



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
NÍVEL: MESTRADO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ODONTOLOGIA EM SAÚDE
COLETIVA**

Rogério Góes

**AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA SAÚDE BUCAL NO
COTIDIANO DOS ADOLESCENTES ESTUDANTES DO
INSTITUTO FEDERAL DE SANTA CATARINA
(CAMPUS FLORIANÓPOLIS)**

Florianópolis/SC
2014

Rogério Góes

**AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA SAÚDE BUCAL NO
COTIDIANO DOS ADOLESCENTES ESTUDANTES DO
INSTITUTO FEDERAL DE SANTA CATARINA
(CAMPUS FLORIANÓPOLIS)**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina, para a obtenção do Grau de Mestre em Odontologia em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. João Carlos Caetano

Coorientadora: Prof^ª. Dr^ª. Mirelle Finkler

Florianópolis/SC
2014

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

G598a Góes, Rogério

Avaliação do impacto da saúde bucal no cotidiano dos adolescentes estudantes do Instituto Federal de Santa Catarina (Campus Florianópolis)/ Rogério Góes ; orientador, Dr. João Carlos Caetano; Coorientadora, Dr^a Mirelle Finkler - Florianópolis, SC, 2014.

106p.: il., grafs., tabs.

Dissertação (Mestrado)- Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Odontologia.

Inclui referências

1. Avaliação de Saúde bucal. 2. IOD. 3. Autopercepção. 4. Adolescentes. I. Góes, Rogério. II. Caetano, João Carlos. III. Finkler, Mirelle. IV. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Odontologia. V. Título.

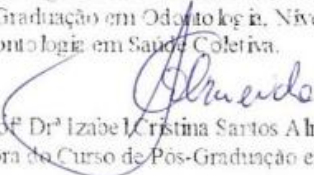
Rogério Góes

**AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA SAÚDE BUCAL NO
COTIDIANO DOS ADOLESCENTES ESTUDANTES DO
INSTITUTO FEDERAL DE SANTA CATARINA (CAMPUS
FLORIANÓPOLIS)**

Esta dissertação foi julgada adequada para a obtenção do título de:

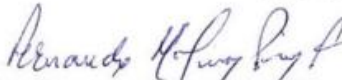
MESTRE EM ODONTOLOGIA EM SAÚDE COLETIVA

É aprovada na sua versão final em 27 de fevereiro de 2014, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Odontologia. Nível: Mestrado, Área de Concentração: Odontologia em Saúde Coletiva.


Prof.^a Dr.^a Izabele Cristina Sartos Almeida
Coordenadora do Curso de Pós-Graduação em Odontologia


Banca Examinadora:


Dr. João Carlos Caetano
Presidente - UFSC


Dr. Fernando Molinos Pires Filho
Membro Titular - UFRGS


Dr.^a Daniela Lemos Carcereri
Membro Titular - UFSC


Dr.^a Ana Lúcia Schaefer Ferreira de
Mello
Membro Titular - UFSC


Dr.^a Renata Goulart Castro
Membro Suplente
UFSC

DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho à minha maravilhosa família, cujo apoio e suporte emocional constantes, tornaram possível encarar e vencer este grande desafio.
Selma, Gabriela, Felipe e Luiza,
muito obrigado a vocês.*

AGRADECIMENTOS

Necessitaria de muito espaço, para poder expressar meu agradecimento a todos e a todas que, de alguma forma, contribuíram para o êxito desta caminhada. De qualquer forma, correndo o risco de involuntariamente esquecer alguém, inicio por dizer abrigado a Deus, o grande criador do universo, por ter-me dado o maravilhoso dom da vida.

Agradeço também a meus pais, cuja sabedoria adquirida com os longos anos de vida, mesmo enfrentando grandes dificuldades, souberam passar a seus filhos todas as lições necessárias à sua formação, como verdadeiros cidadãos. Obrigado a vocês, cuja dedicação possibilitou a seus filhos a apropriação dos melhores valores da vida.

Desejo agradecer à minha família, nas preciosíssimas pessoas de minha esposa Selma, meus filhos Gabriela, Felipe e Luiza, iluminadas pessoas que souberam, ao longo destes dois anos, ter a paciência e a compreensão, tão necessárias especialmente nos momentos de ausência, dedicados aos estudos e demais atividades ligadas ao curso. Aproveito para lhes pedir perdão pelos momentos de tensão que provoquei ao longo deste tempo, em função das preocupações com as atividades acadêmicas.

Quero dizer também muito obrigado a meus orientadores, professor Dr. João Carlos Caetano e professora Dr^a Mirelle Finkler, pelas imprescindíveis orientações no transcurso deste trabalho, pelos ensinamentos que me deram a correta direção na busca de meus objetivos nesta pesquisa e, além de tudo, pela paciência demonstrada para comigo em todos os momentos nos quais ela se fez necessária. “Não há lugar para a sabedoria, onde não há paciência” (Santo Agostinho).

Preciso também agradecer a todos os alunos do curso de graduação em Odontologia, com os quais tive o privilégio de estar, por conta do estágio de docência. O contato com a juventude, a irreverência e o ímpeto destas pessoas, me possibilitaram renovação do espírito ao longo deste tempo.

Sinto-me grato também a todos os professores do curso de pós-graduação em Odontologia em Saúde Coletiva, do Centro de Ciências da Saúde, pelos ensinamentos passados ao longo deste período, bem como à sempre prestativa Ana Maria Frandolozo, secretária do PPGO,

pelo fornecimento de todas as informações ligadas ao curso.

Muito obrigado aos servidores do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, pelo suporte necessário nas mais diversas atividades pelas quais passei, neste período que ora se encerra.

Manifesto meu mais profundo reconhecimento à bibliotecária Maria Gorete Savi, do Hospital Universitário, cuja ajuda nas pesquisas em bases de dados muito contribuiu para a conclusão deste trabalho.

Muito obrigado a meus colegas de trabalho, no setor de saúde do Instituto Federal de Santa Catarina, pelas contribuições mais variadas à pesquisa. Agradeço também a todos os demais colegas do IFSC, pelo fornecimento dos dados estatísticos referentes ao corpo discente da escola, bem como a todos os professores e professoras que, tão gentilmente abriram seus espaços de docência, para que eu pudesse conversar com os estudantes participantes da amostra. Agradeço também aos funcionários da biblioteca do IFSC, pelo carinho com o qual sempre me receberam, nas atividades de estudo naquele local.

Meu reconhecimento e agradecimento ao amigo Welliton Saulo da Costa, pelas grandes contribuições em relação aos aspectos ligados à formatação do trabalho. Muito obrigado também ao meu grande amigo, de longa data, Gil César dos Santos, pela ajuda em momentos de grande necessidade, nos quais sempre esteve pronto a servir. Expresso também minha gratidão ao professor Eduardo Diniz, pelas correções e contribuições à escrita do abstract deste trabalho.

Enfim, muito obrigado a todos aqueles e aquelas que deram suas mais valiosas contribuições, durante o transcurso desta jornada. Tenho plena consciência de que sem todos estes apoios, esta luta teria sido infrutífera.

“Bom mesmo é ir à luta com determinação, abraçar a vida com paixão, perder com classe e vencer com ousadia, porque o mundo pertence a quem se atreve e a vida é ‘muito’ para ser insignificante”.

(Augusto Branco).

