiar, em que a responsabilidade pelo cuidar passa a ser de terceiros – irmão mais velho, por exemplo- e não dos pais ou responsáveis.

A variável idade tem se mostrado importante fator associado ao impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos adolescentes. Em sua pesquisa, Mbawalla et al. (2010) evidenciaram que adolescentes mais velhos tinham mais impacto da saúde bucal na qualidade de vida do que os mais novos. Contudo, neste trabalho a variável idade não se mostrou como um fator significativo de impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos adolescentes, como mostrado também nas pesquisas de Barnabé et al. (2009) e Bianco et al. (2009).

Assim como a idade, outro fator que também não apresentou associação significativa com o impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos adolescentes foi a raça. Essa informação é confirmada por Barnabé et al. (2009). Em contrapartida, outros estudos trazem a variável raça como fator mediador do impacto na qualidade de vida (WILLIAMS et al., 2010; MBAWALLA et al., 2010). Uma possível explicação é o fato dos adolescentes estudados na presente pesquisa pertencerem a um grupo homogêneo socioeconomicamente.

Os resultados deste trabalho devem ser interpretados à luz das suas limitações. Como uma delas podemos citar a natureza transversal do estudo, não permitindo estabelecer uma relação de causa e efeito. Outro limite foi a homogeneidade sociodemográfica da população estudada, o que poderia, no caso de algum grau de heterogeneidade, ter apresentado dados significantes para o fator raça e/ou idade.

A homogeneidade da população estudada explica o não uso do fator socioeconômico em nossas análises, mesmo sabendo que o mesmo tem uma representatividade significativa na dinâmica da morbidade e suas repercussões na qualidade de vida das pessoas. Goes et al. (2008) e Sanhosh et al. (2016) mostraram que adolescentes de uma classe social mais vulnerável, quando comparados com os de classe mais abastadas, sofrem mais impactos negativos na qualidade de vida em decorrência dos problemas bucais

Aspectos metodológicos conferem validade ao nosso estudo, o que é mostrado no fato de termos avaliado os impactos da saúde bucal e sua associação com a imagem corporal. Esses achados podem servir de subsídio para outros estudos e para a construção de políticas públicas de saúde que levem em consideração todos os aspectos aqui estudados.

Levando em conta às limitações e o que a literatura refere, o presente estudo conseguiu responder o seu objetivo ao demonstrar que existe associação entre o impacto da saúde bucal na qualidade de vida e a imagem corporal de adolescentes, mediados pelos fatores sociodemográficos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nossos resultados confirmam os objetivos do estudo, validando a hipótese, ao demonstrar que existe uma associação entre insatisfação com a imagem corporal e o impacto da saúde bucal na qualidade de vida de adolescentes. Ademais, essa relação é mediada por fatores sociodemográficos, com destaque para o sexo, histórico de reprovação escolar e ordem de nascimento na família.

À luz do conhecimento atual, essa é a grande inovação da nossa pesquisa, já que evidencia a importância da abordagem multidimensional da saúde e a subjetividade no processo saúde-doença. Além disso, há poucos relatos na literatura que façam a associação entre imagem corporal com impacto da saúde bucal na qualidade de vida, ratificando ainda mais a originalidade do nosso trabalho.

Outro ponto importante dos achados desta pesquisa direciona para a importância da forma como se conduz os problemas de saúde bucal, mostrando a relevância do estudo dos fatores psicossociais e sociodemográficos. Faz-se necessário o entendimento que esses determinantes influenciam a dinâmica clínica das doenças bucais.

Esses achados ressaltam a necessidade de mais pesquisas, que permitam demonstrar, por exemplo, uma relação de causa e efeito entre os fatores estudados, para assim, agregar conhecimento e subsidiar a formulação de políticas e estratégias para uma melhor atenção às necessidades desse grupo no tocante aos fatores discutidos nesse estudo.

REFERÊNCIAS

- ABREU, M. H. N. G. PORDEUS, I. A. MODENA, C. M. Representações sociais de saúde bucal entre mães no meio rural de Itaúna (MG), 2002. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 245-259, 2005.
- ADULYANON, S; SHEIHAM, A. Oral impacts on daily performances. In: Slade GD, editor. **Measuring oral health and quality of life**. Chapel Hill: School of Dentistry, University of North Carolina; p. 151-160, 1997.
- ANDRADE, Mônica R.M.; AMARAL, Ana Carolina S.; FERREIRA, Maria Elisa, C. A cultura do corpo ideal: prevalência da insatisfação corporal entre adolescentes. **Psicologia em pesquisa UFJF, Juiz de Fora**, V.4, n.1, p.24-30, 2010.
- ANTUNES, L. A. A; LEÃO, A. T; MAIA, L. C. Impacto do traumatismo dentário na qualidade de vida de crianças e adolescentes: revisão crítica e instrumentos de medida. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v.17, n. 12, p.3417-3424, 2012.
- ARAÚJO, E. D. S; COSTA, A. J. S; BLANK, N. Aspectos psicossociais de adolescentes de escolas públicas de Florianópolis/SC. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 19, n. 2, p.219-225, 2009.
- BARATA, R. B. Epidemiologia e políticas públicas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 16, n. 1, p.3-17, 2013.
- BALDWIN, D. C. Appearance and aesthetics in oral health. **Community Dentistry Oral Epidemiology**, v.8, n. 5, p. 244-256, 1980.
- BARBIERI, C. H.; RAPOPORT, A. Avaliação da qualidade de vida dos pacientes reabilitados com próteses implanto-muco-suportadas versus próteses totais convencionais. **Revista Brasileira Cirurgia Cabeça Pescoço**, v. 38, n. 2, p. 84-87, 2009.
- BARNABÉ E. et al. Comparison of the discriminative ability of the generic and condition-specific forms of the Child-OIDP index: a study on children with different types of normative dental treatment needs. **Community Dentistry Oral Epidemiology**, v.37, p.155-162, 2009.
- BARROS, C. M. S. B. (coord.) Manual técnico de educação em saúde bucal. Rio de Janeiro: SESC, **Departamento Nacional**, p. 53-55, 2007.

