



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM E SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA**

MELAINE CZERMINSKI LARRÉ

Comer, sorrir, falar e o bem-estar psicológico em adolescentes escolares do RS

Porto Alegre

2018

MELAINE CZERMINSKI LARRÉ

Comer, sorrir, falar e o bem-estar psicológico em adolescentes escolares do RS

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Dra. Claides Abegg

Porto Alegre

2018

MELAINE CZERMINSKI LARRÉ

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO:

**COMER, SORRIR, FALAR E O BEM-ESTAR PSICOLÓGICO EM ADOLESCENTES
ESCOLARES DO RS**

A apresentação desta dissertação é exigência do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Mestre.

Aprovado em 12 de Agosto de 2018.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Aline Blaya Martins
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dra. Lilian dos Santos Palazzo
Universidade Luterana do Brasil

Prof. Dra. Gehysa Alves Guimarães
Universidade Luterana do Brasil

FICHA CATALOGRÁFICA

CIP - Catalogação na Publicação

Larré, Melaine Czerminski
Comer, sorrir, falar e o bem-estar psicológico em
adolescentes escolares do RS / Melaine Czerminski
Larré. -- 2018.
52 f.
Orientador: Cláides Abegg.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS,
2018.

1. Adolescentes. 2. Saúde bucal. 3. Bem-Estar. 4.
Fonoaudiologia. 5. Saúde Coletiva. I. Abegg, Cláides,
orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha avó materna Ailee Myran Larré (*in memoriam*) que infelizmente nos deixou antes de poder ver a concretização do mesmo, porém nunca poupou esforços para me ensinar que “o importante não é dar o peixe e sim ensinar a pescar”.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Claides Abegg pela paciência e amizade durante estes dois longos anos, demonstrando ser uma pesquisadora dedicada, competente e inspiradora, mostrou-se fonte de conhecimento e companheirismo, mesmo nos momentos mais difíceis de sua vida, por vezes nossas reuniões foram terapêuticas.

À minha família, ao meu amor Vítor e amigos (principalmente do Grupo Escoteiro Charruas), por terem compreendido minhas ausências e ansiedades, sempre provendo o abraço apertado e o auxílio que eu necessitava no exato momento.

Às colegas doutorandas Vanessa Gigoski e Rafaela Rech pelo apoio incondicional, seja ele nos atendimentos aos pacientes quando eu estive envolvida em disciplinas, bem como na própria dissertação durante todo o processo.

À banca avaliadora por aceitar o desafio e colaborar com este trabalho.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação acadêmica, nestes últimos seis anos, durante a residência multiprofissional, aperfeiçoamentos, aprimoramentos, especializações e agora o mestrado, o meu muito obrigado.

EPÍGRAFE

“Não existe ensino que se compare ao exemplo.”

— Robert Baden-Powell

RESUMO

Introdução: O bem-estar aparece, com frequência, integrado ao conceito de qualidade de vida, que, de modo semelhante ocupa, um papel relevante na compreensão da saúde humana. A saúde bucal é parte constituinte da saúde geral. O efeito da saúde bucal nos indivíduos pode ser físico e/ou psicológico, influenciando, ao longo da vida, na sua capacidade de falar, olhar, sorrir, mastigar e saborear os alimentos, bem como na sua socialização e bem-estar. **Objetivo:** Investigar a relação entre o desempenho das atividades relacionadas à função bucal, comer, falar, sorrir e o bem-estar psicológico em adolescentes. **Método:** Estudo transversal de base escolar conduzido em 36 municípios de até 50 mil habitantes no sul do Brasil. A amostra foi composta por 1.760 escolares selecionados a partir de uma amostragem sistemática. Os dados foram coletados utilizando-se um questionário estruturado. Foram obtidas informações socioeconômicas e foi inferido o impacto da saúde bucal nas atividades diárias (OIDP) e bem-estar (Escala de Andrews). A análise foi realizada por intermédio da regressão de Poisson. **Resultado:** A dificuldade para sorrir foi quase duas vezes maior para os escolares que não tinham bem-estar, $RP=1,91$ ($95\%IC=1,30-2,80$). Além disso, a dificuldade para falar, $RP=1,57$ ($95\%IC=1,02-2,40$), e incômodo para escovar os dentes, $RP=1,93$ ($95\%IC=1,29-2,91$), também tiveram associação com o bem-estar. A dificuldade para comer, $RP=1,1$ ($95\%IC=0,75-1,65$), não se associou ao desfecho. A única variável sociodemográfica associada ao bem-estar dos escolares foi a renda familiar média, $RP=0,65$ ($95\%IC=0,45-0,96$). **Conclusão:** Os resultados deste estudo mostram a influência das atividades relacionadas à saúde bucal, sorrir, falar e escovar os dentes no bem-estar de adolescentes escolares no RS. Além disso, apontam a renda familiar média como um fator de proteção para o bem-estar desta população.

Palavras-chave: Adolescentes. Saúde bucal. Bem-Estar.

ABSTRACT

Introduction: Well-being often appears integrated into the concept of quality of life, which, similarly, has a significant role in human health. Oral health is part of general health. The effect of oral health on individuals may be physical and psychological. It has an influence on their ability to speak, smile, chew and savour food, as well as the way they socialize with people, affecting their well-being. **Objective:** To investigate the association between the performance of activities related to oral health, chewing, speaking, smiling and psychological well-being in school adolescents. **Methods:** School-based, cross-sectional study, conducted in 36 municipalities up to 50 thousand inhabitants from Southern Brazil. The sample was composed of 1,760 scholars, selected through systematic sampling. Data were collected by means of a structured questionnaire, containing information on socioeconomic status, oral impact on daily activities (OIDP) and Well-Being (Andrews Scale). Poisson Regression was used to conduct the data analyses. **Results:** Difficulty to smile was almost twice as high for students who did not present well-being, PR=1.9 (95%CI = 1.30-2.80).). In addition, difficulty to speak, PR=1,57 (95%CI CI=1,02-2,40), and discomfort to brush the teeth, PR=1,93 (CI=1,29-2,91), were also associated to well-being. Difficulty to eat PR=1,1 (95%CI=0,75-1,65), was not associated to it. The family average income was the only sociodemographic variable associated to adolescents well-being, PR=0,65 (95%CI=0,45-0,96). **Conclusion:** The results of this study showed the influence of oral health related activities, smile, speak and teeth brush on the well-being of school adolescents in Rio Grande do Sul state. In addition, they pointed out the Family average income as a protection factor for the well-being of this population.

Key-words: Adolescent. Well-being. Oral Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- DSS - Determinantes Sociais de Saúde;
- ESB - Equipe de Saúde Bucal;
- ESF - Equipe de Saúde da Família;
- ESP - Escola de Saúde Pública;
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística;
- OIDP - Oral Impacts on Daily Performance;
- OMS - Organização Mundial da Saúde;
- OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde
- SES - Secretaria Estadual de Saúde;
- SBBRASIL - Inquérito Nacional de Saúde Bucal;
- SB/RS - Inquérito Riograndense de Saúde Bucal;
- SM - Salário Mínimo;
- SPSS - Statistical Package for the Social Sciences;
- SUS - Sistema Único de Saúde;
- TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul;
- WHO - World Health Organization.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Municípios selecionados para a pesquisa.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Características sociodemográficas da amostra estudada. Rio Grande do Sul, 2011.

TABELA 2- Relação entre as questões do OIDP com o bem-estar em adolescentes. Rio Grande do Sul, 2011.

TABELA 3 - Razões de prevalência brutas e ajustadas entre as questões do Oral Impacts on Daily Performances (OIDP) e bem-estar em adolescentes. Rio Grande do Sul, 2011.

SUMÁRIO

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO..... | 14 |
| 2 | REVISÃO DE LITERATURA..... | 16 |
| 2.1 | SAÚDE E BEM-ESTAR..... | 16 |
| 2.2 | AS FUNÇÕES DO SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO..... | 17 |
| 2.3 | ADOLESCÊNCIA E O BEM-ESTAR..... | 20 |
| 3 | OBJETIVO..... | 22 |
| 3.1 | OBJETIVO GERAL..... | 22 |
| 3.2 | OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | 22 |
| 4 | METODOLOGIA..... | 23 |
| 4.1 | DELINEAMENTO DO ESTUDO, LOCAL E POPULAÇÃO ALVO..... | 23 |
| 4.2 | SELEÇÃO DOS MUNICÍPIOS..... | 23 |
| 4.3 | SELEÇÃO DA AMOSTRA DOS INDIVÍDUOS..... | 24 |
| 4.4 | COLETA DE DADOS..... | 25 |
| 4.5 | VARIÁVEIS E MEDIDAS..... | 26 |
| 4.5.1 | VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS UTILIZADAS..... | 26 |
| 4.5.2 | VARIÁVEIS RELATIVAS À FUNÇÃO DA BOCA..... | 26 |
| 4.6 | DEFECHEO..... | 27 |
| 4.7 | PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS..... | 28 |
| 4.8 | CONSIDERAÇÕES ÉTICAS..... | 28 |
| 5 | RESULTADOS..... | 29 |
| 6 | DISCUSSÃO..... | 34 |
| 7 | CONCLUSÃO..... | 38 |
| 8 | REFERÊNCIAS..... | 39 |
| | ANEXOS..... | 44 |
| | ANEXO A - Questionário de Avaliação Socioeconômica e Autopercepção da Saúde Bucal..... | 45 |
| | ANEXO B - Parecer do Comitê de Ética na pesquisa em saúde – ESP..... | 46 |
| | ANEXO C - Aprovação do Comitê de Ética na pesquisa em saúde – ESP..... | 47 |
| | ANEXO D - Parecer da Comissão de Pesquisa - UFRGS..... | 48 |
| | APÊNCIDES..... | 49 |
| | APÊNDICE A - Ficha de avaliação socioeconômica, escolaridade, morbidade referida e de uso dos serviços de saúde bucal – 12 anos..... | 50 |
| | APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)..... | 51 |

1. INTRODUÇÃO

O bem-estar pode ser definido como o nível em que os indivíduos avaliam a sua vida como um todo (VEENHOVEN, 2001). É um conceito abrangente, sendo considerado um aspecto positivo na saúde. Indivíduos que vivenciam mais boas emoções irão avaliar sua vida de forma mais positiva (GALINHA e RIBEIRO, 2005).