GÓES, Rogério. **Avaliação do impacto da saúde bucal no cotidiano dos adolescentes estudantes do Instituto Federal de Santa Catarina (Campus Florianópolis)**. 2014, 106f. Dissertação (Mestrado)- Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

Orientador: Prof. Dr. João Carlos Caetano

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Mirelle Finkler

Área de Concentração: Odontologia em Saúde Coletiva

RESUMO

Esta pesquisa descritiva transversal objetivou verificar o impacto da saúde bucal nas vidas dos estudantes adolescentes (n=274) do Instituto Federal de Santa Catarina (Campus Florianópolis), na faixa etária de 15 a 19 anos, bem como conhecer a autopercepção destes sujeitos, em relação à sua saúde bucal, e caracterizar as principais razões de busca por assistência odontológica. Utilizou-se um instrumento que tomou como base o “Impactos Odontológicos Nos Desempenhos Diários”, composto pela avaliação de oito atividades diárias que podem ser influenciadas pelas condições de saúde bucal. A coleta de dados foi realizada através da aplicação de um questionário composto por 9 perguntas. As atividades de maior impacto na população estudada, em função das condições de saúde bucal, foram: limpar os dentes (32,5%), sorrir (27,0%) e comer (25,9%). O sintoma mais importante mencionado, e relacionado ao impacto foi insatisfação com a aparência (25,2%), ao passo que o de menor importância foi limitação na função (6,9%). Relativamente à autopercepção de sua saúde bucal, a maioria (87,9%) a classificou entre excelente e boa. No que se refere à satisfação com dentes e boca, 48,5% disseram-se satisfeitos. O principal motivo da última consulta ao dentista (60,5%) foi limpeza/profilaxia, sendo que doença tardia foi mencionada por apenas 1 respondente. Relativamente à última consulta ao dentista, 77,0% responderam ter sido há menos de 1 ano, sendo que 84,3% das consultas ocorreram em consultório particular. Os resultados evidenciaram ainda que, apesar de parcela significativa dos sujeitos da pesquisa (45,3%) ter referido algum grau de impacto das condições de saúde bucal em seu cotidiano, 88% deles consideraram sua saúde bucal entre excelente e boa, demonstrando falta de relação entre impacto e autopercepção de saúde bucal.

Palavras-Chave: Avaliação de Saúde Bucal. IODD. Autopercepção. Adolescentes.

ABSTRACT

The present investigation is a cross-sectional, observational study whose objectives are twofold: 1) to verify the impact of oral health on the lives of adolescents students (n=274), who attend the Federal Institute of Education, Science and Technology of Santa Catarina in Florianópolis; To examine the self concept of these students about their oral health, and characterize the main reasons they had for seeking oral assistance. It was used an instrument based on the "Oral Impact on Daily Performances". It consists in the evaluation of 8 daily activities that can be influenced by the oral conditions. Data were collected through the use of a questionnaire of 9 items. The activities that showed the highest impacts, due to the oral conditions of the sample were: cleaning the teeth (32,5%), smiling (27,0%) and eating (25,9%). The most important symptom mentioned by participants was dissatisfaction with appearance (25,2%), while the least important one was limitation of function (6,9%). With regard to the conception of their oral health, the majority of the subjects (87,9%), classified it somewhere between excellent and good. As for the satisfaction with teeth and mouth, 48,5% said to be satisfied. The most common reason for the last appointment with the dentist, mentioned by 60,5% of the participants was cleaning/prophylaxy. On the other hand, late illness was mentioned by only 1 respondent. Finally, in what concerns the time of their latest appointment with the dentist, 77,0% said it was less than one year ago; 34,2% said to have gone to the dentist 10 or more times in the last year; and 84,3% of the appointments were in private offices. The results also showed that, despite the fact that a significant part of the sample (45,3%) showed some degree of impact of oral health conditions in their day by day, 88% of them considered their oral health between excellent and good, showing a lack of relationship between impact and oral health self-concept.

Keywords: Oral Health Evaluation. OIDP. Self Concept. Adolescents.

LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS

Figura 1. Modelo de Locker.....	35
Figura 2. Arcabouço teórico dos impactos das doenças bucais.....	39
Gráfico 1. Distribuição dos IODD brutos, segundo frequências. Florianópolis, 2013.....	58

LISTA DE QUADRO E TABELAS

Quadro 1. Critérios de escores de frequência e severidade do IODD..	40
Tabela 1. Distribuição dos indivíduos, segundo variáveis sociodemográficas. Florianópolis, 2013.	53
Tabela 2. Distribuição dos indivíduos, segundo condição de acesso a serviços odontológicos, motivo e local da consulta no último ano. Florianópolis, 2013.	54
Tabela 3- Impacto Oral na qualidade de vida nos últimos seis meses segundo atividade envolvida, entre os entrevistados. Florianópolis, 2013.	57
Tabela 4. Sintoma principal e condição bucal, responsáveis pelo Impacto Oral no Desempenho Diário em cada atividade avaliada, segundo percepção da população estudada. Florianópolis, 2013.	59
Tabela 5. Distribuição dos indivíduos, segundo autopercepção de saúde bucal e satisfação em relação aos dentes e boca. Florianópolis, 2013.	62
Tabela 6. Distribuição dos indivíduos, segundo Impacto Oral na Qualidade de vida e condição demográfica e socioeconômica. Florianópolis, 2013.	64
Tabela 7. Frequência de IODD nos oito desempenhos, de acordo com o número de pessoas afetadas.	65
Tabela 8. Severidades de IODD nos oito desempenhos, de acordo com o número de pessoas afetadas.	65

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	21
2 OBJETIVOS	27
2.1 OBJETIVO GERAL	27
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	27
3 REVISÃO DE LITERATURA	29
3.1 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE ADOLESCÊNCIA E JUVENTUDE	29
3.2 SAÚDE BUCAL E OS CRITÉRIOS SUBJETIVOS DE MENSURAÇÃO	32
4 METODOLOGIA	47
4.1 TIPO DE PESQUISA	47
4.2 LOCAL DA PESQUISA	47
4.3 SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES	49
4.4 ASPECTOS ÉTICOS	50
4.5 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS	50
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	53
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	53
5.1.1 Acesso ao serviço	53
5.2 IMPACTO ORAL NOS DESEMPENHOS DIÁRIOS	57
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
REFERÊNCIAS	71
APÊNDICES	85
APÊNDICE A. INSTRUMENTO DE PESQUISA (ORIGINAL)	87
APÊNDICE B. INSTRUMENTO DE PESQUISA UTILIZADO	93
APÊNDICE C. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (1)	96

APÊNDICE D. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (2)	98
---	----

ANEXOS.....101

ANEXO A. DECLARAÇÃO (RESPONSÁVEL PELA INSTITUIÇÃO)	103
---	-----

ANEXO B. PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS (CEPESH)	104
---	-----

INTRODUÇÃO

A despeito da grande utilização das técnicas quantitativas nos trabalhos científicos, objetivando a verificação das condições de saúde das populações e os benefícios muitas vezes decorrentes destes trabalhos na implantação ou melhoria das políticas de saúde, alguns estudos têm-se ocupado também com a necessidade de uma abordagem voltada à busca dos elementos subjetivos que, em conjunto com os aspectos clínicos, produzem influências variadas no estado de saúde das pessoas. Os instrumentos de abordagem quantitativa leem e expressam as doenças numericamente, o que não é o suficiente para a compreensão das implicações do processo saúde-doença nos grupos populacionais. Neste sentido, surge a necessidade do emprego de métodos de investigação capazes de, através da subjetividade, identificar as condições entendidas como problemas de saúde bucal pelas pessoas. Assim sendo, poderemos entender melhor as repercussões destas condições nas vidas dos grupos populacionais, bem como suas expressões em incapacidades e deficiências.