BASTOS, J. L. D. et al. Determinação social da odontalgia em estudos epidemiológicos: revisão teórica e proposta de um modelo conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 6, p.611-621, 2007.

BASTOS, J. L.; ANTUNES, J. L. F.; FRIAS, A. C. Color/race inequalities in oral health among brazilian adolescents. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 12, n. 3, p. 313-324, 2009.

BASTOS, J. L. D.; NOMURA, L. H.; PERES, M. A. Dor de dente e sua relação com condições sócio-econômicas e cárie dentária em adultos jovens do sexo masculino no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 5, p.1416-1423, 2005.

BELING, M. T. C. et al. Alterações na imagem corporal entre adolescentes do sexo feminino e fatores associados. **Adolescência e Saúde**, v. 9, n. 4, p. 11-18, 2012.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p.77-93, 2007.

BIANCO, A. et al. Prevalence and determinants of oral impacts on daily performance: results from a survey among school children in Italy. **European Journal of Public Health**, v. 20, n. 5, p. 595–600, 2009.

BIAZEVIC, M. G. H et al. Relationship between oral health and its impact on quality of life among adolescents. **Brazilian Oral Research**, v. 22, n. 1, p. 36-42, 2008.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Projeto SB Brasil 2010: condições de saúde bucal da população brasileira 2009-2010: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

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.

BUCZYNSKI, A. K.; CASTRO, G. F.; SOUZA, I. P. R.. O impacto da saúde bucal na qualidade de vida de crianças infectadas pelo HIV: revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 13, n. 6, p.1797-1805, 2008.

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.

CADENA, S. M. D.; GUERRA, C. M. F. Aparência facial e a imagem ideal. **Revista Dental Press Estética**, v. 3, n. 1, p. 27-38, 2006.

CAGLAYAN F. et al. Correlation between oral health-related quality of life (OHQoL) and oral disorders in a Turkish patient population. **Medicina Oral, Patologia Oral Y Cirurgia Bucal**, v.14, n.11. p.573-578, 2009.

CALOGERO, R. M. et al. Predicting excessive body image concerns among British university students: the unique role of Appearance-based Rejection Sensitivity. **Body Image**, v. 7, n. 1, p. 78-81, Jan. 2010.

CANGUSSU, M. C. T et al. Cárie dentária em escolares de 12 a 15 anos de escolas públicas e privadas de Salvador, Bahia, Brasil, em 2001. **Pesquisa Odontológica Brasileira**, v.16, n. 4, p. 379-384, 2002.

CARVALHO, R. W. F. et al. Aspectos psicossociais dos adolescentes de Aracaju (SE) relacionados à percepção de saúde bucal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, p. 1621-1628, 2011.

CARVALHO, J. C. et al. The relationship between oral health education and quality of life in adolescents. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v. 1, p. 1-11, 2012.

COHEN-CARNEIRO, F. SOUZA-SANTOS, R., REBELO, M. A. B. Quality of life related to oral health: contribution from social factors. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 16 (Supl.1), p. 1007- 1015, 2011

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, 2007.

DAMASCENO, V. O. et al. Bodyimageand ideal body. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v. 14, n. 1, p. 87-96, 2006.

DAMASCENO, O. V. et al. Tipo físico ideal e satisfação com a imagem corporal de praticantes de caminhada. **Revista Brasileira Médica Esporte**, n. 11, n. 3, p. 181-186, 2007.

DEL CIAMPO, L. A.; DEL CIAMPO, I. R. L. Adolescenceandbodyimage. **Adolescência e Saúde**, v. 7, n. 4, p. 55-59, oct./dez., 2010.

DE PAULA Jr., D. F.; SANTOS, N. C. M.; DA SILVA, E. T.; NUNES, M. F.; LELES, C. R. Psychosocial impact of dental esthetics on quality of life in adolescents: Association with malocclusion, self-image and oral health – related issues. **The Angle Orthodontist**, v. 79, n. 6, p. 1188-93, 2009.

DIMBERG, L. ARNRUP, K. BONDEMARK, L. The impact of malocclusion on the quality of life among children and adolescents: a systematic review of quantitative studies. **European Journal of Orthodontics**, p.238-247, 2015.

DONNELLY, L. R.; MACENTEE, M. I. Social Interactions, body image and oral health among institutionalised frail elders: an unexplored relationship. **The Gerodontology Society and John Wiley & Sons**, p. 28-33, 2012.

DONELLY, L. R; MACENTEE, M. I. Social interactions, body image and oral health among institutionalized frail elders: an unexplored relationship. **Bristish Society Gerontology**, v. 29, p. 28-33, 2012.

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.