A maneira como os indivíduos enfrentam os eventos diários em sua vida está relacionada com a sensação de bem-estar e satisfação. Esses sentimentos podem ser rompidos, a partir da ocorrência de um evento estressante, em termos pessoais ou no ambiente, podendo influenciar negativamente sua percepção de saúde. O desemprego, a morte de uma pessoa próxima, a separação conjugal, o roubo e as doenças na família podem afetar a satisfação com a vida e o bem-estar em qualquer indivíduo. (SPARREBERGER, SANTOS e LIMA, 2004).

Souza *et al.*, (2012) observaram que fatores como estar empregado, ser praticante de alguma religião, não usar drogas ilícitas, pertencer a um grupo socioeconômico elevado e não ter algum tipo de distúrbio psiquiátrico estavam associados positivamente com o bem-estar de adultos jovens. Em outro estudo, realizado com adolescentes, foi identificado que aqueles que não consumiam álcool, não eram fumantes, desejavam perder peso, e que praticavam algum tipo de religião, apresentaram um nível de bem-estar mais elevado que seus pares (SILVA *et al.*, 2007).

A adolescência é uma etapa importante do ciclo de vida em que ocorre a estruturação da personalidade do indivíduo e que ocorrem mudanças físicas, psicológicas, sociais e comportamentais (PALAZZO *et al.*, 2003). Estudos apontam a adolescência como um período em que se verifica o agravamento de doenças bucais, especialmente entre os grupos mais vulneráveis. (VETTORE *et al.*, 2013). Dados têm demonstrado que, com frequência, os adolescentes não buscam a Unidade Básica de Saúde para resolver seus problemas de saúde. Ao mesmo tempo, quando o problema envolve aspectos estéticos eles o fazem com maior facilidade (BRASIL, 20012). As alterações estruturais, funcionais e principalmente estéticas podem influenciar no índice de bem-estar dessa parcela da população, que na sociedade atual, sente-se pressionada por uma padronização do que se entende como beleza (WOLF, 1992).

O bem-estar aparece, com frequência, integrado ao conceito de qualidade de vida, que de modo semelhante, ocupa um papel relevante na compreensão da saúde humana. A saúde bucal é parte constituinte da saúde geral. O efeito da saúde bucal nos indivíduos pode ser físico e/ou psicológico, influenciando ao longo da vida na sua capacidade de falar, olhar, sorrir, mastigar e saborear os alimentos, bem como na sua socialização. Uma saúde bucal adequada permite que os indivíduos mastiguem os alimentos, falem e sorriam sem dor, desconforto ou embaraço, afetando positivamente seu bem-estar (SHEIHAM, 2005).

O sistema estomatognático exerce as funções orais, como respiração, mastigação, sucção, deglutição e fala. Essas exigem o uso correto da musculatura intraoral e facial contribuindo para o estabelecimento de uma oclusão normal e favorecendo o crescimento facial pleno, sem desvios (SILVA *et al.*, 1986). Quaisquer alterações em uma ou mais funções dessa engrenagem poderão ocasionar padrões distintos da normalidade. Funções orais adequadas auxiliam no equilíbrio do sistema como um todo, influenciando na qualidade de vida do sujeito associado ao bem-estar. Desta forma, alterações que acometem a cavidade oral podem, em menor ou maior grau, trazer desconfortos e/ou modificações das funções orais (PASTANA *et al.*, 2013).

O comprometimento da saúde bucal pode contribuir para que o adolescente sofra bullying na escola influenciando seu bem-estar. A escola desempenha um papel relevante no desenvolvimento social dos adolescentes e não pode ser considerada apenas como um espaço destinado à aprendizagem formal ou ao desenvolvimento cognitivo (BANDEIRA e HUTZ, 2010).

Buscando explorar o bem-estar de adolescentes, o objetivo desta pesquisa é de investigar a relação entre o desempenho das atividades relacionadas à função bucal, comer, falar, sorrir e o bem-estar psicológico em escolares adolescentes.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 SAÚDE E BEM-ESTAR

O conceito de saúde e doença não é unânime para todas as pessoas, eis que as definições variam entre indivíduos, grupos culturais e classes sociais. As concepções sociais sobre o processo saúde-doença evidenciam as contradições e a organização da própria sociedade (MINAYO, 2010; SCLIAR, 2007). A saúde de um indivíduo ou uma população pode ser determinada pelo fator genético, mas fortemente modificado pelo ambiente social e físico, por comportamentos que são culturalmente ou socialmente determinados e pela natureza da atenção à saúde oferecida (STARFIELD, 2002).

Com o passar dos anos, muitas concepções e definições sobre saúde surgiram. Uma delas, bastante difundida, é a da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 1948, que define a saúde como “um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. Embora reconhecido como uma visão ampliada de saúde este conceito foi objeto de críticas, especialmente no que diz respeito ao caráter utópico e inalcançável da expressão ‘completo estado’ e na subjetividade de ‘bem-estar’ (WHO, 1997).

O debate contemporâneo sobre saúde e a sua promoção emergiu na década de 1970, a partir do Relatório Lalonde (1974), documento elaborado pelo Ministério da Saúde do Canadá. Seu objetivo central era o enfrentamento dos custos crescentes de assistência médica. Ao mesmo tempo, esse relatório reconhece a importância da prevenção das doenças e da educação e promoção de saúde da população. O diferencial desse momento era propor a promoção da saúde dentro de uma estratégia global para a organização dos serviços de saúde. Além disso, sugeriu-se que as intervenções de saúde pública deveriam dar ênfase em segmentos da população de maior risco, o que foi fundamental na identificação de desigualdades sanitárias. O relatório foi um suporte importante para a Declaração de Alma Ata em 1978 (BRASIL, 2001).

Anos após, o termo Promoção da Saúde foi debatido e difundido a partir do ano de 1986, na 1ª Conferência Internacional de Promoção de Saúde, quando foi publicada a Carta de Ottawa, que expandiu o significado de promoção da saúde não somente como um conjunto de ações voltadas para a prevenção de doenças, e sim, para uma visão que considera a

influência de aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos (WHO, 1986). A carta apresentou o termo saúde como “o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida” (BRASIL, 2002, P.20).

A saúde de uma população depende da qualidade e do acesso ao consumo de certos bens e serviços de subsistência: moradia, alimentação, educação, assistência em saúde, entre outros (SANTOS, 2014). Ela é produto de uma série de fatores, conceituados como determinantes sociais de saúde (DSS), que incluem a alimentação e nutrição; habitação; saneamento básico; boas condições de trabalho; oportunidades de educação ao longo da vida; ambiente físico limpo; apoio social para famílias e indivíduos; estilo de vida responsável; e cuidados de saúde, que estão relacionados à qualidade de vida e ao bem-estar subjetivo (BUSS, 2000; BUSS e FILHO, 2007).

No final dos anos 1950 apareceu na literatura a discussão sobre o conceito de bem-estar subjetivo (BES), em um momento em que se procuravam indicadores que auxiliassem na implementação e monitoramento de políticas sociais (SIQUEIRA e PADOVAM, 2008). O BES é um conceito trabalhado pela Psicologia que tem crescido nos últimos anos, sendo nos dias atuais, também objeto de estudo de outras profissões da área da saúde. Nesse sentido, abrange estudos que têm utilizado as mais diversas nomeações, tais como: felicidade, satisfação, estado de espírito e afeto positivo, além de também ser considerada a avaliação subjetiva da qualidade de vida. Refere-se ao que as pessoas pensam e como elas se sentem sobre suas vidas.

Na década de 80, outros autores começaram a utilizar o termo bem-estar psicológico, que seria um construto baseado na teoria psicológica a respeito do funcionamento positivo ou ótimo, definido por uma ampla categoria de fenômenos incluindo as respostas emocionais das pessoas, domínios de satisfação e os julgamentos globais de satisfação de vida. Além disso, abrangem a auto aceitação, relações positivas com outros e com a própria saúde, autonomia, domínio sobre o ambiente, propósito na vida e crescimento pessoal dos indivíduos. (GIACOMONI, 2004; MACHADO e BANDEIRA, 2012).

2.2 AS FUNÇÕES DO SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO

Muitas pessoas estão insatisfeitas com sua forma de falar, de mastigar ou ainda sorrir. Essas capacidades estão intimamente ligadas aos padrões faciais e estes ligados às funções estomatognáticas de cada indivíduo. Para desempenho eficiente de cada uma dessas funções, é necessário que as estruturas craniofaciais estejam em plena harmonia (PRATES *et al.*, 2016).

A mastigação é considerada por inúmeros autores como sendo uma das funções mais importantes e mais estudada do sistema estomatognático. Quando realizada de maneira bilateral alternada, ocorre sincronia dos músculos mastigatórios, que por sua vez são elementos fundamentais para a estimulação de estruturas de suporte, como ossos e dentes e para o favorecimento do crescimento harmônico craniofacial (GARCIA *et al.*, 2014). O padrão mastigatório pode ser influenciado por diversos fatores, como interferências oclusais, problemas dentais e/ou periodontais, perdas dentárias, problemas musculares e/ou nas articulações temporomandibulares (CHIODELLI *et al.*, 2015).

Em uma mastigação unilateral, a musculatura mastigatória caracteriza-se principalmente por uma força muscular maior no lado de trabalho, ou seja, onde a mastigação está ocorrendo. Já a musculatura do lado de balanceio, lado contrário ao lado de trabalho, encontra-se geralmente mais alongada e com tônus funcional diminuído, podendo haver uma assimetria muscular ou até mesmo óssea, visualmente perceptível (GARCIA *et al.*, 2014), o que diversas vezes afeta o bem-estar psicológico do indivíduo quando ele se defronta com o espelho. As alterações mais comuns encontradas na mastigação são: boca aberta, presença de ruídos, excesso de participação da musculatura periorbicular (mentual), interposição de lábios, tempo mastigatório, entre outras (NAVARRO *et al.*, 2013).

Após a mastigação, inicia-se o processo de deglutição, que tem como papel principal a propulsão do bolo alimentar ou de líquidos da cavidade oral para o estômago. Trata-se de uma atividade neuromuscular muito complexa que se inicia de maneira consciente e, ao longo do processo, há a integração do sistema nervoso central, organizando os impulsos nervosos no centro da deglutição. Divide-se a deglutição de acordo com as características anatômicas e funcionais (NAVARRO *et al.*, 2013). Geralmente, as fases da deglutição são divididas em: oral, faríngea e esofágica.