No Brasil, particularmente, em função das inúmeras diferenças existentes entre populações de distintas regiões, dentre elas a escolaridade, a renda familiar e a ocupação, notam-se também diferenças nos padrões de saúde bucal das pessoas. Antunes e Narvai (2010), nos mostram que a literatura tem descrito e analisado as diferenças verificadas nos diversos estratos populacionais, particularmente em relação às questões socioeconômicas, raciais e de gênero, que têm influências nos indicadores de morbidade e mortalidade.

É preciso que os profissionais da saúde compreendam que as informações técnicas que possuem, julgadas por eles como capazes de eliminar a ignorância alheia, nem sempre são realmente relevantes (BOTAZZO, 2008, p.85), ou seja, as demandas das pessoas por assistência, nem sempre coincidem com nossos critérios técnicos de tratamento. Por conta disso, alguns segmentos da população ainda permanecem à margem de direitos básicos, dentre eles o direito ao acesso e ao uso dos serviços de assistência à saúde. Dentro desta lógica, o relatório final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal mostra que a exclusão social no Brasil reflete-se também nas condições de saúde

bucal da população e nas dificuldades de acesso aos serviços assistenciais, fazendo com que as más condições de vida de muitos brasileiros tenham também expressão em dentes e gengivas (BRASIL, 2004a, p.7).

É importante reconhecer que, ao longo das últimas décadas, este quadro tem sofrido alterações significativas, especialmente por conta dos avanços verificados nos programas voltados especificamente à atenção odontológica na rede pública, com destaque para o programa *Brasil Sorridente* (BRASIL, 2004b), política implementada pelo governo federal, com abrangência nacional. Dentro desta lógica, julgamos conveniente mencionar também a constante expansão dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), criados no ano de 2004, também como parte do programa *Brasil Sorridente*, referências para as equipes de saúde bucal da atenção básica (NARVAI; FRAZÃO, 2008a) e também os laboratórios regionais de prótese dentária (LRPD), em gradual expansão pelo território brasileiro (BRASIL, 2004b). Além disso, a fluoretação das águas de abastecimento, bem como o atendimento odontológico público através do Sistema Único de Saúde (SUS), modificaram a antiga lógica de assistência restrita ao grupo materno-infantil, principalmente os escolares (ANTUNES; NARVAI, 2010).

Em que pese a crescente oferta de serviços públicos de assistência odontológica em nosso país, convivemos ainda com um sistema de saúde segmentado, que tem na iniciativa privada, especialmente através de empresas de grande capital, conquistado cada vez mais espaço.

Entendemos que os princípios fundamentais do SUS poderão ser alcançados, a partir do momento em que a formulação das políticas públicas de saúde permita que as pessoas, através do melhor acesso aos serviços de assistência, sejam protagonistas nestes processos. Ao assumirem o papel de sujeitos capazes de transformar as decisões que envolvem as ações de cuidado, por certo aumentarão seu grau de satisfação e confiança em relação ao serviço, o que resultará em maior procura e qualificação da assistência.

Conhecer a realidade da população com a qual estamos trabalhando e, no mais das vezes, na qual estamos inseridos, mostra-se relevante, uma vez que desejamos que nossas ações venham efetivamente ao encontro das reais demandas desta população. Neste sentido, destacam-se os levantamentos epidemiológicos realizados no Brasil, em 2003 e 2010 (BRASIL, 2004c; 2011), que objetivaram conhecer as condições de saúde bucal da população e que, por sua abrangência, têm possibilitado a implantação de políticas de saúde bucal

com uma base concreta.

Os dados apresentados por estes estudos nos permitem uma aproximação maior à realidade, por espelharem os mais diferentes padrões de saúde bucal, oferecendo-nos, desta forma, subsídios ao enfrentamento dos problemas bucais mais prevalentes, dependendo das diferentes características que compõem a população.

Ao longo do tempo, o Brasil experimentou variados modelos de atenção à saúde, fortemente ligados aos cenários econômicos vigentes. Os modelos de atenção à saúde postos em prática em nosso país, no decorrer de sua história, tinham como principais características a verticalização e a centralidade das ações em políticas que visavam ao controle das doenças que pudessem ameaçar a economia do país, principalmente em relação às exportações das muitas riquezas que aqui foram produzidas. Foi a partir de 1988, com a criação do SUS, que esta realidade começou a se transformar, pela adoção de um modelo de saúde com caráter universalista, que por sua concepção deveria abranger a todos indistintamente. O advento do SUS abriu uma importante janela de oportunidades, para que a saúde bucal passasse a ser entendida como parte da saúde geral dos indivíduos, sob uma perspectiva constitucional, que a coloca como direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1990a).

A pesquisa SB Brasil 2003 (BRASIL, 2004c), mostra-nos dados da realidade brasileira que refletem este quadro de diferenciações nos padrões de saúde bucal, nas mais diferentes regiões brasileiras, como por exemplo os percentuais que mostram que os índices de cárie e perdas dentais, identificados como CPO-d (dentes permanentes cariados, perdidos e obturados) e ceo-d (dentes temporários cariados, com extração indicada e obturados), na faixa etária de 18 a 36 meses, nas idades de 5 e 12 anos e na faixa de 15 a 19 anos, são sempre superiores nas regiões norte e nordeste, em comparação com os índices apresentados pelas regiões sul e sudeste.

Sete anos após a conclusão deste, que foi o terceiro levantamento epidemiológico nacional de saúde bucal, houve a conclusão do projeto SB Brasil 2010 (BRASIL, 2011), realizado em 26 capitais, no Distrito Federal e em 150 municípios do interior do Brasil. A exemplo do levantamento anterior, este trabalho mostrou diferenças regionais, quanto à prevalência de dentes cariados, perdidos e obturados, revelando significativa desvantagem, principalmente das regiões norte e nordeste, em relação ao sul e sudeste. Como exemplo, temos que os índices de ceo-d e CPO-d médios, verificados nas regiões norte, nordeste e sul, para a faixa etária de 15 a 19 anos, foram de: 5,64; 4,53 e 4,01 respectivamente.

Segundo este mesmo inquérito epidemiológico, havia diferenças muito grandes, no tocante às médias dos números de dentes com experiência de cárie, entre crianças de 12 anos de idade e adolescentes de 15 a 19 anos. Para os primeiros, verificou-se uma média nacional de 2,7 dentes atingidos por cárie, enquanto para estes últimos, a média registrada foi de 4,25 dentes nesta situação. Estes dados, embora não possam ser analisados separadamente dos demais componentes econômicos e sociais, próprios dos agrupamentos em que vivem os indivíduos, nos mostram que o período da adolescência produz repercussões diversas nas vidas dos indivíduos, incluindo-se as questões relativas à saúde bucal. É importante destacar que a doença cárie acompanha ainda os indivíduos, na passagem da infância para a adolescência.

Em face da realidade vivida pela população brasileira, e desejando verificar em que medida o estado de saúde bucal produz influência no dia a dia das pessoas, é que desenvolvemos este trabalho de pesquisa, centrado nos alunos do Instituto Federal de Ciência e Tecnologia de Santa Catarina – IFSC - (Campus Florianópolis), situados na faixa etária de 15 a 19 anos. Entendemos que o desenvolvimento deste trabalho poderá, inclusive, orientar ações futuras no sentido do aprimoramento de nossas competências profissionais na instituição, aproximando-as das reais demandas de nossos estudantes.