EKUNI, D. et al. Relationship between impacts attributed to malocclusion and psychological stress in young Japanese adults. **European Journal of Orthodontics** 2011; 33:558–563.

FILGUEIRA, A. C. G. et al. Saúde Bucal de Adolescentes Escolares. **Revista Holos**, v.1, n.32, 2016.

FOUCAULT, M. *A Arqueologia do Saber. (7a Ed.)*. Rio de Janeiro: Forense Universitária. (2007).

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, p.182 – 187, 2013.

FREIRE, M. C. Fatores psicossociais, cárie dentária e comportamentos em saúde bucal. **Revista Aboprev**, v.4, n.1, p.21-28, 2001.

FREIRE, M.C.M.; SHEIHAM, A.; HARDY, R. Adolescents' sense of coherence, oral health status, and oral health-related behaviours. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 29, p. 204–212, 2001.

FRIAS, A. C; ANTUNES, J. L. F; JUNQUEIRA, S. R; NARVAI, P. C. Determinantes individuais e contextuais da prevalência de cárie dentária não tratada no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**; v. 22, n.4, p. 279- 5, 2007.

GABARDO, M. C. L. MOYSÉS, S. T. MOYSÉS, S. Autopercepção de saúde bucal conforme o perfil de Impacto da Saúde Bucal (OHIP) e fatores associados: revisão sistemática. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v.33, n.6, p.439-445, 2013.

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.

GOES, P. S. A.. et al. Impacts of dental pain on daily activities of adolescents aged 14-15 years and their families. **Acta Odontológica Scandinavica**, v. 66, n. 1, p. 7 – 12, 2008.

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

GRANVILLE-GARCIA, A. F et al. Importância da saúde bucal entre adolescentes de escolas públicas de Campina Grande/PB, Brasil. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, [s.l.], v. 11, n. 3, p.425-431, 2011.

GROESZ, L. M.; LEVINE, M. P.; MURNEN, S. K. The effect of experimental presentation of thin media images on body satisfaction: a meta-analytic review. **International Journal of Eating Disorders**, v. 31, n.1, p. 1–16, 2003.

GUSHI, L. L. et al. Cárie dentária e necessidades de tratamento em adolescentes do estado de São Paulo, 1998 e 2002. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 3, São Paulo, 2008.

HOLSEN, I.; KRAFT, P.; ROYSAMB, E. The relationship between body image and depressed mood in adolescence: a 5-year longitudinal panel study. **Journal of Health Psychology**, v. 6, n. 6, p. 613-627, 2001.

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

KARGER, A. G. Caries incidence and lesion progression from adolescence. **Caries Research**, v. 38. p. 130-41, 2004.

LOCKER, D. Measuring oral health: socio-dental indicators. In: Locker D, editor. **An introduction to behavioral science & dentistry**. New York/ London: Routledge; . p. 73-101, 1989.

MACHALE, P. et al. Oral Health Related Quality of Life (OHRQoL) amongst Patients Wearing Fixed Orthodontic Appliance in Pimpri, Pune, India – A Cross Sectional Study. **Pesquisa Brasileira de Odontopediatria e Clínica Integrada**, v.12, n.3, p.351-356, 2012.

MALTA, D. C. et al. Prevalência do tabagismo em adultos residentes nas capitais dos estados e no Distrito Federal, Brasil 2008. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v.36, n. 1, 2010.

MARIOTTI A. Doenças gengivais induzidas pela placa. In: **Tratado de Periodontia Clínica e Implantologia Oral**, p. 338-401, 2010.

MARMOT, M; WILKINSON, R. G. Social Determinants of Health. 2. ed. Oxford, United States: **Editora Oxford University Press**, 2006.

MARMOT, M. From Black to Acheson: two decades of concern with inequalities in health. A celebration of the 90th birthday of Professor Jerry Morris. **Int J Epidemiol.**, v. 30, p. 1165-71, 2001.

MARMOT, M. Social determinants of health inequalities. **The Lancet**, v. 365, p.1105-1110, 2005.

MASHOTO, K., et al. Dental pain, oral impacts and perceived need for dental treatment in Tanzanian school students: a cross-sectional study.” **Health Qual Life Outcomes**, v. 7, n. 73, 2009.

MBAWALLA, H. S. et al. Socio-demographic and behavioural correlates of oral hygiene status and oral health related quality of life, the Limpopo - Arusha school health project (LASH): A cross-sectional study. **BMC Pediatrics**, n.10,v.87, p. 1471-2431, 2010.

MCGRATH, C.; BEDI, R. A national study of the importance of oral health to life quality to inform scales of oral health related quality of life. **Quality of Life Research**, v, 13, p. 813-8, 2004.

MOURE-LEITE, F. R. et al. Impact of dental pain on daily living of five-year-old Brazilian preschool children: prevalence and associated factors. **European Archives Paediatric Dentistry**, v. 12, n. 6, p. 293-297, 2011.

MOYSES, S. J. Inequalities in oral health and oral health promotion. **Brazilian Oral Research**, v. 26, p. 86-93, 2012

NANAIAH, K.; NAGARATHNA, D.; MANJUNATH, N. Prevalence of periodontitis among the adolescents aged 15-18 years in Mangalore City: An epidemiological and microbiological study. **Journal Of Indian Society Of Periodontology**, v. 17, n. 6, p.784-789, nov./dez. 2013.