A fase oral da deglutição, a ser avaliada nessa pesquisa, pode ser subdividida nos estágios de preparo, qualificação, organização e ejeção. O preparo é o momento em que o alimento é misturado com a saliva e triturado pela mastigação. A qualificação inicia-se em associação com o estágio de preparo, e é aqui que o organismo identifica o bolo em seu volume, consistência, densidade, grau de umidificação e inúmeras outras características físicas e químicas que importam para adequada interação com o bolo alimentar. Durante a organização, este bolo é usualmente posicionado sobre o dorso da língua. As estruturas osteomusculoarticulares, responsáveis pela morfofuncionalidade da boca, organizam-se para a ejeção que se cumpre pelo ajustamento das paredes bucais e projeção posterior da língua, gerando pressão propulsiva, conduzindo o bolo e transferindo pressão para a faringe (YAMADA *et al.*, 2017).

As alterações encontradas na fase oral da deglutição são denominadas como: deglutição atípica ou adaptada. Quando há alguma alteração anatômica, as estruturas se adaptam para que possa ocorrer a deglutição. Então se há alguma maloclusão, o sistema estomatognático mantém as funções que devem adequar-se às mudanças existentes. Portanto na deglutição adaptada, a deglutição estará alterada de acordo com alguma alteração física, presença de hábitos (uso de chupeta/mamadeira, sucção digital) e padrões familiares do paciente. Se a alteração não se justifica como consequência de outros fatores que interferem na deglutição (respiração, idade, maloclusão, hábitos e padrões familiares, entre outros), será considerada apenas como um hábito inadequado, e, portanto, classificada como deglutição atípica (NAVARRO *et al.*, 2013).

É de suma importância que o sistema estomatognático esteja anatômico e funcionalmente equilibrado, propiciando aos órgãos fonoarticulatórios condições para a realização dos movimentos necessários para não somente a deglutição como também a fala. Aspectos relacionados ao desenvolvimento ósseo e à situação oclusal devem ser considerados, uma vez que podem influenciar na produção da fala. Compondo o binômio forma-função, no qual a forma corresponde à parte óssea e a função ao termo genérico que relaciona cada parte do complexo orofacial, transformando-o num sistema dinâmico por meio de atividades coordenadas (MARTINELLI *et al.*, 2011). São muitos os fatores que interferem na produção dos sons da fala, sendo os problemas de dentição e oclusão, as alterações orofaciais e a respiração oral, alguns dos mais apontados como possíveis causas de risco de interferência (HITOS *et al.*, 2013).

A respiração é uma função vital na qual o ar inspirado, ao passar pelo nariz, é purificado, filtrado, aquecido e umidificado no trajeto até os pulmões. Qualquer obstrução na passagem de ar leva o indivíduo a respirar pela boca. Entre as causas que podem ocasionar tal processo estão as obstrutivas: desvio de septo, presença de corpo estranho, hiperplasias de mucosa (rinite alérgica), hiperplasias das tonsilas faríngeas ou palatinas (adenóide/amígdalas) ou sinusite. A elas devem-se acrescentar as não obstrutivas: flacidez dos órgãos fonoarticulatórios e/ou respiração oral funcional (por hábito) (BIANCHINI *et al.*, 2009).

Além disso, a respiração oral causa modificações corporais, principalmente no posicionamento cefálico, sendo apontada como um fator de risco para alterações na produção da fala. Em estudos e relacionou também com outras alterações no sistema estomatognático, como, por exemplo, nas estruturas orais citadas. Alguns autores referem ser a respiração nasal fundamental para o crescimento e desenvolvimento adequados do complexo craniofacial, ao promover o funcionamento correto das demais funções estomatognáticas, acrescentando que qualquer alteração no complexo orofacial perturba o equilíbrio do sistema orgânico do indivíduo (MARTINELLI *et al.*, 2011).

2.3 ADOLESCÊNCIA E O BEM-ESTAR

Segundo a UNICEF e a Organização Mundial da Saúde (OMS), a adolescência compreende o período entre 10 e 19 anos. No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA Lei 8.069/1990 (BRASIL, 1990) define a adolescência como a fase compreendida entre os 12 e 18 anos incompletos. No período da adolescência, cada indivíduo passa por mudanças físicas, psicológicas, sociais e comportamentais.

Neste contexto, o *Health Behaviour In School-Aged Children (HBSC) Study: International Report From the 2009/2010 Survey*, relatório disponibilizado pela *World Health Organization* (WHO, 2012), traz à tona o tema “*Social determinants of health and well-being among Young people*”. Este estudo que forneceu informações fundamentais sobre os comportamentos relacionados à saúde e ao bem-estar de jovens. Nele, os pesquisadores utilizaram as redes sociais para maior compreensão sobre os comportamentos estabelecidos durante a adolescência e o quanto os mesmos podem persistir na idade adulta, particularmente em relação à questões relacionadas ao consumo do tabaco e do álcool, dieta saudável e nível de atividade física.

Os resultados da HBSC podem, portanto, ser usadas para determinar intervenções eficazes de melhoria da saúde, além de fornecer fortes evidências e dados que apoiaram os países na formulação de suas próprias políticas e programas para enfrentar os desafios futuros.

A falta dessas políticas, e programas ou ainda, de oportunidades educacionais e profissionais, pode tornar o grupo mais vulnerável a determinados riscos como o desemprego, violência, criminalidade, uso de drogas, AIDS e consequente redução na qualidade de vida (FARMER e HANRATTY, 2012). As oportunidades são ainda mais escassas quando se consideram as dimensões de iniquidades tais como renda, escolaridade e vínculos familiares, local de moradia, gênero, raça ou etnia o que podem acarretar um aumento da vulnerabilidade desse segmento populacional aos mais diversos agravos à saúde (BRASIL, 2010).

Estudo apontou a adolescência como um período em que se verifica o agravamento de doenças bucais, especialmente entre os grupos mais vulneráveis (VETTORE *et al.*, 2013), que acarretam dificuldades na articulação da fala. Em inquérito nacional, os adolescentes relataram alto impacto negativo da saúde bucal na sua qualidade de vida (PERES *et al.*, 2013).

Em geral, o adolescente não procura a Unidade Básica de Saúde para resolver seus problemas (dor ao engolir, dificuldade de fala, etc.). No entanto, quando envolve questões estéticas, seu comparecimento ocorre com maior facilidade (BRASIL, 2012), o que evidencia a importância de aspectos que interfiram na estética dos seus dentes, faltas ou traumas dentários, por impactarem a vida do adolescente no que diz respeito a suas atividades diárias.

O Brasil tem cerca de 17,5 milhões de adolescentes entre 10 e 14 anos e 17 milhões entre 15 a 19 anos. A grande maioria está na escola, com 98% e 84% para as faixas de 10 a 14 e de 15 a 17, respectivamente (IBGE, 2010). Assim, este espaço tem sido eleito como local apropriado para a investigação da situação de saúde do jovem e posterior desenvolvimento de ações de promoção de saúde (OPAS, 2015). Desta forma, neste estudo procurou-se avaliar fatores associados ao bem-estar subjetivo em uma amostra populacional de adolescentes (jovens com 12 anos).

OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Investigar a relação entre as funções bucais comer, sorrir e falar com o bem-estar psicológico em escolares adolescentes.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar a prevalência do bem-estar entre escolares adolescentes medido por intermédio da Escala de Andrews.
- Descrever a associação entre variáveis sociodemográficas e o bem-estar em adolescentes.

3. METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO, LOCAL E POPULAÇÃO ALVO

Estudo epidemiológico analítico transversal de base escolar, utilizando dados da pesquisa “Impacto da Estratégia da Saúde da Família no Perfil Epidemiológico de Saúde Bucal no Rio Grande do Sul”, realizada em 2011. A pesquisa principal foi desenvolvida com apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul, qualificada no processo nº 09/0066-6, Edital FAPERGS/CNPq/SESRS 002/2009 – PPSUS.

A população alvo escolhida para este recorte do estudo foram escolares, com 12 anos, de ambos os sexos, residentes em 36 municípios de diferentes portes populacionais e de diferentes macrorregiões do Estado do Rio Grande do Sul.

4.2 SELEÇÃO DOS MUNICÍPIOS

Para a seleção dos municípios foi considerada a distribuição das 86 cidades utilizadas no levantamento epidemiológico realizado entre 2001 e 2003, denominado SB/RS, Condições de Saúde Bucal na população do Rio Grande do Sul (2003). Este estudo tinha como objetivo investigar as condições de saúde bucal da população do Estado do Rio Grande do Sul.

Iniciou-se uma seleção entre estes 86 municípios seguindo os critérios de presença ou não de Equipes de Estratégias de Saúde da Família (ESF), com equipes de saúde bucal (ESB), com o propósito de contemplar a pesquisa principal de 2011. Foram incluídos os municípios com tempo de implantação da ESB/ESF (Equipe de Saúde da Família) igual ou maior que cinco anos e com cobertura populacional maior 90%, totalizando 57 municípios.

Após essa etapa, os municípios foram agrupados por semelhança (proximidade geográfica e porte populacional), resultando em uma amostra de 38 municípios, sendo 19 com ESB na ESF e 19 sem ESB na ESF. Excluiu-se dois municípios, um por ausência de manifestação (não envio de consentimento para a pesquisa) e outro por recusa, totalizando uma amostra final de 36 municípios (QUADRO 1).

QUADRO 1 – Municípios selecionados para a pesquisa

| Municípios porte 1 Até 5.000 hab | | Municípios porte 2 5001 a 10.000 hab | | Municípios porte 3 10.001 a 50.000 hab | |
|-------------------------------------|----------------------------|---|---------------|---|---------------|
| Com ESB/ESF | Sem ESB/ESF | Com ESB/ESF | Sem ESB/ESF | Com ESB/ESF | Sem ESB/ESF |
| Cotiporã | Boa Vista do Sul | Ipê | Arroio do Sal | Horizontina | F. Westphalen |
| Dois Lajeados | André da Rocha | Tuparendi | Entre-Ijuis | Charqueadas | Teutônia |
| Braga | Três Arroios | Independência | Formigueiro | Vale do Sol | Dom Feliciano |
| S. José Herval | Montauri | Ibiraiaras | Gen Camara | P. Machado | Jaguari |
| Jaboticaba | Campos Borges | São Nicolau | Lavras do Sul | | |
| Coxilha | Colorado | Turuçu | Cristal | | |
| Gramado Xavier | Mariana Pimentel | | | | |
| Cerro Grande | Pinhal Grande ^a | | | | |
| Pirapó | Cacique Doble ^b | | | | |
| 9 pares municípios | | 6 pares municípios | | 4 pares municípios | |
| 18mun | | 12 mun | | 8 mun | |

^a municípios excluído por recusa

^b ausência de manifestação

Fonte: ELY, 2014.