Enquanto os profissionais da Odontologia ocupam-se dos exames clínicos, centrando sua atenção na presença de doença, os pacientes preocupam-se com os sintomas e com as implicações funcionais e sociais dela decorrentes, fazendo com que o exame clínico e a autopercepção coincidam, geralmente nas situações de dor e deficiência na estética (SILVA, 1999). É importante desenvolver outras formas de medir as percepções das pessoas, importando-nos com as experiências subjetivas destas, além de sua interpretação do processo saúde/doença (MIOTTO; BARCELLOS; VELTEN, 2012, p.398).

Rodrigues (2010, p.10), mostrando sintonia com este raciocínio, afirma:

[...] ao encararmos os problemas dos outros como de todos nós, visto que são problemas públicos, abrimos uma janela de oportunidades para que as políticas públicas que produzimos façam, de fato, diferença para a sociedade em que todos nós vivemos.

Visando à humanização das ações e serviços de saúde, é necessário que os trabalhadores, em conjunto com os usuários,

construam respostas às demandas destes últimos, fazendo deste processo algo além das consultas e atendimentos, produzindo assim conhecimento, responsabilização e autonomia em cada usuário (BRASIL, 2004d, p.3).

Entendemos que a produção do cuidado passa, necessariamente, pela identificação dos fatores implicados com o estado de saúde bucal dos indivíduos, que realmente produzem influências em suas vidas e em seus contatos sociais. Segundo Turato (2005), entender os fenômenos implicados com o processo saúde-doença é importante, dentre outros aspectos, para a melhora da relação profissional/ paciente/ família/ instituição, para a compreensão dos comportamentos dos doentes, de seus familiares e da própria equipe de saúde.

“Desejamos, pois, abandonar o modelo flexneriano de atenção à saúde, centrado na concepção biologicista das doenças, negando as determinações sociais da saúde [...] (ALMEIDA FILHO, 2010, p.2235)”, para adotar posturas profissionais pautadas pela visão do indivíduo inserido em um contexto social que não pode ser separado dos determinantes sociais e contextuais que o cercam, e que influenciam na sua condição de saúde ou de doença.

Prejuízos à fala, à mastigação e ao sorriso, atos necessários à vida dos indivíduos, bem como ao seu convívio social, devem merecer nossa atenção enquanto profissionais da saúde, especialmente se desejamos orientar nossas práticas às reais necessidades dos usuários de nosso serviço, procurando uma associação entre os componentes biológicos envolvidos nestes fenômenos e os fatores subjetivos, ou seja, aqueles que nos escapam à identificação, mas que, de igual maneira, causam problemas do ponto de vista psicossocial a estas pessoas.

É relevante que entendamos as implicações existentes entre a saúde bucal e a qualidade de vida das pessoas, até porque isto nos afasta da visão reducionista da Odontologia centrada unicamente em elementos dentais.

Conhecer o processo saúde/doença, por sua determinação social, é a tarefa que os profissionais de saúde devem hoje desenvolver, para que atuem em coerência com os conhecimentos que a ciência produziu até este momento. (BOTTAZO *et al.*, 1988, p.14).

Muitas vezes os indivíduos pesquisados relatam plena satisfação com sua saúde bucal, embora sejam verificados, nestas mesmas pessoas, através de critérios normativos, problemas diversos relacionados a perdas dentais, fraturas, próteses mal adaptadas, dentre tantos outros. Segundo Mello e Erdmann (2007), não se pode ligar o conceito de

doença apenas à presença de patologias bucais, uma vez que a maioria dos indivíduos idosos, por não possuírem elementos dentais, não as apresentam. Desta forma, poderiam ser considerados saudáveis.

As dúvidas que nos motivaram ao desafio desta pesquisa podem ser sintetizadas com a seguinte questão: **Que impacto tem a saúde bucal, no cotidiano dos estudantes adolescentes do IFSC ?**

As motivações que nos conduziram a este trabalho resultam da pequena quantidade de pesquisas desta natureza, encontradas na literatura, bem como dos últimos resultados mostrados pelo SB Brasil 2010 (BRASIL, 2011), registrando grande diferença no índice de CPO-d médio dos indivíduos adolescentes, quando comparados aos verificados nos indivíduos aos 12 anos de idade. Além disso, nos causou curiosidade ver o que aconteceria, caso desenvolvêssemos um trabalho semelhante de investigação na população com a qual vimos trabalhando, durante mais de duas décadas.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o impacto das condições de saúde bucal no cotidiano dos adolescentes estudantes do Instituto Federal de Santa Catarina (campus Florianópolis).

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer a autopercepção dos estudantes em relação à saúde bucal;
- Caracterizar as principais razões da procura por assistência odontológica.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE ADOLESCÊNCIA E JUVENTUDE

Em várias partes do mundo, a saúde bucal dos adolescentes em seus aspectos subjetivos, já foi objeto de estudos por parte de diversos autores, como: Gilbert (1994); Mac Gregor, Balding e Regis (1998); Watt (1997); Thomson, Locker e Poulton (2000). Em nosso país, trabalhos envolvendo adolescentes foram produzidos por alguns autores, como: Silva, Paixão e Pordeus (1997); Taminetti, Castilho e Paixão (1998) e Freire (1999).

A adolescência é uma etapa da existência, em que muitas transformações físicas, biológicas e psicológicas ocorrem, marcando a passagem para a vida adulta. Estas transformações têm também seus reflexos na saúde bucal, sendo, por isso, motivo de interesse em nossa pesquisa.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estabelece os limites cronológicos de 10 a 19 anos de idade para a adolescência. A Organização das Nações Unidas (ONU) situa os sujeitos dos 15 aos 24 anos de idade na classificação de jovens. Segundo Eisentein (2005, p.6), estes limites temporais são os mesmos adotados no Brasil, pelo Ministério da Saúde (MS).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) - lei nº 8069 (BRASIL, 1990b) - situa os adolescentes na faixa etária dos 12 aos 18 anos, prevendo para esta parcela da população uma variedade de direitos, incluindo também, em seu artigo 4º, a saúde. O estatuto traz para esta responsabilidade a família, a comunidade, a sociedade em geral e o poder público.

O governo federal vem, ao longo dos últimos anos, desenvolvendo políticas de saúde específicas aos adolescentes brasileiros, com destaque para a PENSE (Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar) desenvolvida pelo Ministério da Saúde (MS), em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), envolvendo alunos do 9º ano do ensino fundamental, de escolas públicas e particulares (BRASIL, 2012a), além do PSE (Programa Saúde na Escola), instituído pelo decreto nº 6.286/2007, visando à prevenção, à

promoção e à atenção a crianças, adolescentes e jovens do ensino público básico, no âmbito das escolas e unidades básicas de saúde, realizadas pelas equipes de saúde e de educação, de forma integrada.

Ademais, as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal recomendam, em relação ao grupo de crianças e adolescentes (6-18 anos), que se deva adaptar cada situação epidemiológica à atenção, e que os grupos de maior risco devem ser encaminhados à atenção curativa individual. Além disso, preceitua também a organização de fluxos para a garantia de atendimento aos adolescentes (BRASIL, 2004d).

É de grande importância que no processo de promoção da saúde na escola, seja dada atenção aos demais determinantes do processo saúde/doença, como os aspectos políticos, socioeconômicos, ambientais, familiares, dentre outros, além dos determinantes proximais deste processo. Promover saúde é mais do que prevenir doença (HALLAL, 2010).