NEWTON, J. T.; BOWER, E. J. The social determinants of oral health: new approaches to conceptualizing and researching complex causal networks. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 33, n. 1, p. 25-34, 2005.

NORO, L. R. A.; RONCALLI, A. G.; JÚNIOR, F. I. R. M.; LIMA, K. C. Incidência de cárie dentária em adolescentes em município do Nordeste brasileiro, 2006. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 4, 2009.

PASSOS, J. de S. et al. Condições de vida e saúde bucal: uma abordagem teórico-conceitual das desigualdades sociais. **Revista Baiana de Saúde Pública**, [s.l.], v. 35, n. 1, p.138-150, 2011.

PENKAL, J. L.; KURDEK, L. A. Gender and race differences in young adults body dissatisfaction. **Personality and Individual Differences**, v. 43, p. 2270-2281, 2007.

PERES, K. G. et al. Sociodemographic and clinical aspects of quality of life related to oral health in adolescents. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 3, p. 1-9, 2013.

PERES, K. G.; TRAEBERT, E. S. A ; MARCENES, W. Diferenças entre autopercepção e critérios normativos na identificação das oclusopatias. **Revista de Saúde Pública**, , v. 36, n. 2, p. 230-236, 2002.

PENTAPATI, K. C. et al. Oral health impact, dental caries, and oral health behaviors among the National Cadets Corps in South India. **Journal of Investigative and Clinical Dentistry**, 4: 39–43, 2013.

PETROSKI, E. L.; PELEGRINI, A.; GLANER, M. F. Motivos e prevalência de insatisfação com a imagem corporal em adolescentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 1071-1077, 2012.

PORRITT, J. M. et al. Quality of life impacts following childhood dento-alveolar trauma. **Dental Traumatology**,v. 27, p. 2–9, 2011.

RATNAYAKE,N; EKANAYAKE, L. Prevalenceandimpactof oral pain in 8-year-old children in Sri Lanka N. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v. 15, p. 105-112, 2005.

RUSSO, R. Imagem corporal: construção através da cultura do belo. **Movimento & Percepção**, v. 5, n. 6, 2005.

SABBAH, W et al. Social Gradients in Oral and General Health. **Journal of Dental Research**, [s.l.], v. 10, n. 86, p.992-996, 2007.

SANTHOSH, K. et al. Relationship between body mass index and dental caries in children, and the influence of socio-economic status. **International Dental Journal**, 2016.

SEHRA, J.; NEWTON, J. T.; DIBIASE, A. T. Bullying in schoolchildren – Its relationship to dental appearance and psychosocial implications: An update for GDPs. **British Dental Journal**, 2011.

SHAW, W. C.; LEWIS, H. G.; ROBERTSON, N. R. E. Perception of malocclusion. **British Dental Journal**, London, v. 138, no. 6, p. 211-217, Mar. 1975.

SHAW, W. C. The influence of children's dentofacial appearance on their social attractiveness as judged by peers and lay adults. **American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics**, St. Louis, v. 79, no. 4, p. 399-415, Apr. 1981.

SHEIHAM, A. Oral health, general health and quality of life. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 83, p. 644-5, 2005.

SHEIHAM, A. A determinação de necessidades de tratamento odontológico: uma abordagem social. In: Pinto VG, organizador. **Saúde bucal coletiva**. São Paulo: Editora Santos; p. 223-50, 2000.

SHEIHAM, A.; STEELE, J. G.; MARCENES, W.; TSAKOS, G.; FINCH, S.; WALLS, A. W. G. Prevalence of impacts of dental and oral disorders and their effects on eating among older people; a national survey in Great Britain. **Community Dentistry Oral Epidemiology**, v. 29, p. 195-203, 2001.

SHEIHAM, A.; CONWAY, D.; CHESTNUTT, I. Patterns of oral health inequalities and social gradients: Impact of oral diseases and oral health inequalities. In: WATT, R. G. et al., editors. **Social inequalities in oral health: from evidence to action**. Londres: UCL, 2015.

SILVA, G. A.; LANGE, E. S. N. IMAGEM CORPORAL: A percepção do conceito em indivíduos obesos do sexo feminino. **Psicologia Argumento**, v. 28, n. 60, p. 43-54, 2010.

SLADE, P. D. et al. Development and preliminary validation of the body satisfaction scale (BSS). **Psychology and Health**, v. 4, p. 213-221, 1990.

SLADE, G. D. Derivation and validation of a short-form Oral Health Impact **Profile**. **Community Dentistry Oral Epidemiology**, v. 25, p. 284-90, 1997.

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

SOUSA, M. L. R.; MEIRELLES, M. P. M. R.; TÔRRES, L. H. N.; FRIAS, A. C. Dental caries and treatment needs in adolescents from the state of Sao Paulo, Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 3, p. 1-8, 2013.

STRAATMANN, G. **Estresse, estratégias de enfrentamento e a percepção da imagem corporal em adolescentes: relação com o estado nutricional**. 2010. Tese (Doutorado em Psicobiologia). São Paulo: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP, 2010.

TAVARES, M. C. Imagem corporal: conceito e desenvolvimento. Baurueri, SP: **Manole**; 2003.

TEÓFILO, L. T; LELES, C. R. Patients' self-perception at the time and after tooth loss. **Braz Dent J** 2007; 18 (2): 91-96.

TOMITA, N. E. Educação em saúde buccal para adolescentes: uso de métodos participativos. **Revista da Faculdade de Odontologia de Bauru**, Bauru; v 9, n 1: p 63-69, 2001.