4.3 SELEÇÃO DA AMOSTRA DOS INDIVÍDUOS

Para o presente estudo, a amostra de indivíduos foi constituída por escolares no início da adolescência com 12 anos (nascidos no ano de 1999), residentes na área urbana ou rural dos municípios selecionados. A idade de 12 anos é considerada padrão para comparações internacionais em termos de saúde bucal, na qual na maioria dos casos todos os dentes permanentes exceto os terceiros molares estão erupcionados. Ademais, é uma idade em que geralmente a criança deixa a escola do ensino fundamental no Brasil e na maior parte dos países. Assim, em muitos países, a idade de 12 anos é a última em que uma amostra confiável pode ser obtida por intermédio das escolas (BRASIL, 2012).

Para atender os objetivos do estudo principal, o cálculo amostral foi realizado usando as médias CPOD (que corresponde ao número médio de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados), obtidas na pesquisa nacional de saúde bucal realizada em 2003, SB Brasil 2003, dos mesmos municípios. Estimando-se um nível de significância de $p < 0,05$ e um poder de confiabilidade de 95%, obteve-se um tamanho amostral de 465 indivíduos de

idades cobertas pelas ESB/ESF e 465 indivíduos de cidades não cobertas por ESB/ESF, contando todos os indivíduos coletados. Ao considerar uma taxa de não reposta de 20% e um efeito de delineamento de 1,5, a amostra mínima necessária foi de 790 indivíduos em cada situação (com ESB e sem ESB), o que resultou em uma amostra final de 1.427 adolescentes.

Esta amostra foi distribuída proporcionalmente à população residente por município (IBGE, 2010), de forma ponderada entre as escolas amostrais, com a seleção dos escolares sendo realizada por meio de um processo casual sistemático. Desta forma, foi calculado o intervalo para o sorteio da amostra de cada escola em cada município. Após a escolha aleatória do primeiro número do intervalo, foram sorteados os demais alunos, 21 mantendo-se constante o intervalo do sorteio até a totalização do número amostral da escola e, na sequência, do município.

Participaram 125 escolas que possuíam ensino fundamental completo e/ou ensino médio, das quais, 98 eram urbanas e 27 localizadas em área rural distantes até 10 km da cidade. Destas, cinco escolas eram instituições privadas e as demais públicas (municipais ou estaduais).

4.4 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados por intermédio de um formulário estruturado (ficha de avaliação epidemiológica e uma ficha de avaliação socioeconômica, escolaridade, morbidade referida e de uso dos serviços de saúde bucal) desenvolvido para o estudo principal a partir de uma adaptação do instrumento utilizado pelo SB Brasil 2010 (ANEXO A), que contém também, informações de autopercepção e impacto da saúde bucal no desempenho diário. Para a caracterização inicial, foram coletados os dados sobre sexo (masculino ou feminino), idade (12 anos), cor/raça (autodeclaração de ser amarelo, branco, índio, pardo ou negro), local de moradia (urbana ou rural) e tipo de escola frequentada (pública ou privada), disponíveis no APÊNDICE A. Os questionários foram enviados aos pais dos escolares juntamente com o TCLE (APÊNDICE B).

4.5 VARIÁVEIS E MEDIDAS

Ainda que tenham sido coletados outros dados, são descritos a seguir apenas os índices que foram utilizados para os objetivos do presente estudo.

4.5.1 VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS UTILIZADAS:

- sexo (masculino; feminino);
- etnia (branco; amarelo; índio; pardo; negro);
- renda familiar (até 500 reais – SM em março/ 2011; de 501 a 1.500 reais; mais de 1.501 reais);
- escolaridade da mãe (até 4 anos; de 5 a 9 anos; 10 anos ou mais);
- tipo de escola (pública; privada);
- local de moradia (urbana; rural).

4.5.2 VARIÁVEIS RELATIVAS À FUNÇÃO DA BOCA:

- Dificuldades para comer;
- Incomodo ao escovar os dentes;
- Irritabilidade;
- Afastamento social;
- Diminuição da atividade física;
- Dificuldades na fala;
- Vergonha ao sorrir ou falar;
- Dificuldades em estudar ou trabalhar;
- Insônia, ou baixa qualidade de sono.

Essas variáveis, cujas respostas poderiam ser “sim” ou “não”, são semelhantes às utilizadas na pesquisa SB Brasil 2010, sendo baseadas no Oral Impacts on Daily Performances (OIDP), disponível no ANEXO A.

O OIDP é um instrumento desenvolvido com o objetivo de avaliar o efeito de problemas da boca na qualidade de vida dos indivíduos e que podem afetar seu bem-estar, medindo o grau de interferência da condição bucal no desempenho das atividades diárias (ADULYANON; SHEIHAM, 1997).

O instrumento quantifica os impactos comportamentais no desempenho de vida diária, utilizando medidas como frequência e severidade (ADULYANON; SHEIHAM, 1997). A adaptação transcultural do instrumento foi realizada em estudo realizado no ano de 2013 (ABEGG *et al.*, 2013). Posteriormente também foi utilizado na Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, SB2010.

O SBBRASIL (2010) é uma Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, cujo objetivo foi estabelecer como a principal estratégia do eixo da Vigilância em Saúde Bucal da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) no que diz respeito à produção de dados primários de morbidade bucal. Nela analisou-se a situação da saúde bucal da população brasileira com o intuito de proporcionar ao SUS informações úteis ao planejamento de programas de prevenção e tratamento, tanto em nível nacional quanto nos âmbitos estadual e municipal. (BRASIL, 2012)

4.6 DESFECHO

O bem-estar psicológico, desfecho do estudo, foi avaliado mediante a Escala de Faces de Andrews (MCDOWELL e NEWELL, 1996) (ANEXO A). Esta é uma escala visual que contém sete figuras de faces estilizadas representando expressões que variam de extrema felicidade até extrema tristeza em que cada figura da escala é representada por um círculo, com olhos que não mudam, e uma boca que varia de um meio círculo voltado para cima até outro meio círculo semelhante voltado para baixo. O adolescente assinala aquela figura que mais se assemelha à maneira como ele se sente a respeito da sua vida no último mês. Apesar de não existir estudo de validação para a população brasileira, a escala tem sido muito utilizada em pesquisas (SOUZA *et al.*, 2012). Principalmente por se tratar de um instrumento visual analógico, ele é facilmente compreendido universalmente, sendo utilizado também em populações de baixa escolaridade e crianças (VERONESE *et al.*, 2011). Para fins de análise, categorizou-se esta variável de forma binária, as faces A, B, C representam ter bem-estar, código 0 (zero) e as faces D, E, F, G, não ter bem-estar, código 1.

4.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados no software SPSS versão 24. Análises das frequências absolutas e relativas foram calculadas. O teste do Qui-quadrado, foi utilizado para avaliar diferenças nas variáveis estudadas, e quando este violou seus pressupostos utilizou-se o Teste Exato de Fischer, ambos com nível de 0,05% de significância. Regressão de Poisson com variância robusta foi utilizado para cálculo de Razões de Prevalência (RP) brutas e ajustadas e seus respectivos intervalos de confiança de 95%. No modelo ajustado, incluiu-se variáveis teoricamente relevantes com p-valor <0.10. A significância estatística dos índices das razões de prevalência foi avaliada pelo teste de Wald.

4.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo enquadrou-se na modalidade de pesquisa de risco mínimo, pois foram utilizados dados de pesquisa prévia, bem como por se tratar de estudo envolvendo o exame bucal de seres humanos, tal procedimento pressupõe a utilização do consentimento livre e esclarecido, conforme Resolução 466/2012. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado foi exigido dos responsáveis pelos indivíduos participantes da amostra, sendo devidamente assinado, ficando uma cópia com os mesmos (APÊNDICE B). O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública da Secretaria da Saúde Estado da Saúde do Rio Grande do Sul (nº. 624/11) (ANEXO B e C) e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (nº 15 370) (ANEXO D).

4. RESULTADOS

Foram avaliados 1.760 escolares (idade - 12 anos), que responderam a todas as questões baseadas no OIDP. A prevalência dos adolescentes que relataram ter bem-estar foi de 91% e de 9% para os que relataram não ter. Em relação ao sexo, 942 (53,5%) eram do sexo feminino e 818 (46,5%) do sexo masculino.

Analisando a escolaridade da mãe, constatou-se que 39,5% tinham 5 a 9 anos de estudo, 35,5% tinham 10 ou mais anos de estudo e 22,8% com até 4 anos de estudo. Quanto à etnia, 69,0% se consideraram brancos e 31,0% outras raças. A maior parte das famílias (41,6%) tinha renda média de 501 a 1.500 reais, 22,8% mais de 1501 reais e 35,5% tinham renda até 500 reais, considerando 500 reais o salário mínimo (SM) regional no mês de março de 2011.

Levando em consideração as questões relacionadas ao OIDP: 680 jovens responderam que apresentam dificuldade para comer por causa dos dentes, ou sentiram dor ao tomar líquidos quentes ou gelados (44,0%); 267 referiram que os seus dentes os incomodaram ao escovar (15,2%); 292 que os seus dentes os deixaram nervoso(a) ou irritado(a) (16,6%); 75 que deixaram de praticar esportes por causa dos seus dentes (4,6%); 149 tiveram dificuldade para falar por causa dos seus dentes (8,5%); 304 responderam que os seus dentes os fizeram sentir vergonha de sorrir ou falar (17,3%); 76 que os seus dentes atrapalharam para estudar/trabalhar ou fazer tarefas da escola/trabalho (4,3%); e 289 deixaram de dormir ou dormiram mal (sono) por causa dos seus dentes (16,4%). Salienta-se que o mesmo jovem pode ter referido vários fatores. Assim, os valores ultrapassam o número de entrevistados e a porcentagem de 100%.

Na análise bruta por intermédio da Regressão de Poisson observou-se associação entre a renda de R\$ 501 a R\$ 1.500,669 (0,426-0,973) e o não ter bem-estar, e maior prevalência de não ter bem-estar e etnia 1,467 (1,080-1,992), ambos considerando intervalo de confiança de 95%. A única variável referente ao OIDP que não esteve associada ao bem-estar foi "deixar de sair, se divertir, ir a festas, passeios por causa dos seus dentes..." ($p=0,148$).