No que se refere às condições de saúde bucal especificamente, o SB Brasil 2010 (BRASIL, 2011) revelou as seguintes médias de CPO-d em Florianópolis: aos 12 anos, 0,77 e, dos 15 aos 19 anos, 2,57. Isto merece de nossa parte estudos e reflexões, no sentido de uma aproximação aos fatores relacionados a estas diferenças.

O último censo do IBGE (IBGE, 2010) mostrou que o país tinha uma população total de 190.732.694 habitantes naquele ano. Muito embora este censo também tenha mostrado que a população brasileira encontra-se em fase de envelhecimento, há que se considerar que ainda somos um país, cuja população total conta com significativa quantidade de pessoas jovens (16.990.872 pessoas de 15 a 19 anos de idade), de acordo com aquele levantamento. Na mesma faixa etária, Santa Catarina tinha 545.405 pessoas, e Florianópolis, 32.532. Os dados apresentados nos mostram serem relevantes os estudos relacionados a esta população especificamente, considerando-se tanto o país em sua totalidade, como apenas o estado de Santa Catarina.

A OMS estabeleceu, em 1981, algumas metas a serem atingidas em saúde bucal, até o ano 2000 (NARVAI, 2002), dentre elas: “aos 18 anos de idade, 85% das pessoas deveriam apresentar todos os dentes irrompidos presentes”. Em relação a estas, o projeto SB Brasil 2003 (BRASIL, 2004c), mostrou que o melhor índice foi de 66,55%, relativo aos indivíduos com 18 anos de idade, que apresentavam todos os dentes presentes em boca, índice este registrado na região sul. Para esta idade, o pior índice (39,13%) foi registrado na região norte do país, ficando assim muito distante da meta preconizada pela OMS.

Durante a realização do 4º Congresso Mundial de Odontologia Preventiva, na Suécia, em 1993, novas metas para o ano de 2010 foram propostas pela OMS, no tocante à saúde bucal. Dentre elas, podemos destacar: 90% de pessoas sem cárie na idade de 5 a 6 anos; CPOD menor que 1 aos 12 anos de idade; aos 15 anos de idade, não mais que um sextante com Índice Periodontal Comunitário (IPC) 1 (sangramento observado diretamente ou com espelho, após sondagem), ou 2 (com cálculo em qualquer quantidade, mas com toda a área preta da sonda visível); não haver perda dental, aos 18 anos de idade, devido à cárie ou doença periodontal (NARVAI, 2002). O IPC verifica, através de exame clínico, além das situações de normalidade, a existência de sangramento, cálculo (depósitos sólidos) ou bolsa periodontal (BRASIL, 2000).

No tocante às metas para o ano 2010, o SB Brasil (BRASIL, 2011), mostrou números também distantes daqueles preconizados pela OMS, uma vez que a proporção do componente “perdido”, em relação ao ceo-d na idade de 5 anos, foi de 2,43% no Brasil, e de 2,49% na região sul. O CPO-d aos 12 anos foi de 2,07 no Brasil e 2,06 na região sul. Em relação ao IPC, verificou-se que na faixa etária de 15 a 19 anos, somente o sextante superior direito apresentou 11,5% e 3,7%, para sangramento (IPC 1) e cálculo (IPC 2) respectivamente. Em relação aos dentes perdidos, este levantamento evidenciou em Florianópolis, para a faixa etária de 15 a 19 anos, um CPO-d médio de 2,57, sendo que o componente “perdido” respondia por 7,0% deste índice.

O que se tem percebido, é que mesmo com os programas de saúde bucal voltados aos adolescentes, e com a melhoria no acesso aos serviços de saúde, estes indivíduos continuam sendo atingidos pelos agravos e doenças mais prevalentes em saúde bucal.

Dentro desta mesma faixa de idade, no que se refere à autopercepção de saúde bucal, é interessante notar no levantamento epidemiológico de 2003 (BRASIL, 2004c), que no quesito: “como você classifica sua saúde bucal”, apenas 5,86%, dos 977 indivíduos pesquisados, a classificaram como “ótima” e 44,58% como “boa”. No entanto, no item “de que forma a saúde bucal afeta o relacionamento”, 71,20%, dos 11.871 pesquisados, responderam que ela não tem nenhum efeito. Estes dados nos levam a entender que a grande maioria dos indivíduos pesquisados não atribuiu importância à saúde bucal em seus relacionamentos sociais.

Considera-se igualmente importante mencionar que, segundo os dados colhidos pelo SB Brasil 2010 (BRASIL, 2011), dentre os indivíduos pesquisados na faixa etária de 15 a 19 anos na região sul, 16,4% responderam estar insatisfeitos em relação a seus dentes e bocas.

Em relação à mensuração do impacto das condições bucais no dia a dia das pessoas, as atividades que mostraram maior importância foram: comer, escovar os dentes e sorrir, com 19,1%, 14,0% e 13,9% de impacto respectivamente.

Entender as nuances relacionadas à autopercepção de saúde bucal das pessoas, bem como o que isto representa em suas vidas, nos parece de grande importância, para que as ações voltadas à saúde bucal atinjam a eficácia e a efetividade delas desejadas.

Afora os determinantes mais distais do processo saúde/doença, como a escolaridade e as condições socioeconômicas, as percepções dos adolescentes, no tocante à saúde bucal nos parecem transitar por diferentes perspectivas de entendimento.

Desta forma, a ciência odontológica vem buscando, com o passar dos tempos, novas formas de entendimento destas, e de outras questões que fazem parte do dia a dia de todos os profissionais comprometidos com as mudanças propostas pelas diretrizes governamentais, mas, fundamentalmente, pelas necessidades sociais.

3.2 SAÚDE BUCAL E OS CRITÉRIOS SUBJETIVOS DE MENSURAÇÃO

A preocupação dos autores, em várias partes do mundo, com a criação de instrumentos capazes de identificar os aspectos subjetivos envolvidos com qualidade de vida relacionada à saúde, não é algo novo na literatura científica. Muitos trabalhos já se propuseram a este objetivo. Contudo, uma das grandes dificuldades enfrentadas por estes autores, ligava-se à confiabilidade de tais instrumentos, não apenas em relação aos conceitos relacionados à qualidade de vida, mas também à falta de metodologias capazes de, por sua abrangência, abarcar as dimensões psicológicas e sociais envolvidas no processo saúde/doença, além dos aspectos físicos bastante conhecidos (WHO, 1998).

Na década de 90, a OMS reuniu pesquisadores de várias partes do mundo, com o objetivo de desenvolver um instrumento de verificação dos aspectos relacionados à qualidade de vida em saúde, que pudesse ser aplicado transculturalmente. “Mais do que simplesmente criá-lo e traduzi-lo para outros idiomas, o objetivo foi desenvolvê-lo simultaneamente em várias culturas e línguas diferentes (WHO, 1998, p.1570, tradução nossa)”. Após discussões entre os pesquisadores dos diversos países envolvidos no trabalho, a OMS lançou o WHOQOL-

100, um instrumento amplo, composto por 100 itens de verificação, no qual a grande maioria dos estudos posteriores vem se baseando (WHO, 1998).

Além da ausência de problemas de ordem orgânica, os indivíduos necessitam de qualidade de vida para serem saudáveis. Sendo assim, outras dimensões precisam ser levadas em conta, quando se deseja mensurar saúde, o que resulta na procura por indicadores que possam medir a qualidade de vida em relação à saúde (CASTRO; PORTELA; LEÃO, 2007).