TRAEBERT, J. et al. Prevalência, necessidade de tratamento e fatores predisponentes do traumatismo na dentição permanente de escolares de 11 a 13 anos de idade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 403-410, 2004.

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 Saúde do Escolar (PeNSE). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. S101-S113, 2012.

ZUCOLOTO, M. L. et al. Impact of oral health on health– related quality of life: a cross-sectional study. **BMC Oral Health**, 2016.

WATT, R. G. Emerging theories into the social determinants of health: implications for oral health promotion. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 30, p. 241-247, 2002.

WATT, R. G. et al. Social Inequalities in oral health: from evidence to action. International centre for oral health inequalities research & policy. England: **Ed. UCL**, 2015.

WATT, R. G.; DO, L.; NEWTON, T.. The social determinants of oral health inequalities: Social determinants of oral health inequalities. In: WATT, R. G. et al (Ed.). **Social inequalities in oral health: from evidence to action**. Londres: Ucl, 2015. p. 14-15.

WILLIAMS, S. D. et al. Oral health-related quality of life among rural-dwelling Indigenous Australians. **Australian Dental Journal**, v. 55, p. 170-176, 2010.

WHO – World Health Organization: International classification of impairments, disabilities and handicaps. Geneva: World Health Organization 1980.

WHO. Commission on Social Determinants of Health. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Discussion paper; 2007.

APÊNDICE
APÊNDICE A- ANUÊNCIA DOS DADOS



Declaramos para os devidos fins, que cederemos à pesquisadora **Elizabethe Carolina Pedra Rica de Jesus Pereira**, o acesso aos dados da pesquisa intitulada “**Fatores Psicossociais em Saúde Bucal**” para serem utilizados na pesquisa: “**Impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida de adolescentes e sua associação com a imagem corporal**”, que está sob a orientação do **Prof. Paulo Sávio Angeiras de Goes**.

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.

Paulo Sávio Angeiras de Goes

Pesquisador Responsável

ANEXO

ANEXO A - QUESTIONÁRIOS

Fatores Psicossociais em Saúde Bucal

Data da entrevista ____/____/____ Formulário _____

Nome _____

Sexo (M) (F) Data de Nascimento ____/____/____ Idade _____

Nome da mãe _____

Escola _____

Série _____ Turma _____ Turno _____

Endereço residencial _____

Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

Residência em área coberta pelo PSF () SIM () NÃO

Nome do PSF _____

Nome da ACS _____

ATENÇÃO!

Esse questionário possui perguntas sobre sua identificação, seus hábitos de higiene bucal e de alimentação; uso de cigarro e álcool; sobre os serviços de dentista que você usa; sobre o que você faz em algumas situações com seus dentes; e sobre dor de dente que você tenha sentido.

Queremos saber também sobre o que você pensa a respeito da sua vizinhança e dos políticos; sobre como você se vê e se sente; sobre sua satisfação/insatisfação com seu corpo; sobre problemas que seus dentes causaram na sua vida; e sobre outros aspectos da sua vida.

Você só deve marcar uma resposta em cada questão, com exceção das perguntas **6, 13, e 32**, as quais você pode marcar mais de uma resposta.

Você deve marcar um **X** dentro dos parênteses da resposta que você escolher.

Não deve riscar na coluna verde que está do lado direito.

Nós removeremos esta capa que possui com seu nome, ou seja, ninguém vai saber quais foram as suas respostas a cada pergunta.

Qualquer dúvida sobre o preenchimento desse questionário você pode perguntar às pesquisadoras responsáveis.

Vamos começar fazendo algumas perguntas de identificação		
1 – Sexo:	☐ Masculino ☐ Feminino	1 ____
2 – Idade:	_____ Data de Nascimento: ____/____/____	2 ____
3 – Qual a sua cor ou raça?	☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena	3 ____
4 – Você estuda em que série / ano?	_____	4 ____
5 – Você já foi reprovado?	☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei/Não me lembro	5 ____
6 – Com quem você mora? Pode marcar mais de uma alternativa.	☐ Só com o pai ☐ Só com a mãe ☐ Com pai e mãe ☐ Com os avós ☐ Com tios ☐ Outros	6 ____
7 – Contando com você, quantas pessoas moram na sua casa?	_____	7 ____
8 – Na sua casa você é o (a):	☐ Primeiro filho ☐ Segundo filho ☐ Terceiro filho ☐ Quarto filho ou depois ☐ Não sei/Não me lembro	8 ____
9 – Você tem irmão participando deste estudo?	☐ Sim (Se a resposta foi "Sim", vá para a questão 10) ☐ Não (Se a resposta foi "Não", pule para a questão 11) ☐ Não sei/Não me lembro (Se a resposta foi esta, pule para a questão 11)	9 ____
10 – Se a resposta da questão 9 foi sim, qual a ordem de nascimento dele?	☐ Primeiro filho ☐ Segundo filho ☐ Terceiro filho ☐ Quarto filho ou depois ☐ Não sei/Não me lembro	10 ____
11 – Há quanto tempo você mora no seu endereço?	☐ _____ (anos) ☐ Não sei/Não me lembro	11 ____