Na análise ajustada, observou-se que a renda familiar média de R\$ 501 a R\$ 1500 foi um fator de proteção em relação ao bem-estar dos estudantes 0,655 (0,447-0,960), sendo a única variável sociodemográfica significativamente associada ao desfecho. Entre os jovens que sentiram incômodo para escovar os dentes, a prevalência de não ter bem-estar foi duas vezes maior do que aqueles que não sentiram incômodo para escovar os dentes $RP=1,94$

(95%IC=1,29-2,91). A dificuldade para sorrir foi quase duas vezes maior para os escolares que não tinham bem-estar $RP=1,91$ (IC=1,301-2,804). Além disso, o bem-estar dos estudantes estava associado à dificuldade para falar, $RP=1,57$ (95%IC=1,02-2,40).

Tabela 1. Características sociodemográficas da amostra estudada. Rio Grande do Sul, 2011.

| Variável | n (%) |
|------------------------------------|---------------|
| Sexo | |
| Feminino | 942 (53,5%) |
| Masculino | 818 (46,5%) |
| Etnia | |
| Branca | 1.195 (69,0%) |
| Outras | 538 (31,0%) |
| Renda Familiar | |
| Até R\$ 500 | 625 (35,5%) |
| R\$ 501 a R\$ 1500 | 733 (41,6%) |
| Mais de R\$ 1501 | 402 (22,8%) |
| Escolaridade da mãe | |
| Até 4 anos | 451 (25,6%) |
| De 5 a 9 anos | 696 (39,5%) |
| 10 anos ou mais | 613 (34,8%) |
| Tipo de escola | |
| Pública | 1.733 (98,5%) |
| Privada | 27 (1,5%) |
| Local moradia/ Local escola | |
| Urbano | 237 (33,4%) |
| Rural | 472 (66,6%) |

Tabela 2. Relação entre as questões do OIDP com o bem-estar em adolescentes. Rio Grande do Sul, 2011.

| Variáveis | Total | Bem-estar Positivo | Bem-estar Negativo | p-valor |
|--|--------------|--------------------|--------------------|---------|
| Teve dificuldade para comer por causa dos dentes ou sentiu dor nos dentes ao tomar líquidos gelados ou quentes? | | | | <0,001 |
| Sim | 671 (43,9%) | 53 (38,1%) | 803 (57,9%) | |
| Não | 856 (56,1%) | 585 (42,1%) | 86 (61,9%) | |
| Os seus dentes o incomodaram ao escovar? | | | | <0,001 |
| Sim | 265 (17,4%) | 212 (15,3%) | 53 (38,7%) | |
| Não | 1262 (82,6%) | 1178 (84,7%) | 84 (61,3%) | |
| Os seus dentes o deixaram nervoso(a) ou irritado(a)? | | | | <0,001 |
| Sim | 287 (19,0%) | 239 (17,4%) | 48 (35,8%) | |
| Não | 1223 (81,0%) | 1137 (82,6%) | 86 (64,2%) | |
| Deixou de sair, se divertir, ir a festas, passeios por causa dos seus dentes? | | | | 0,148 |
| Sim | 99 (6,5%) | 126 (90,6%) | 1304 (93,8%) | |
| Não | 1430 (93,5%) | 13 (9,4%) | 86 (6,2%) | |
| Deixou de praticar esportes por causa dos seus dentes? | | | | 0,008 |
| Sim | 74 (4,9%) | 61 (4,4%) | 13 (9,6%) | |
| Não | 1447 (95,1%) | 1324 (95,6%) | 123 (90,4%) | |
| Teve dificuldade para falar por causa dos seus dentes? | | | | <0,001 |
| Sim | 147 (9,7%) | 115 (8,3%) | 32 (23,2%) | |
| Não | 1370 (90,3%) | 1264 (91,7%) | 106 (76,8%) | |
| Os seus dentes o fizeram sentir vergonha de sorrir ou falar? | | | | <0,001 |
| Sim | 303 (19,9%) | 1137 (82,3%) | 79 (57,7%) | |
| Não | 1216 (80,1%) | 245 (17,7%) | 58 (48,3%) | |
| Os seus dentes atrapalharam para estudar/trabalhar ou fazer tarefas da escola/trabalho? | | | | 0,001 |
| Sim | 75(4,9%) | 60 (4,3%) | 15 (10,9%) | |
| Não | 1450 (95,1%) | 1327 (95,7%) | 123 (89,1%) | |
| Deixou de dormir ou dormiu mal por causa dos seus dentes? | | | | <0,001 |
| Sim | 285 (18,8%) | 238 (17,3%) | 47 (34,1%) | |
| Não | 1231 (81,2%) | 1140 (82,7%) | 91 (65,9%) | |

Tabela 3. Razões de prevalência brutas e ajustadas entre as questões do Oral Impacts on Daily Performances (OIDP) e bem-estar em adolescentes. Rio Grande do Sul, 2011.

| Variáveis | RP Bruta | 95% CI | p-valor | RP Ajustada | 95% CI | p-valor |
|--|----------|---------------|---------|-------------|---------------|---------|
| Sexo | | | | | | |
| Masculino | 1 | - | - | - | - | - |
| Feminino | 1,267 | (0,935-1,718) | 0,127 | - | - | - |
| Etnia | | | | | | |
| Branca | 1 | - | - | 1 | - | - |
| Outras | 1,467 | (1,080-1,992) | 0,014 | 1,093 | (0,756-1,580) | 0,638 |
| Renda Familiar | | | | | | |
| Até R\$ 500 | 1 | - | - | 1 | - | - |
| R\$ 501 a R\$ 1500 | 0,669 | (0,426-0,973) | 0,036 | 0,655 | (0,447-0,960) | 0,030 |
| Mais de R\$ 1501 | 1,077 | (0,757-1,534) | 0,680 | 0,658 | (0,382-1,133) | 0,131 |
| Escolaridade da mãe | | | | | | |
| Até 4 anos | 1 | - | - | 1 | - | - |
| De 5 a 9 anos | 0,643 | (1,001-1,079) | 0,042 | 1,488 | (0,982-2,255) | 0,061 |
| 10 anos ou mais | 0,991 | (0,952-1,032) | 0,677 | 1,016 | (0,611-1,689) | 0,951 |
| OIDP | | | | | | |
| Teve dificuldade para comer por causa dos dentes ou sentiu dor nos dentes ao tomar líquidos gelados ou quentes? | | | | | | |
| Sim | 1 | - | - | 1 | - | - |
| Não | 2,070 | (1,493-2,871) | <0,001 | 1,115 | (0,752-1,652) | 0,588 |
| Os seus dentes o incomodaram ao escovar? | | | | | | |
| Sim | 1 | - | - | 1 | - | - |
| Não | 3,005 | (2,188-4,127) | <0,001 | 1,938 | (1,290-2,911) | 0,001 |
| Os seus dentes o deixaram nervoso(a) ou irritado(a)? | | | | | | |
| Sim | 1 | - | - | 1 | - | - |
| Não | 2,378 | (1,712-3,305) | <0,001 | 1,462 | (0,974-2,195) | 0,067 |
| Deixou de sair, se divertir, ir a festas, passeios por causa dos seus dentes? | | | | | | |
| Sim | 1 | - | - | - | - | - |
| Não | 0,671 | (0,394-1,144) | 0,143 | - | - | - |
| Deixou de praticar esportes por causa dos seus dentes? | | | | | | |
| Sim | 1 | - | - | 1 | - | - |
| Não | 2,067 | (1,227-3,482) | 0,006 | 1,122 | (0,603-2,090) | 0,716 |
| Teve dificuldade para falar por causa dos seus dentes? | | | | | | |
| Sim | 1 | - | - | 1 | - | - |
| Não | 2,814 | (1,969-4,020) | <0,001 | 1,577 | (1,027-2,424) | 0,038 |
| Os seus dentes o fizeram sentir vergonha de sorrir ou falar? | | | | | | |
| Sim | 1 | - | - | 1 | - | - |
| Não | 2,946 | (2,151-4,036) | <0,001 | 1,910 | (1,301-2,804) | 0,001 |
| Os seus dentes atrapalharam para estudar/trabalhar ou fazer | | | | | | |

tarefas da escola/trabalho?

| | | | | | | |
|--|-------|---------------|--------|-------|---------------|-------|
| Sim | 1 | - | - | 1 | - | - |
| Não | 2,358 | (1,454-3,822) | 0,001 | 0,600 | (0,314-1,148) | 0,123 |
| Deixou de dormir ou dormiu mal por causa dos seus dentes? | | | | | | |
| Sim | 1 | - | - | 1 | - | - |
| Não | 2,231 | (1,608-3,096) | <0,001 | 1,059 | (0,692-1,623) | 0,791 |

Legenda: 95% CI=Intervalo de Confiança de 95%; RP = Razão de Prevalência.

*: Ajuste para sexo, etnia, renda familiar, escolaridade da mãe, ODP (menos a questão "Deixou de sair, se divertir, ir a festas, passeios por causa dos seus dentes?").

5. DISCUSSÃO

Este estudo mostrou uma alta frequência de bem-estar entre adolescentes escolares no Rio Grande do Sul. Ao mesmo tempo, observou-se uma associação entre vergonha de falar ou sorrir, dificuldade para falar, incômodo ao escovar os dentes e o bem-estar dos jovens.

A alta prevalência de bem-estar encontrada foi semelhante àquela encontrada por Silva *et al.*, (2007) em uma população de adolescentes com idade entre 15 e 18 anos. Não se encontrou na literatura estudo investigando variáveis relacionadas à função da boca e o bem-estar em adolescentes. Um estudo com escolares de Belo Horizonte, mostrou que a função da boca mais afetada pela falta dentária, foi "sorrir e mostrar os dentes sem ficar constrangido", influenciando seu bem-estar psicológico (CORTES, MARCENES e SHEIHAM, 2002).

Os resultados desta investigação evidenciaram que ter vergonha de falar ou sorrir e dificuldade para falar mostram a importância das funções bucais no bem-estar dos adolescentes. O efeito das funções da boca pode ser físico ou psicológico. O fato do bem-estar dos participantes da pesquisa ser afetado pela vergonha de sorrir e falar demonstra o valor dos aspectos estéticos da boca. A estética facial exerce um papel importante na saúde psicossocial dos indivíduos estando relacionada com sua qualidade de vida (BERSCHIED *et al.*, 1973; SHEIHAM, 2005).

Problemas de saúde bucal repercutem na qualidade de vida relacionada à saúde bucal de adolescentes. Em revisão sistemática foi encontrada associação entre impacto negativo na qualidade de vida relacionada à saúde bucal de adolescentes e a má oclusão, cárie dentária e traumatismo dentário (OLIVEIRA. *et al.*, 2013).