O relatório final da 1ª Conferência Nacional da Saúde Bucal (BRASIL, 1986), define a saúde bucal como algo mais amplo, além da estreita relação que mantém com a saúde geral das pessoas, relacionando-a a vários aspectos da vida dos indivíduos, como alimentação, moradia, trabalho, dentre outros.

Segundo Pires (2009, p.8) “esta definição aborda a saúde em termos positivos, ao tratá-la não pelo lado negativo de ausência de doença, mas encarando-a como sendo um estado positivo de bem estar”. Além disso, este conceito fala, pela primeira vez, das áreas mental e social, indo além do conceito biologicista de saúde, ao incluir outros mais abrangentes.

A mensuração, através de critérios subjetivos, das condições de saúde dos indivíduos, tanto em relação à saúde geral, quanto em relação à saúde bucal, deve merecer, por parte de profissionais e pesquisadores da área da saúde, a devida atenção na busca por romper com o distanciamento que ainda persiste entre as necessidades e demandas da população e as práticas profissionais. “Pesquisas focadas na percepção de saúde e na capacidade das pessoas em lidar com os problemas físicos e sociais, podem ajudar na investigação dos impactos na condição de saúde dos indivíduos”. (LACERDA, 2005, p. 153).

Chen e Hunter (1996 apud PERES *et al.*, 2003), afirmam que os padrões de saúde bucal vêm sendo medidos através de parâmetros epidemiológicos e clínicos, representando, desta forma, somente a visão normativa dos profissionais, sem que seja dada importância às dimensões sociais da saúde bucal, bem como ao efetivo impacto destas condições na vida do indivíduo.

Afora estes aspectos, é importante conhecer o que representa “qualidade de vida” para as pessoas. A Organização Mundial de Saúde (WHO, 1997, p.1, tradução nossa) a conceitua como sendo: “a percepção do indivíduo, acerca de sua posição na vida, de acordo com o contexto cultural e os sistemas de valores nos quais está inserido, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

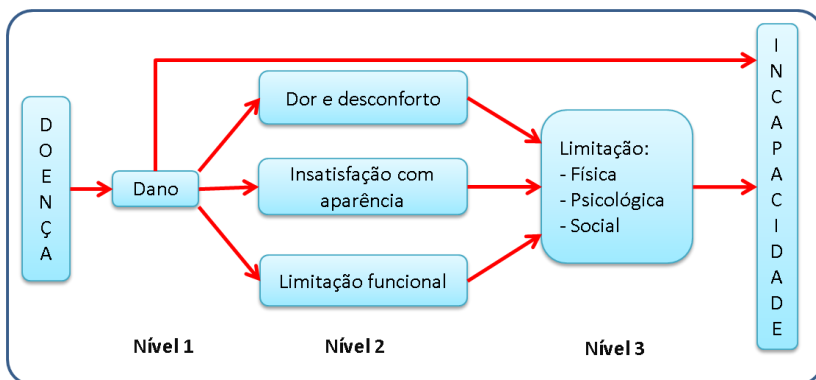
Por força da quebra do paradigma médico, tradicionalmente utilizado como modelo de atenção à saúde, e largamente aceito pela comunidade científica, verificamos a abertura de espaços para a expressão das necessidades em saúde, por seu caráter psicossocial.

Locker (1988) adaptou os conceitos da Classificação Internacional de Comprometimentos, Incapacidades e Deficiências da OMS, para aplicação na Odontologia, da seguinte forma:

1. Deficiência: é a perda ou anomalia de função mental, física ou bioquímica, presente ao nascimento ou provocada por doença ou injúria, como ausência de dentes, perda de aderência periodontal ou má-oclusão. Toda patologia está associada com deficiência, embora nem toda deficiência acarrete limitações funcionais;
2. Limitação funcional: é a restrição na função costumeiramente esperada do corpo ou seu órgão ou sistema componente, tal como a limitação de mobilidade da mandíbula;
3. Incapacidade: é qualquer limitação ou falta de capacidade em realizar tarefas socialmente definidas e desempenhar papéis normalmente esperados dos indivíduos (POPE; TARLOV, 1991);
4. Desvantagem: refere-se a efeitos sociais mais amplos, e define-se como desvantagem vivenciada por indivíduos deficientes ou incapacitados, porque não agem de conformidade com as expectativas da sociedade ou de grupos sociais a que pertencem. É a desvantagem ou restrição vivida pelos indivíduos em sua vida pessoal ou social, consequente da incapacidade ou deficiência [...].

A figura 1 mostra, de forma esquemática, a adaptação, feita por Locker, do modelo da OMS, para uso em Odontologia.

Desta forma, o autor mostra que as doenças bucais podem afetar as pessoas de diferentes formas e em diferentes níveis de complexidade, ou seja, desde a simples presença do dano (comprometimento), até as limitações físicas, psicológicas e sociais, expressadas pelo rompimento das funções sociais normais dos indivíduos. Isto vem reforçar a necessidade do uso de mecanismos capazes de buscar, na subjetividade, a identificação das relações que cada pessoa estabelece entre seu estado de saúde bucal e necessidade de tratamento, ou seja, buscar-se a compreensão dos mecanismos psicossociais envolvidos nestas questões.

Figura 1. Modelo de Locker.

Fonte: Adaptação da Classificação de Incapacidades e Deficiências da OMS (LOCKER, 1988).

Na relação profissional/paciente há elementos importantes, além daqueles de cunho estritamente biológico, que devemos observar. A pessoa que procura por atendimento, algumas vezes o faz, não pela doença, mas sim por alguma carência ou por sentir-se necessitada. As lesões de cárie nem sempre são as mais importantes no preenchimento do odontograma (BOTAZZO, 2008).

Mesmo a despeito da constatação de um problema de saúde, bem como de sua importância no tratamento, não é registrada a relação direta entre este problema e a busca por tratamento. (HANNAY, 1980, p.551).

Isto nos mostra novamente a existência de outras condições, além daquelas constatadas pelos profissionais de saúde, que motivam as pessoas a buscarem, ou não, a solução para seus problemas de saúde.

Apesar da disponibilidade de uma grande quantidade de informações, como no caso dos malefícios produzidos pelo tabagismo, obesidade e sedentarismo, não se têm verificado modificações nos hábitos da população. Em relação aos adolescentes, em função das peculiaridades desta fase da vida, este excesso de informações pode até mesmo servir como estímulo a práticas consideradas “erradas” (HALLAL, 2010).

Os pensamentos destes autores parecem convergir para a conclusão de que os critérios normativos de necessidades de tratamento odontológico precisam, necessariamente, ser complementados pelo uso de indicadores baseados na subjetividade dos sujeitos que procuram por

esses serviços, sob pena de produzirem-se ações de boa intencionalidade, porém insuficientes em termos de resultados práticos, tanto no planejamento, como na execução de ações de promoção de saúde bucal.

Bergner *et al.*, (1976 apud REISINE, 1994), em uma das primeiras tentativas de desenvolvimento de uma medida de *status* de saúde baseada em comportamento, desenvolveram o *Sickness Impact Profile (SIP)* ou Perfil dos Impactos das Doenças, oferecendo assim os fundamentos conceituais e metodológicos para inúmeras medidas usadas nas pesquisas atuais.