Gostaríamos que você respondesse agora algumas perguntas sobre uso de cigarro e álcool.	
23 - Alguma vez na vida você já fumou cigarro, mesmo uma ou duas tragadas? ☐ Sim (Se a resposta foi "Sim", vá para a questão 24) ☐ Não (Se a resposta foi "Não", pule para a questão 25)	23 ____
24 - Nos últimos 30 dias, em quantos dias você fumou cigarros? ☐ Nunca fumei ☐ Nenhum dia nos últimos 30 dias ☐ 1 ou 2 dias nos últimos 30 dias ☐ 3 a 5 dias nos últimos 30 dias ☐ 6 a 9 dias nos últimos 30 dias ☐ 10 a 19 dias nos últimos 30 dias ☐ 20 a 29 dias nos últimos 30 dias ☐ Todos os 30 dias nos últimos 30 dias	24 ____
25 - Alguma vez na vida, você já experimentou bebida alcoólica? ☐ Sim (Se a resposta foi "Sim", vá para a questão 26) ☐ Não (Se a resposta foi "Não", pule para a questão 27)	25 ____
26 - Nos últimos 30 dias, em quantos dias você tomou pelo menos um copo ou uma dose de bebida alcoólica? ☐ Nenhum dia nos últimos 30 dias ☐ 1 ou 2 dias nos últimos 30 dias ☐ 3 a 5 dias nos últimos 30 dias ☐ 6 a 9 dias nos últimos 30 dias ☐ 10 a 19 dias nos últimos 30 dias ☐ 20 a 29 dias nos últimos 30 dias ☐ Todos os 30 dias nos últimos 30 dias	26 ____

A respeito do acesso que você tem aos serviços odontológicos (dentista):	
27 - Você já foi ao dentista? ☐ Sim (Se a resposta foi "Sim", vá para a questão 28) ☐ Não (Se a resposta foi "Não", pule para a questão 34)	27 ____
28 - Quando você foi ao dentista pela ultima vez? ☐ Menos de 1 ano ☐ De 1 ano a 2 anos ☐ 3 anos ou mais ☐ (Não sei/não lembro)	28 ____

29-Qual o tipo de serviço odontológico (dentista) geralmente você usa? () Particular () Plano de Saúde/ Convênio () Público (no PSF-USF) () Público (no Centro de Saúde) () Público (na UBS) () Público (na Faculdade de Odontologia) () Público (no Hospital Universitário) () Público (outros - carro móvel, campanhas políticas) () Não sei, não lembro	29 __
30 - Qual o motivo de sua ultima consulta? () Revisão, prevenção ou check-up () Dor () Extração () Tratamento () Outros () Não se aplica () Não sabe/Não respondeu	30 __

O que você faz em algumas situações que podem ocorrer na sua boca, com seus dentes	
31 – Quando você resolve procurar um dentista? Pode marcar mais de uma resposta. () Quando nota que algum dente seu está escurecido () Quando nota que algum dente seu está com um buraco () Quando nota que algum dente seu está esbranquiçado () Quando nota que algum dente seu está amarelado () Quando você sente dor em algum dente () Nunca procuro um dentista () Outras razões	31 __
32 – Se o dentista disser que precisa fazer um tratamento de canal em algum dente: () Aceito a indicação do dentista () Procuro outro dentista () Prefiro fazer uma extração () Tento tratar com remédio () Espero o dente não está doendo () Não faço nada () Faço outra coisa	32 __
33 - Fui ao dentista e ele disse que necessito fazer uma extração dentária: () Aceito a indicação do dentista () Procuro outro dentista () Tento tratar com remédio () Espero o dente não está doendo () Não faço nada () Faço outra coisa	33 __

Nos responda algumas perguntas caso você já tenha tido dor de dente	
34 - Você já teve dor de dente na sua vida? ☐ Sim (Se a resposta foi "Sim", vá para a questão 35) ☐ Não (Se a resposta foi "Não", pule para a questão 38) ☐ Não sei/ não me lembro (Se a resposta foi esta, pule para a questão 38)	34 ____
35 - Você teve dor de dente nos últimos 6 meses? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei/ não me lembro	35 ____
36 - Agora você poderia escolher das palavras a seguir a que melhor pode descrever a sua dor de dente? ☐ Leve ☐ Desconfortável ☐ Estressante ☐ Horrível ☐ Intolerável	36 ____
37 - Qual foi a principal causa da sua dor de dente? Você só pode marcar uma alternativa: ☐ Buraco ou cavidade no dente ☐ Quando comi ou bebi alimentos quentes, frios ou doces ☐ Quando mastiguei alguns alimentos duros, como cenoura, maçã ☐ Quando perdi um dente ☐ Um novo dente aparecendo ☐ Aparelho ortodôntico fixo ao dente ☐ Aparelho ortodôntico móvel (placa plástica) ☐ Quando restaurei um dente ☐ Quando fiz um tratamento de canal ☐ Quando fiz uma extração de dente ☐ Quando um dente quebrou ☐ Não sei/ não me lembro	37 ____

Sobre sua percepção a respeito da sua vizinhança, e sobre os governantes (políticos):

Vou lhe pedir o quanto você concordaria com as seguintes afirmações:						
	Discordo Total	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo total	
38 - As pessoas da redondeza estão dispostas a ajudar os seus vizinhos.	()	()	()	()	()	38__
39 - Esta é uma vizinhança unida e amigável.	()	()	()	()	()	39__
40 - As pessoas nesta vizinhança são confiáveis.	()	()	()	()	()	40__
41 - As pessoas nesta vizinhança se dão umas com as outras	()	()	()	()	()	41__
42 - As pessoas nesta vizinhança possuem os mesmos valores (pensam igual).	()	()	()	()	()	42__