Além disso, deformidades faciais causam maior impacto nos indivíduos comparadas com outras incapacidades físicas (SHAW *et al.*, 1975). A presença de dentes alinhados também pode influenciar na percepção sobre a beleza, o reconhecimento profissional e a inteligência, bem como a ligação com indivíduos com melhor status socioeconômico (KEROSUO *et al.*, 1995).

Um estudo com jovens da Jordânia também mostrou que a forma e a cor dos dentes, o espaçamento entre eles ou sua ausência foram o fator mais importante para a ocorrência de bullying na escola (AL BITAR *et al.*, 2013). No Brasil, em estudo realizado com 183 alunos de colégios públicos e privados de municípios do sul do país, observou-se uma prevalência de 38,1% de bullying, tendo como fatores associados a

violência, a satisfação pessoal com os dentes, não conseguir superar as dificuldades, sentir-se sob pressão, perder o sono, sentir-se infeliz, a idade – adolescência, o sexo que intimidou e já ter sido autor de bullying (HAAS *et al.*, 2017).

Na sociedade atual, existe pressão para uma padronização do que se entende como beleza (WOLF, 1992). Nesse sentido, a mídia pode exercer o papel de formadora de opinião, influenciando as normas sociais vigentes, ao valorizar a aparência física para a conquista do sucesso e felicidade (THOMSEN *et al.*, 2002). As normas sociais auxiliam na definição do comportamento dos grupos, incluindo os adolescentes. Por serem aceitas como normais, geram coesão social auxiliando na identidade do grupo (ABEGG e FREEMAN, 2014).

A revisão da literatura mostrou que são escassos estudos avaliando os fatores associados ao bem-estar psicológico. Em trabalho realizado por Silva *et al.*(2007), foi observada uma relação positiva entre não ser fumante, não fazer uso abusivo de bebidas alcoólicas, desejo de perder peso, religiosidade e o bem-estar em adolescentes. Estudos realizados com adolescentes portugueses, americanos, russos e italianos mostraram um maior nível de bem-estar em adolescentes que recebiam apoio dos pais e professores para sua autonomia, além de boa aceitação nos grupos sociais e satisfação escolar (CHIRKOV e RYAN, 2001; CORSANO, MAJORANO e CHAMPRETAVY, 2006; FERNANDES *et al.*, 2011).

Neste estudo observou-se associação entre "incômodo ao escovar os dentes" e o bem-estar dos escolares. Uma possível explicação para esta associação é a presença do sangramento gengival entre os jovens, o que poderia estar causando o incômodo ao escovar os dentes (FONSECA *et al.*, 2015).

Na análise bivariada, a variável dificuldade para comer por causa dos dentes estava associada ao desfecho. Entretanto, esta associação não se manteve após o ajuste com outras variáveis. Cerca de um terço da população, de estudo realizado com mesmo público, apresentou cárie não tratada (ELY *et al.*, 2006). Mesmo assim, é provável que esta condição não tenha acarretado dificuldade para comer entre os escolares e ao mesmo tempo não afetou seu bem-estar psicológico. Dessa forma, parece que os fatores estéticos, neste grupo, são mais relevantes do que os funcionais.

Observou-se que a renda familiar de categoria média foi um fator de proteção em relação ao bem-estar dos estudantes, sendo a única variável sociodemográfica significativamente associada ao desfecho, podendo estar associada ao fato destes jovens terem mais acesso a serviços. Estudos investigando fatores associados ao bem-

estar de adolescentes mostraram associação entre menores níveis de bem-estar psicológico com baixo nível socioeconômico e baixa escolaridade, indicando que os adolescentes de classes sociais menos favorecidas apresentam menores índices de bem-estar psicológico (SILVA *et al.*, 2007; SOUZA *et al.*, 2012).

No que diz respeito ao sexo dos adolescentes, não se observou associação estatisticamente significativa entre o sexo masculino e feminino com o bem-estar, corroborando o resultado de outros estudos nacionais (SILVA *et al.*, 2007; SOUZA *et al.*, 2012).

Quanto a única variável referente ao OIDP que não esteve associada ao bem-estar foi "deixar de sair, se divertir, ir a festas, passeios por causa dos seus dentes...", o que pode estar relacionada à idade dos adolescentes coletados nesta amostra do estudo.

Os resultados deste estudo apontam a influência das funções da boca: sorrir, falar, incômodo ao escovar os dentes com o bem-estar dos adolescentes escolares, possivelmente relacionado à questões estéticas. Ao mesmo tempo, indicam que a renda familiar de nível médio pode ser um fator de proteção para seu bem-estar.

Na adolescência, com frequência, os jovens sofrem diferentes pressões que incluem mudanças nas relações familiares e dos grupos aos quais pertencem ou gostariam de pertencer (WHO, 2012). Ao mesmo tempo, é neste período que potencialmente os indivíduos apresentam os melhores níveis de saúde e vitalidade que irão permitir a realização de suas atividades diárias na vida adulta (GARBIN *et al.*, 2009; PALAZZO *et al.*, 2003).

Desse modo, tornam-se relevantes ações e atividades que promovam a saúde física e mental dos jovens para fortalecer seu bem-estar. Considerando-se que a maioria dos jovens estão na escola aos 12 anos, esta se constitui em um espaço privilegiado para implementação de ações que promovam sua saúde e bem-estar (MOYSÉS *et al.*, 2003). Como exemplo, pode-se citar a iniciativa da OPAS - "Escolas promotoras de Saúde".

A análise multivariável, controlando para possíveis fatores de confusão, realizada neste trabalho é algo inovador para a área da fonoaudiologia. A maioria das pesquisas já publicadas na área utilizam apenas a análise bivariada. Dadas as características dos estudos transversais, não é possível fazer inferências sobre causas e efeitos do bem-estar, sendo esta uma das limitações deste estudo. Salienta-se também que as associações encontradas entre as variáveis investigadas e o bem-estar podem estar sendo influenciadas por outros fatores não avaliados nesta investigação.

Desta forma, apesar da demonstração da relação entre o desempenho das atividades relacionadas à saúde bucal, comer, falar, sorrir e o bem-estar psicológico em adolescentes escolares, mais estudos sobre o tema, com desenhos mais robustos (caso-controle e longitudinal), tornam-se necessários.

6. CONCLUSÃO

A presente investigação encontrou associação entre vergonha de falar ou sorrir, dificuldade para falar, incômodo ao escovar os dentes e o bem-estar, em escolares adolescentes no Rio Grande do Sul.

Não foi observada associação entre comer e o bem-estar dos jovens.

A grande maioria dos adolescentes apresentou bem-estar, indicando uma avaliação positiva de sua vida.

REFERÊNCIAS

- ABEGG, C., FREEMAN, R. Development of behaviours and habits conducive to oral health. In: SHEIHAM, A. et al. eds. Promoting the oral health of children. 2ed. São Paulo: Quintessence, 2014.
- ABEGG, C., FONTANIVE, V. N., TSAKOS, G., DAVOGLIO R. S., OLIVEIRA, M. M. Adapting and testing the oral impacts on daily performances among adults and elderly in Brazil. *Gerodontology*. 2013. 32(1): 46-52.
- AL BITAR, Z. B.; AL OMARI, I. K.; SONBOL, H. N.; AL-AHMAD, H. T.; CUNNINGHAM, S. J. Bullying among Jordanian schoolchildren, its effects on school performance, and the contribution of general physical and dentofacial features. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*. Volume 144, Issue 6, December 2013, Pages 872-878.
- BANDEIRA, C.M., HUTZ, C.S. As implicações do bullying na autoestima d adolescentes. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*, 14(1), SP. Volume 14, Número 1, Janeiro/Junho de 2010: 131-138
- BERSCHEID, E., WALSTER, E., BOHRNSTEDT, G., 1973. Body Image. *Psychology Today*. Del Mar, v. 7, p.119-131.
- BIANCHINI, A. P., GUEDES, Z. C. F., HITOS, S. Respiração oral: causa x audição. *Rev. CEFAC [online]*. 2009, vol.11, suppl.1.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Condições de Saúde Bucal na População Brasileira: manual da equipe de campo – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Promoção da saúde: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses e Declaração do México. 2a ed. Brasília 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília, 2002. 56 p. (Série B. Textos Básicos em Saúde).
- BUSS, P. M. Promoção de saúde e qualidade de vida. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 5, n. 1, p.163-177, 2000.
- BUSS, P. M; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, Apr. 2007.

- CHIODELLI, L. et al. Associação entre funções estomatognáticas, oclusão dentária e sinais de disfunção temporomandibular em mulheres assintomáticas. *Rev. CEFAC*, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 117-125, Feb. 2015
- CHIRKOV, V. I., RYAN, R. M. Parent and teacher autonomy-support in Russian and U.S. adolescents: Common effects on well-being and academic motivation. *Journal of Cross Cultural Psychology*, 32, 618-63, 2001.
- CORSANO, P., MAJORANO, M., CHAMPRETAVY, L. Psychological Well-Being In Adolescence: The Contribution Of Interpersonal Relations And Experience Of Being Alone. *Adolescence*; Roslyn Heights Vol. 41, Iss. 162, 341-53 (Summer 2006).
- CORTES, M. I. S., MARCENES, W., SHEIHAM, A. Prevalence and correlates of traumatic injuries to the permanent teeth of school children aged 9-14 years in Belo Horizonte, Brazil. *Dent Traumatol* 2001;17(1):22-6.
- ELY, H. C., ABEGG, C., CELESTE, R. K., PATTUSSI, M. P. Impacto das equipes de saúde bucal da Estratégia da Saúde da Família na saúde bucal de adolescentes do sul do Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 21, p. 1607-1616, 2016.
- FARMER, S., HANRATTY, B. The relationship between subjective wellbeing, low income and substance use among school children in the north West of England: a cross-sectional study. *Journal of Public Health*. Vol. 34, n. 4, p. 512-22, 2012.
- FERNANDES, H.M., et al . Satisfação escolar e bem-estar psicológico em adolescentes portugueses. *Rev. Lusófona de Educação*, Lisboa , n. 18, p. 155-172, 2011 .
- FONSECA, E. P. et al. Relação entre condição gengival e fatores sociodemográficos de adolescentes residentes em uma região brasileira. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2015, v. 20, n. 11] , pp. 3375-3384.
- GALINHA, I., RIBEIRO, J. L. P. História e evolução do conceito de bem-estar subjetivo. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 2005. 6(2),203-214.
- GARBIN, C.A.S., et al. A saúde na percepção do adolescente. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. v. 19, n. 1,p.227-238, 2009.
- GARCIA, D. G. B., et al. Mastigação habitual e atividade eletromiográfica dos músculos masseter e temporal em escolares de 7 a 12 anos. *Rev. CEFAC*, São Paulo, v. 16, n. 6, p. 1928-1935, Dec. 2014.
- GIACOMONI, C. H. Bem-estar subjetivo: em busca da qualidade de vida. *Tema psicol.*, Ribeirão Preto , v. 12, n. 1, p. 43-50, jun. 2004.
- GOMES, A. S.; ABEGG, C. O impacto odontológico no desempenho diário dos trabalhadores do Departamento Municipal de Limpeza Urbana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. v.23, n. 2, p. 1707-1714, 2007.
- HAAS, M.F, BELLATO, A., ALVE, S G.G, AROSSI, G. Bullying na escola e fatores associados a saúde oral. *Adolesc Saude*. 2017;14(4):85-96
- HITOS, S. F. et al. Respiração oral e alteração de fala em crianças. *J. Pediatr. (Rio J.) Porto Alegre* , v. 89, n. 4, p. 361-365, Aug. 2013.

- KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; GREBB, J. A. *Compêndio de Psiquiatria: Ciências Comportamentais e Psiquiatria Clínica*. 7 edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997, 138- 143.
- KEROSUO H., HAUSEN H., LAINE T., SHAW W. C. The influence of incisal malocclusion on the social attractiveness of young adults in Finland. *Eur J Orthod*. 1995 Dec;17(6):505-12.
- KONU A. I. T., LINTONEN. P., RIMPELA. M. K. *Health Education Research*, Volume 17, 155-165, April 2002.
- MACHADO, W. D. L; BANDEIRA, D. R. Bem-estar psicológico: definição, avaliação e principais correlatos. *Estud. psicol. Campinas* , v. 29, n. 4, p. 587-595, Dec. 2012 .
- MARTINELLI, R. L. C. *et al* . Correlações entre alterações de fala, respiração oral, dentição e oclusão. *Rev. CEFAC*, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 17-26, Feb. 2011.
- MATJE, P. R. B., ABEGG, C. Prevalência do Impacto Odontológico no Desempenho Diário entre Indivíduos de 50 a 74 anos em Porto Alegre/RS. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2009.
- MCDOWELL, I., NEWELL, C. *Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires*. New York: Oxford University Press; 1996.
- MINAYO, M. C. S. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12. ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
- MOYSÉS, S.T., *et al*. Associations between health promoting schools policies on some indicators of oral health. *Health Promotion International*, v. 18, p. 209-18, 2003.
- NAVARRO, P. R. *et al*. Alterações de funções orais na presença de aparelhos ortodônticos fixos com recursos intraorais. *Rev. CEFAC*, São Paulo , v. 15, n. 5, p. 1281-1291, Oct. 2013
- OLIVEIRA, D.C, PEREIRA, P.N, FERREIRA, F.M, PAIVA, S.M, FRAIZ, F.C. Impacto relatado das alterações bucais na qualidade de vida de adolescentes: revisão sistemática. *Redalyc*. 2013; 13(1):123-29.
- ORGANIZACAO MUNDIAL DA SAUDE. *Levantamento epidemiológico básico de saúde bucal*. 4. ed. São Paulo: Santos, 1999. 53p.
- OPAS. *Organização Pan-Americana da Saúde. Escolas Promotoras de Saúde*. Brasília (DF); 2015.
- OUTEIRAL, J. O. *Adolescer: estudo sobre adolescência*. Porto Alegre: Artes médicas. 1994, 232 - 237.
- PALAZZO, L. S.; BÉRLA, J. U.; TOMASI, E. Adolescentes que utilizan servicios de atención primaria: ¿Cómo viven? ¿Por qué buscan ayuda y cómo se expresan? *Cad Saúde Pública*, v. 19, n. 6, p. 1.655-1665, 2003.
- PASTANA, S.D.G.*et al* . Queixas orais e verificação da fala de indivíduos com síndrome da ardência bucal. *Rev. CEFAC*, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 904-912, 2013.

PERES, M. A., BARBATO, P. R., REIS, S. C. G. B., FREITAS, C.H.S.M., ANTUNES, J.L.F. Perdas dentárias no Brasil: análise da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010. Rev. Saúde Pública. Vol. 47, supl. 3, p. 78-89, 2013.

PRATES, L.D.S.et al . Avaliação clínica e eletromiográfica da mastigação nos diferentes padrões de crescimento facial. Rev. CEFAC, São Paulo , v. 18, n. 1, p. 104-112, Feb. 2016.

SANTOS, D. S. *et al.* Processo saúde/doença e estratégia de saúde da família: o olhar do usuário. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 22, n. 6, p. 918-925, 2014.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. Physis, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SENOS, J., DINIZ, T. Auto-estima, resultados escolares e indisciplina. Estudo exploratório numa amostra de adolescentes. Aná. Psicológica, Lisboa , v. 16, n. 2, p. 267-276, jun. 1998

SHAW W. C., LEWIS H. G., ROBERTSON, N. R. E. Perception of malocclusion.Br Dental J.1975;138(6): 211-6.

SHEIHAM, A. Oral health, general health and quality of life. Bulletin of the World Health Organization, 2005: 83.

SILVA, F. A. G., FREITO, S. F, CAVASSAN, A. O. O hábito e sucção, elementos passíveis de intervenção. Estomat Cult 1986; 4:61-71.

SILVA, R. A. *et al.* Bem-estar psicológico e adolescência: fatores associados. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 23, n. 5, p. 1113-1118, May 2007.

SIQUEIRA, M. M. M; PADOVAM, V. A. R. Bases Teóricas de Bem-estar Subjetivo, Bem-estar Psicológico e Bem-estar no Trabalho. Universidade Metodista de São Paulo. Psicologia: Teoria e Pesquisa, Vol. 24 n. 2, pp. 201-209,2008.

SOUZA, L. S. D. M. *et al.* Bem-estar psicológico de jovens de 18 a 24 anos: fatores associados. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 28, n. 6, p. 1167-1174, 2012.

SPARRENBERGER, F; SANTOS, I; LIMA R.C. Associação de eventos de vida produtores de estresse e mal-estar psicológico: um estudo de base populacional. Cad Saúde Pública 2004; 20:249-58.

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

THOMSEN, S.R. *et al.* Motivations for Reading beauty and fashion magazines and anorexic risk in college-age women. Media Psychology. Vol 2.2002.113-135.

VEENHOVEN, R. Questions on happiness; classical topics, modern answers, blindspots. In: Strack F, Argyle M, Schwarz N, editors. Subjective well being: an interdisciplinary perspective. Oxford: Pergamon Press; 1991. p. 7-26.

VERONESE, G.; CASTIGLIONI, M.; TOMBOLANI, M.; SAID, M. My happiness is the refugee camp, my future Palestine: optimism, life satisfaction and perceived happiness in a group of Palestinian children. Scand J CaringSci 2011.

VETTORE, M. V. *et al.* Desigualdades sociais e doença periodontal no estudo SBBrasil 2010: abordagem multinível. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 47, supl. 3, p. 29-39, Dec. 2013.

WHO 1986. Carta de Ottawa, pp. 11-18. In Ministério da Saúde/FIOCRUZ. Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Ministério da Saúde/IEC, Brasília.

WHO 1997. Oral health surveys: basic methods, 4th edn. Geneva.

WHO 2012. Health Behaviour In School-Aged Children (Hbsc) Study: International Report From the 2009/2010 Survey, relatório disponibilizado pela World Health Organization.

WOLF, N. O mito da beleza: como as imagens de beleza são usadas contra as mulheres. Rio de Janeiro: Rocco. 1992.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Calibration of examiners for oral health epidemiological surveys. Geneva: ORH/EPID, 1993.

YAMADA, E. K. *et al.* A influência das fases oral e faríngea na dinâmica da deglutição. *Arq. Gastroenterol.*, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 18-23, Mar. 2004.

ANEXOS

ANEXO A - Questionário de Avaliação Socioeconômica e Autopercepção da Saúde Bucal.

ANEXO B - Parecer do Comitê de Ética na pesquisa em saúde - ESP.

ANEXO C - Aprovação do Comitê de Ética na pesquisa em saúde - ESP.

ANEXO D - Parecer da Comissão de Pesquisa - UFRGS.

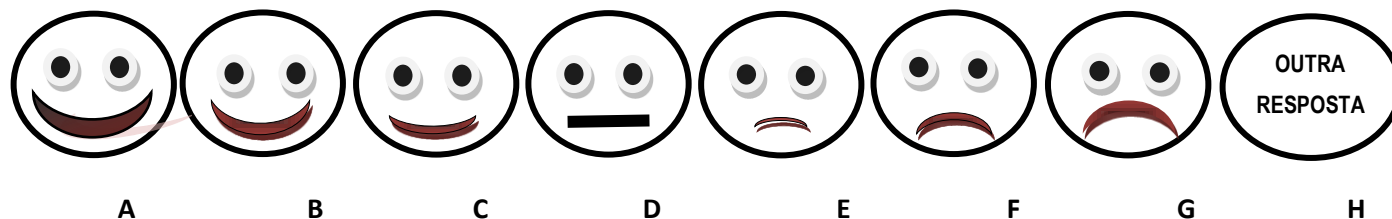
ANEXO A - Questionário de Avaliação Socioeconômica e Autopercepção da Saúde Bucal.

BEM-ESTAR PSICOLÓGICO

Agora eu vou lhe mostrar uma série de rostos que variam desde uma pessoa que está muito feliz (apontando para a face da escala que mostra alegria máxima) até uma pessoa que está muito triste (apontando para a face correspondente).