Cushing, Sheiham e Maizels (1986) indicaram a necessidade de estudar o impacto da saúde bucal nas vidas dos indivíduos, como uma alternativa ao uso de critérios unicamente objetivos de análise das condições de saúde bucal. Foi em função de uma insatisfação com as medidas comuns de saúde, que falharam em avaliar a incorporação dos impactos das doenças no bem estar das pessoas, que os autores desenvolveram um instrumento chamado *The Social Impact of Dental Disease (SIDD)*, ou O Impacto Social da Doença Dental (SHEIHAM; CUSHING; MAIZELS, 1997). Segundo Lacerda *et al.*, (2009, p.149): “Para estes autores, era necessário incluir dimensões como bem estar, ausência de dor e desconforto e a adequada função física e social, do ponto de vista dos indivíduos”.

Atchison e Dolan (1990) desenvolveram um instrumento denominado *Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI)*, ou Índice de Avaliação da Saúde Bucal Geriátrica, que objetiva avaliar o impacto das condições bucais em idosos, mas que tem sido utilizado em populações adultas, de várias idades, com a mesma finalidade. Traduzido para vários idiomas, como francês, chinês, e alemão, este instrumento sedimentou-se nas pesquisas de qualidade de vida em saúde bucal, entre os idosos, segundo Hassel *et al.*, (2008, p.34).

Através de uma revisão de literatura, e também por consultas a prestadores de planos de saúde e pacientes, Atchison e Dolan desenvolveram um instrumento piloto. Inicialmente, o GOHAI foi testado em uma amostra de conveniência, composta por 87 idosos. A seguir, o instrumento revisado foi administrado a uma amostra de 1755 usuários de planos de saúde, na cidade de Los Angeles. A intenção dos autores foi contemplar, neste instrumento, as dimensões físicas e psicossociais, bem como as questões relativas à dor e desconforto (ATCHISON, 1997, p.72).

Leake (1990) desenvolveu um estudo para testar um outro índice “*Index of Chewing Ability*”, ou Índice de Capacidade Mastigatória, em Ontário no Canadá. “Este índice possui *scores* que vão de 0 a 5,

baseados na capacidade autorreportada dos indivíduos, em relação à mastigação de cinco diferentes tipos de comida (LEAKE, 1990, tradução nossa)”.

Slade e Spencer, em 1994, tomando por base uma adaptação da classificação de Comprometimentos, Incapacidades e Deficiências da OMS, feita por Locker (1988), criaram o *Oral Health Impact Profile (OHIP)*, ou Perfil do Impacto da Saúde Bucal. Este índice foi desenvolvido com a finalidade de oferecer uma medida abrangente de disfunção, desconforto e incapacidade autopercebidas. No modelo da OMS, os impactos estão agrupados linearmente, de forma a moverem-se entre os níveis de análise biológica, sociocomportamental e social. Slade e Spencer produziram esta adaptação, propondo sete dimensões de impacto da condição bucal. Cada uma das sete dimensões na escala original foi avaliada, a partir de perguntas sobre o tipo de problema experimentado, perfazendo um total de 49 questões. Uma versão encurtada do índice -OHIP 14- foi desenvolvida mais tarde, baseada num subgrupo de duas questões para cada uma das sete dimensões (SLADE; SPENCER, 1994).

Locker e Miller, em 1994, criaram o *Subjective Oral Health Status Indicators (SOHSI)*, ou Indicadores Subjetivos do Estado de Saúde Bucal. Este instrumento foi desenvolvido no Canadá, com o objetivo de descrever as implicações funcionais, sociais e psicológicas das desordens e condições bucais (LOCKER, 1997).

Leão e Sheiham, em 1996, criaram uma medida sócio-odontológica, chamada *The Dental Impact on Daily Living*, composta pela avaliação de cinco dimensões de qualidade de vida: conforto (relativo a queixas como sangramento gengival e trituração de alimentos); aparência, relacionada à autoimagem; dor; desempenho, a habilidade para desenvolver tarefas diárias e interagir com pessoas; restrições alimentares, relacionadas à mordida e mastigação. Este instrumento é composto por um questionário de 36 itens que verificam o impacto da saúde bucal na vida diária, e uma escala que é uma representação gráfica de um método desenvolvido para verificar a importância que as pessoas respondentes atribuem às diferentes dimensões envolvidas (LEÃO; SHEIHAM, 1997).

Kressin (1991) desenvolveu o *Oral Health Related Quality of Life (OHQOL)*, tendo como base instrumentos já existentes para este fim, como: SIDD, GOHAI e outros. Três itens foram incluídos, relacionados aos possíveis efeitos de doença bucal: os problemas com seus dentes ou gengivas têm: (A) afetado suas atividades diárias, como trabalho e lazer? (B) Afetado suas atividades sociais com familiares,

amigos e colegas de trabalho? (C) Feito você evitar conversas com outras pessoas, por causa de sua aparência? As respostas a cada um dos itens foram agrupadas em *escores* variando de “todo o tempo” até “em nenhuma ocasião” (KRESSIN, 1997).

Strauss, na década de noventa, desenvolveu o *Dental Impact Profile (DIP)*, ou Perfil do Impacto Odontológico, um instrumento para responder à seguinte questão: Quanto os dentes e a boca importam nas vidas das pessoas? Este instrumento compõe-se de uma pergunta chave: Você acha que seus dentes ou dentaduras têm um bom efeito (positivo), um mau efeito (negativo) ou nenhum efeito, em 25 itens dispostos logo na sequência. As respostas têm três opções: (A) bom efeito; (B) efeito ruim e (C) nenhum efeito (STRAUSS, 1997).

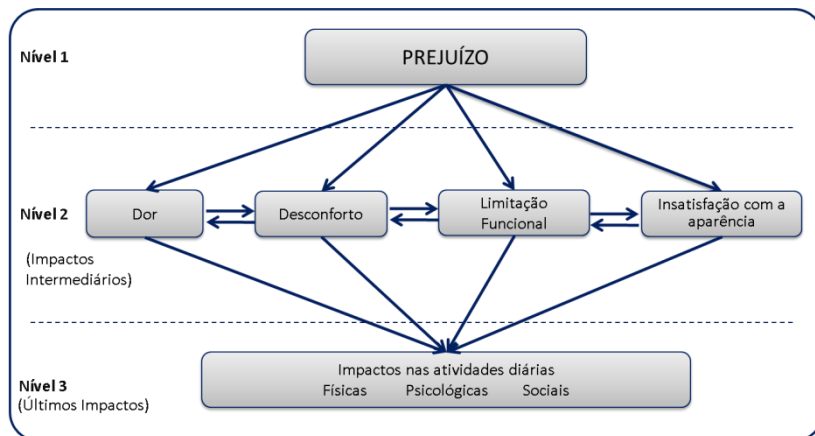
Petersen *et al.*, (2007) desenvolveram uma pesquisa transversal, com 2662 adolescentes chineses, de oito capitais diferentes, utilizando um questionário estruturado desenvolvido pela OMS, chamado *Programa Global de Saúde Bucal*, no qual 14 condições são investigadas, tais como: autopercepção de saúde geral, autopercepção de saúde bucal, práticas de higiene bucal, dentre outros.

Adulyanon e Sheiham (1997) criaram o *Oral Impacts on Daily Performances (OIDP)*, ou Impactos Bucais nos Desempenhos Diários (IODD). Este instrumento tem a finalidade de oferecer um indicador sociodental alternativo, focado na mensuração dos impactos orais mais importantes, tais como mastigar, falar, sorrir e outros, nas habilidades das pessoas para desenvolverem atividades diárias.