Agora eu vou ler algumas afirmações e gostaria que você dissesse o quanto à vontade se sentiria para contar com os vizinhos em cada uma das seguintes situações:						
	Não pediria ajuda	Muito desconfortável	Um pouco desconfortável	Um pouco à vontade	Muito à vontade	
43 - Para pegar um remédio na farmácia se você estivesse de cama.	()	()	()	()	()	43__
44 - Se você precisasse conversar com eles a respeito de um problema pessoal seu.	()	()	()	()	()	44__
45 - Para cuidar de seu filho se você precisasse sair por um momento.	()	()	()	()	()	45__
46 - Para pedir emprestado R\$ 15 por poucos dias.	()	()	()	()	()	46__

Quanto você concordaria com as seguintes afirmações:					
	Discordo Total	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo total
47 - Eu posso contar com meus vizinhos para agir em caso dos adolescentes estivessem matando aula e ficassem perambulando sem fazer nada numa esquina.	()	()	()	()	()
48 - Eu posso contar com meus vizinhos para agir caso os adolescentes estivessem pichando paredes, muros ou prédios públicos.	()	()	()	()	()
49 - Eu posso contar com meus vizinhos para agir se adolescentes estivessem mostrando desrespeito a um adulto.	()	()	()	()	()
50 - Eu posso contar com meus vizinhos para agir se uma briga começasse na frente de casa.	()	()	()	()	()
51 - Eu posso contar com meus vizinhos para agir se o posto de saúde da comunidade estivesse para fechar para reduzir gastos do governo.	()	()	()	()	()

O quanto você concordaria com as seguintes afirmações:						
	Discordo Total	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo total	
52 - Eu acho que os governantes não ligam muito para o que pessoas como eu pensam.	()	()	()	()	()	52__
53 - Partidos políticos só estão interessados nos votos das pessoas, mas não nas opiniões delas.	()	()	()	()	()	53__
54 - No geral, as pessoas que nós elegemos rapidamente perdem contato com as pessoas que as elegeram.	()	()	()	()	()	54__
55 - Pessoas como eu não influenciam, não são ouvidas no que o governo faz.	()	()	()	()	()	55__

Quando foi a última vez que você fez uma das seguintes coisas:						
	Nunca fez isso	Há mais de 12 meses	Nos últimos 12 meses	Nos últimos 6 meses	Nos últimos 3 meses	
56 - Conversou com as pessoas que moram perto sobre um problema de sua vizinhança.	()	()	()	()	()	56 —
57 - Assinou um abaixo-assinado a respeito de um problema de sua vizinhança.	()	()	()	()	()	57 —
58 - Foi a uma reunião, ou juntou-se a um grupo para tentar resolver algum problema de sua vizinhança.	()	()	()	()	()	58 —
59 - Entrou em contato com um político, governante ou autoridade a respeito de um problema de sua vizinhança.	()	()	()	()	()	59 —
60 - Entrou em contato com alguém do rádio ou televisão a respeito de um problema em sua vizinhança.	()	()	()	()	()	60 —

Quando foi a última vez que aconteceu em seu bairro:						
	Nunca aconteceu	Há mais de 12 meses	Nos últimos 12 meses	Nos últimos 6 meses	Nos últimos 3 meses	
61 - Uma briga em que uma arma foi utilizada	()	()	()	()	()	61 —
62 - Uma discussão violenta entre vizinhos	()	()	()	()	()	62 —
63 - Uma briga de gangues	()	()	()	()	()	63 —
64 - Uma agressão sexual ou estupro	()	()	()	()	()	64 —
65 - Um roubo ou assalto	()	()	()	()	()	65 —
66 - Um episódio relacionado com droga	()	()	()	()	()	66 —
67 - Um homicídio	()	()	()	()	()	67 —

Por favor, gostaríamos que você respondesse algumas perguntas sobre como você se vê e se sente.				
	Discordo	Nem concordo Nem discordo	Concordo	
68 - Sinto que sou uma pessoa de valor como as outras pessoas	()	()	()	68 —
69 – Eu sinto vergonha de ser do jeito que sou	()	()	()	69 —
70 - Às vezes, eu penso que não presto para	()	()	()	70 —
71 - Sou capaz de fazer tudo tão bem como as outras pessoas	()	()	()	71 —
72 - Levando tudo em conta, eu me sinto um	()	()	()	72 —
73 - Às vezes, eu me sinto	()	()	()	73 —
74 - Eu acho que tenho muitas boas qualidades	()	()	()	74 —
75 - Eu tenho motivos para me orgulhar na vida	()	()	()	75 —
76 - De um modo geral, eu estou satisfeito(a) comigo mesmo(a)	()	()	()	76 —
77 - Eu tenho uma atitude positiva com relação a mim mesmo	()	()	()	77 —