Apresentar a escala de faces e anotar o número apontado pelo adolescente examinado

ESCALA DE FACES DE ANDREWS



| | |
|---|----|
| Qual dessas faces mostra melhor como <u>tu</u> te sentiste na maior parte do tempo do último ano? | 1- |
| Qual dessas faces mostra melhor como <u>teu pai ou o companheiro que vive como tua mãe</u> se sentiu na maior parte do tempo do último ano? | 2- |
| Qual dessas faces mostra melhor como <u>tua mãe ou quem cuida de ti</u> se sentiu na maior parte do tempo do último ano? | 3- |

| | | | | | | |
|--|-----------------------|-----------------|--------------------------------------|-------------------|-------------------------|---|
| 1. Como você classifica a sua saúde geral? | 1 Ótima | 2 Boa | 3 Regular | 4 Ruim | 5 PÉSSIMA | 9 NÃO SABE/ NÃO QUER RESPONDER |
| 2. Como você classifica a sua saúde bucal? | 1 Ótima | 2 Boa | 3 Regular | 4 Ruim | 5 PÉSSIMA | 9 NÃO SABE/ NÃO QUER RESPONDER |
| 3. Com relação aos seus dentes/boca você está: | 1 Muito satisfeito | 2 Satisfeito | 3 Nem satisfeito nem insatisfeito | 4 Insatisfeito | 5 Muito insatisfeito | 9 NÃO SABE/ NÃO QUER RESPONDER |

Algumas pessoas têm problemas que podem ter sido causados pelos dentes. Das situações abaixo, quais se aplicam a você nos últimos seis meses? **0 – Não. 1 – Sim. 9 – Não sabe /Não quer responder.**

| | |
|----|---|
| 4 | Teve dificuldade para comer por causa dos dentes ou sentiu dor nos dentes ao tomar líquidos gelados ou quentes? |
| 5 | Os seus dentes o incomodaram ao escovar? |
| 6 | Os seus dentes o deixaram nervoso (a) ou irritado (a)? |
| 7 | Deixou de sair, se divertir, ir a festas, passeios por causa dos seus dentes? |
| 8 | Deixou de praticar esportes por causa dos seus dentes? |
| 9 | Teve dificuldade para falar por causa dos seus dentes? |
| 10 | Os seus dentes o fizeram sentir vergonha de sorrir ou falar? |
| 11 | Os seus dentes atrapalharam para estudar / trabalhar ou fazer tarefas da escola / trabalho? |
| 12 | Deixou de dormir ou dormiu mal por causa dos seus dentes? |

ANEXO B - Parecer do Comitê de Ética na pesquisa em saúde – ESP.**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE****COMITÊ DE ÉTICA NA PESQUISA EM SAÚDE
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA****PARECER DE APROVAÇÃO****Data da aprovação: 28/04/2011****Protocolo CEPS-ESP n.º 624/11****Projeto: “ IMPACTO DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA NO PERFIL
EPIDEMIOLÓGICO DE SAÚDE BUCAL NO RS ”****Pesquisadora: Helenita Corrêa Ely****Orientadora: Cláides Abegg**

Este projeto está de acordo com as normas éticas e metodológicas do Comitê de Ética na Pesquisa em Saúde da Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul e conforme a Resolução CNS n.º 196/96.

**Comitê de Ética na Pesquisa em Saúde
Escola de Saúde Pública/SES/RS**

**Av. Ipiranga, 6311, sala 13 - Bairro Partenon-CEP 90.610-001-
POA-RS****Telefones: (51) 3901.1533 Fax: 3901.1509 E-mail: ceps-esp@saude.rs.gov.br**

ANEXO C - Aprovação do Comitê de Ética na pesquisa em saúde – ESP.**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE**


Of. CEP/ESP- 49/2011

Porto Alegre, 28 de abril de 2011.

Senhor(a) Pesquisador(a)

O Comitê de Ética na Pesquisa em Saúde da Escola de Saúde Pública da Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul apreciou e **aprovou** o seu protocolo de pesquisa número **624/11** intitulado: " **IMPACTO DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA NO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE SAÚDE BUCAL NO RS**". Diante disso, considerou que o mesmo tem relevância para a ciência e encontra-se ética e metodologicamente adequado.

Solicitamos que, ao final da pesquisa, seja entregue uma via para esse Comitê.



**Comitê de Ética na Pesquisa em Saúde
da ESP/SES/RS**

A(o)
Pesquisador(a)
Helenita Corrêa Ely
UFRGS
N/C

Av. Ipiranga, 6311 - Bairro Partenon - CEP 90.610-001 - Porto Alegre - RS
**Telefone: (51) 3901.1533 - Fax: 3901.1493 - E-mail: [ceps-
esp@saude.rs.gov.br](mailto:ceps-esp@saude.rs.gov.br)**

ANEXO D - Parecer da Comissão de Pesquisa – UFRGS.**PARECER DA COMISSÃO DE PESQUISA**

Parecer aprovado em reunião do dia 01 de abril de 2011 ATA 02/11.

A Comissão de Pesquisa da Faculdade de Odontologia, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, após análise aprovou por estar adequado e metodologicamente de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o seguinte Projeto:

PROJETO: N°15370. IMPACTO DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA NO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE SAÚDE BUCAL NO RS.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Profa. CLAÍDES ABEGG

OUTROS PESQUISADORES: Fernando Neves Hugo.



Porto Alegre, 01 de abril de 2011.



Profa. Dra. Deise Ponzoni
Coordenadora da Comissão de Pesquisa


Profa. Deise Ponzoni
Coordenadora da COMPEQ/ODO

APÊNCIDES

APÊNDICE A - Ficha de avaliação socioeconômica, escolaridade, morbidade referida e de uso dos serviços de saúde bucal - 12 anos.

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

APÊNDICE A - Ficha de avaliação socioeconômica, escolaridade, morbidade referida e de uso dos serviços de saúde bucal – 12 anos.

| QUESTIONÁRIO PARA PAIS OU RESPONSÁVEIS | | | | MUNICÍPIO | | | | | |
|--|--|------------------------------|--------------------------------|-----------|--|--|--|--|--|
| | | | | CONTROLE | | | | | |
| Marque apenas uma resposta em cada pergunta | | | | | | | | | Não escreva aqui  |
| 10 | Qual foi o motivo que levou seu filho(a) nesta última consulta? Marque só um número. | 0 | Não levou o filho ao dentista | 3 | Por dor. | | | | |
| | | 1 | Para fazer revisão de rotina | 4 | Para extrair dentes. | | | | |
| | | 2 | Para fazer revisão do aparelho | 5 | Para tratamento. | | | | |
| | | 9 | Não sabe/não quer responder. | | | | | | |
| 11 | Onde foi esta última consulta que levou seu filho(a)? | 0 | Não levei. | 3 | No dentista do plano de saúde ou da empresa. | | | | |
| | | 1 | No SUS (serviço público) | | | | | | |
| | | 2 | Consultório particular | 4 | Não sabe/não quer responder | | | | |
| 12 | O que o Sr.(a) achou do atendimento dado a seu filho(a)? | 0 | Não levei | 3 | Regular | | | | |
| | | 1 | Muito Bom | 4 | Ruim | | | | |
| | | 2 | Bom | 5 | Muito Ruim | | | | |
| | 9 | Não sabe/não quer responder. | | | | | | | |

| Classificação da saúde geral e saúde bucal dos filhos de acordo com a percepção dos pais | | | | | | Respondido pelo pai, mãe ou responsável | | |
|--|---|-----------------------|-----------------|--|-------------------|---|---------------------------------------|--|
| 13 | Como você classifica a sua saúde geral de seu filho ou filha? | 1 Ótima | 2 Boa | 3 Regular | 4 Ruim | 5 Péssima | 9 Não sabe / Não quer responder | |
| 14 | Com relação aos dentes e boca de seu filho ou filha você está: | 1 Muito satisfeito | 2 Satisfeito | 3 Nem satisfeito, nem insatisfeito | 4 Insatisfeito | 5 Muito insatisfeito | 9 Não sabe / Não quer responder | |
| 15 | Como você classifica a saúde bucal de seu filho ou filha? | 1 Ótima | 2 Boa | 3 Regular | 4 Ruim | 5 Péssima | 9 Não sabe / Não quer responder | |

MUITO OBRIGADA POR RESPONDER!

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TÍTULO DA PESQUISA: Impacto da estratégia da saúde da família no perfil epidemiológico de saúde bucal no RS

Esclarecimentos

Este é um convite para você participar desta pesquisa que está sendo realizada pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do RS em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde do RS e Secretarias Municipais sob a coordenação da professora Claides Abegg. O objetivo é investigar as possíveis mudanças ocorridas na prevalência e severidade das doenças bucais de populações de cidades RS cobertas com a estratégia de saúde da família comparativamente com o perfil de saúde bucal de cidades onde o programa não foi implantado.

Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

Nessa investigação científica, serão examinados os dentes e as gengivas de crianças e adolescentes da população do seu município, escolhidos por sorteio. O exame é uma observação da boca, feita na própria escola ou na residência, com toda técnica, segurança e higiene, conforme normas da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde. Não representa riscos nem desconforto para quem será examinado. Os dados individuais não serão divulgados em nenhuma hipótese, mas os resultados da pesquisa ajudarão muito a prevenir doenças bucais e melhorar a saúde de todos. Os riscos relativos à sua participação nesta pesquisa são mínimos e os benefícios que você terá serão indiretos e relacionados a um melhor conhecimento a respeito das doenças bucais na população de modo a organizar os serviços de maneira mais racional e efetiva.

Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Caso seja detectado algum problema de saúde bucal que exija atendimento odontológico, você será devidamente encaminhado a uma Unidade de Saúde, onde será atendido.

Caso tiver qualquer pergunta sobre este estudo, sobre os seus direitos como participante deste estudo ou se pense que foi prejudicado pela sua participação, pode contatar a pesquisadora Helenita Corrêa Ely pelo e-mail: hely@pucrs.br ou pelo telefone 51-3320-3562. Esta pesquisa foi submetida à análise e aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria da Saúde do RS, o qual pode ser acessado a qualquer momento no endereço Av. Ipiranga, nº 6311-Porto Alegre/RS ou pelo fone 3901-1533 / 3901-1477.

Consentimento Livre e Esclarecido – Para participante individual

Declaro que compreendi os objetivos deste estudo, como ele será realizado, os riscos e benefícios envolvidos na pesquisa **Impacto da estratégia da saúde da família no perfil epidemiológico de saúde bucal no RS** e autorizo a realização do exame.

Data ____/____/____

Nome em letra de forma Assinatura ou impressão dactiloscópica

Consentimento Livre e Esclarecido – Para Pais ou Responsáveis

Declaro que compreendi os objetivos deste estudo, como ele será realizado, os riscos e benefícios envolvidos na pesquisa **Impacto da estratégia da saúde da família no perfil epidemiológico de saúde bucal no RS** e autorizo a realização do exame em_____.

Responsável

Nome em letra de forma Assinatura ou impressão dactiloscópica

Pesquisador

Nome em letra de forma Assinatura