Essas 13 perguntas sobre vários aspectos da sua vida têm sete respostas possíveis. Marque com um círculo o número que expresse a sua resposta, a sua maneira de pensar e sentir em relação à pergunta, sendo o 1 e o 7 as respostas extremas.		
95 - Você tem a sensação de que você NÃO se interessa realmente pelo que se passa ao seu redor?	Muito raramente ou nunca Muito freqüentemente 1 2 3 4 5 6 7	95__
96 - Já lhe aconteceu no passado você ter ficado surpreendida pelo comportamento de pessoas que você achava que conhecia bem?	Nunca aconteceu Sempre aconteceu 1 2 3 4 5 6 7	96__
97 - Já lhe aconteceu ter ficado desapontada com pessoas em quem você confiava?	Nunca aconteceu Sempre aconteceu 1 2 3 4 5 6 7	97__
98 - Até hoje a sua vida tem sido:	Sem nenhum objetivo ou meta clara Com objetivos e metas muito claros 1 2 3 4 5 6 7	98__
99 - Você tem a impressão de que você tem sido tratada com injustiça?	Muito freqüentemente Muito raramente ou nunca 1 2 3 4 5 6 7	99__
100 - Você tem a sensação de que está numa situação pouco comum, e sem saber o que fazer?	Muito freqüentemente Muito raramente ou nunca 1 2 3 4 5 6 7	100__
101 - 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	101__

102 - Você tem idéias e sentimentos muito confusos?	Muito frequentemente 1 2 3 4 5 6 7 Muito raramente ou nunca	102_
103 - Você costuma ter sentimentos que gostaria de não ter?	Muito frequentemente 1 2 3 4 5 6 7 Muito raramente ou nunca	103_
104 - Muitas pessoas (mesmo a que têm caráter forte) algumas vezes sentem-se fracassadas em certas situações. Com que freqüência você já se sentiu fracassada no passado?	Nunca 1 2 3 4 5 6 7 Muito freqüente-mente	104_
105 - Quando alguma coisa acontece na sua vida, você geralmente acaba achando que:	Você deu maior ou menor importância ao que aconteceu do que deveria ter dado 1 2 3 4 5 6 7 Você avaliou corretamente a importância do que aconteceu	105_
106 - Com que freqüência você tem a impressão de que existe pouco sentido nas coisas que você faz na sua vida diária?	Muito frequentemente 1 2 3 4 5 6 7 Muito raramente ou nunca	106_
107 - Com que freqüência você tem sentimentos que você não tem certeza que pode controlar?	Muito frequentemente 1 2 3 4 5 6 7 Muito raramente ou nunca	107_

Algumas pessoas têm problemas que podem ter sido causados pelos dentes. Das situações abaixo, quais se aplicam a você nos últimos seis meses?				
	Sim	Não	Não Sei	
108 - Teve dificuldade para comer por causa dos dentes ou sentiu dor nos dentes ao tomar líquidos gelados ou quentes?	()	()	()	108 ____
109 - Os seus dentes o incomodaram ao escovar?	()	()	()	109 ____
110 - Os seus dentes o deixaram nervoso (a) ou irritado (a)?	()	()	()	110 ____
111 - Deixou de sair, se divertir, ir a festas, passeios por causa de seus dentes?	()	()	()	111 ____
112 - Deixou de praticar esportes por causa de seus dentes?	()	()	()	112 ____
113 - Teve dificuldade para falar por causa de seus dentes?	()	()	()	113 ____
114 - Os seus dentes o fizeram sentir vergonha de sorrir ou falar?	()	()	()	114 ____
115 - Os seus dentes o atrapalharam para estudar/trabalhar ou fazer tarefas de escola/trabalho?	()	()	()	115 ____
116 - Deixou de dormir ou dormiu mal por causa dos dentes?	()	()	()	116 ____

Obrigado por sua colaboração. Ela foi muito importante!

ANEXO B – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

**PARECER CONSUBSTANCIADO**

Registro CEP/UPE: 105/12

Área de Conhecimento: Ciências da Saúde

Instituição de Origem: Faculdade de Odontologia de Pernambuco

Título: Fatores Psicossociais em Saúde bucal

Orientador Principal: Paulo Sávio de Angeiras Goes

Co-Orientadores: Estela Santos Gusmão e Mônica Heimer

Equipe de Pesquisa: Maria Goretti de Souza Lima, Isabella Azevedo Bezerra, Mônica Moreira Dias Cruz, Tereza Augusta Maciel e Verônica Kozmhinsk

O plenário do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Pernambuco CEP/UPE, no exercício de suas atribuições legais e em consonância com a Resolução 196/96 do CNS/MS, considera que o estudo objeto deste documento, é pertinente, com metodologia adequada aos objetivos propostos, não apresenta riscos, contém medidas protetoras ao sujeito, contém toda documentação exigida e não apresenta agravo ético. Sendo assim, o CEP/UPE opina favoravelmente ao pleito do pesquisador, considerando o projeto como **“APROVADO”**.

O CEP/UPE informa ao pesquisador que tem por obrigação:

- Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e/ou do TCLE. Nestas circunstâncias, a inclusão de pacientes deve ser suspensa temporariamente, até a resposta do Comitê, após análise das mudanças propostas;
- Comunicar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento do estudo;
- Para pesquisas com duração até 18 meses, apresentar relatório final após o término da pesquisa;
- Para pesquisas com duração acima de 18 meses, apresentar relatório parcial neste período e o relatório final após o término da pesquisa;
- O relatório final deverá ser entregue ao CEP uma via em CD.

Agradecemos a oportunidade de podermos contribuir para o avanço da ciência e na apreciação do referido projeto. Colocamo-nos à disposição, para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Reiteramos votos de sucesso.

Recife, 22 de junho de 2012.

Prof. Dr. Nelson Mendes Loretto
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa da
Universidade de Pernambuco