O arcabouço teórico do IODD baseia-se na classificação de Comprometimentos, Incapacidades e Deficiências da OMS, proposta em 1980, e adaptada por Locker em 1988, para uso na Odontologia. A principal modificação foi o estabelecimento de diferentes níveis de consequência das variáveis do instrumento. O primeiro nível se refere ao *status* bucal, segundo os critérios clínicos normativos. O segundo nível, dos “impactos intermediários”, inclui os possíveis primeiros impactos negativos, causados pelo *status* bucal (dor, desconforto e limitação funcional). A insatisfação com a aparência foi incluída neste nível, desde que os trabalhos mostraram sua importância em seus resultados. Some-se a isto o fato de que a limitação funcional pode causar dor, desconforto ou insatisfação com a aparência, e vice versa. O último nível representa os impactos na habilidade para desenvolver atividades diárias, que consistem em desempenhos físicos, psicológicos e sociais. Qualquer uma das dimensões do segundo nível pode produzir impacto na habilidade de desempenho. O terceiro nível é equivalente às dimensões de Incapacidades e Deficiências do modelo da OMS.

(ADULYANON; SHEIHAM, 1997). A figura 2 mostra o modelo, com os três níveis de impactos propostos pelos autores.

Figura 2. Arcabouço teórico dos impactos das doenças bucais.



Fonte: Modificação feita a partir da Classificação Internacional de comprometimentos, Incapacidade e Deficiências da OMS. Adaptação de Locker (1988).

O IODD, instrumento encontrado em maiores detalhes nos Apêndices A e B deste trabalho, tem seu principal foco na mensuração dos impactos do nível três, o que traz quatro vantagens principais:

1. Torna o instrumento mais conciso e abrange as consequências principais;
2. Ajuda a evitar ou reduzir o superdimensionamento, pela repetição de *scores* dos mesmos impactos, em cada um dos três níveis;
3. Somente os impactos significativos são registrados, eliminando as condições menores, as quais não causam influência no desempenho diário;
4. É menos difícil medir os impactos comportamentais, em termos de desempenho de atividades diárias, como comer e falar, por exemplo, do que dimensões baseadas em sentidos, como desconforto e incômodo. (ADULYANON; SHEIHAM, 1997).

Os nove desempenhos físicos, psicológicos e sociais foram desenvolvidos a partir da Tabela de Comparação de Índices de Inabilidades (MC DOWELL, 2006), bem como a partir de vários outros indicadores médicos e odontológicos, objetivando a validação de seus conteúdos. O desempenho “fazer atividades físicas leves”, foi considerado redundante e excludente, sendo, devido a isto, removido do modelo. Desta forma, a versão final do IODD consiste em oito desempenhos diários, a saber:

- a) Comer e apreciar a comida;
- b) Falar e pronunciar com clareza;
- c) Higienizar os dentes;
- d) Dormir e relaxar;
- e) Sorrir, dar risadas e mostrar os dentes sem ficar envergonhado;
- f) Manter um estado emocional normal, sem ficar irritado;
- g) Desempenhar o trabalho principal ou o papel social;
- h) Gostar de ter contato com as pessoas.

Quadro 1. Critérios de escores de frequência e severidade do IODD.

Frequência	Severidade
Nenhuma vez nos últimos 6 meses	0
Menos de uma vez por mês ou intervalo de até cinco dias no total	1
Em torno de uma vez por semana, ou intervalo de até 15 dias no total	2
Em torno de duas vezes por semana, ou intervalo de até 30 dias no total	3
Três a quatro vezes por semana, ou intervalo de até 3 meses no total	4
Todo ou quase todo dia, ou intervalo de mais de 3 meses no total	5

Fonte: Sheiham (2000).

Em relação à quantificação do IODD, o escore que representa o total do impacto em cada desempenho é calculado pela multiplicação dos *escores* de frequência e severidade. O escore total é a soma de todos os *escores* de desempenhos para o indivíduo. Então, divide-se a soma pelo máximo escore possível (8 desempenhos x 5 escores de frequência x 5 *escores* de severidade = 200), multiplicando-se este resultado por 100, ter-se-á o escore percentual (ADULYANON; SHEIHAM, 1997).

É importante mencionar que vários estudos têm mostrado, especialmente entre pessoas idosas, um desencontro entre o estado bucal, medido pelos índices normativos mais comuns – CPO e IPC – e a satisfação dessas pessoas (MELLO; ERDMANN, 2007; LOPES, 2011; MENDONÇA *et al.*, 2010).

A aplicação do IODD visa, justamente, articular as condições de saúde bucal dos indivíduos com as dimensões que escapam ao domínio das abordagens em saúde, as quais têm nos aspectos normativos seu enfoque principal. Esta abordagem apresenta algumas falhas, que têm contribuído para o insucesso de muitas políticas de saúde bucal, como nos dizem Narvai e Frazão (2008b), centradas no caráter biomédico das doenças.

Sheiham (2000, p.226) afirma que conhecer a média de dentes cariados, restaurados ou perdidos de uma determinada população tem pouco significado em relação às necessidades de tratamento, fato reconhecido inclusive pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Gomes e Abegg (2007) realizaram estudo transversal, examinando uma amostra de 276 funcionários do Departamento Municipal de Limpeza Urbana de Porto Alegre, na faixa etária de 35 a 44 anos, no ano de 2005. Utilizando o IODD, concluíram, ao final do trabalho, que dos 276 indivíduos examinados, 203 deles (73,6%), relataram pelo menos um desempenho ou atividade diária afetada por problemas odontológicos, nos últimos seis meses.

Castro *et al.*, (2008) desenvolveram trabalho de adaptação transcultural da versão do IODD para crianças (Child IODD), através de uma pesquisa nas cidades do Rio de Janeiro e Belo Horizonte, utilizando uma amostra de 342 estudantes, na faixa etária de 11 a 14 anos, de escolas públicas destas cidades. Após a realização de todas as etapas necessárias, concluíram que o Child IODD é uma medida de qualidade de vida relacionada à saúde bucal que pode ser utilizada em crianças brasileiras.

Para a população adulta (50-74 anos), Abegg *et al.*, (2013) realizaram um trabalho de adaptação transcultural e avaliação das propriedades psicométricas do instrumento, na cidade de Porto Alegre. Este trabalho de adaptação foi realizado através de entrevistas com pequenos grupos; estudos-piloto (com 50 pessoas em cada um), e através de um estudo principal, envolvendo 200 pessoas de 50 anos de idade ou mais. Os dados foram colhidos por meio de entrevistas realizadas por três entrevistadores treinados, em três diferentes centros de saúde especializados em assistência médica para adultos e pessoas mais velhas.

Cimões; Milhomens Filho e Gusmão (2003), produziram trabalho de pesquisa para avaliar o impacto das condições periodontais no desempenho de atividades diárias, com 59 pacientes em tratamento periodontal, no estado de Pernambuco. Para a avaliação do impacto, utilizaram o IODD. Concluíram que o impacto das condições periodontais foi baixo para a amostra avaliada, assim como também foram baixas a frequência e a severidade.

Ungericht (2006), ao aplicar o IODD em uma amostra de 92 idosos, no município de Camboriú em Santa Catarina, verificou que o impacto da saúde bucal no cotidiano da população estudada mostrou-se maior quando havia presença de dentes naturais, ao mesmo tempo em que esta população denotou conformismo com sua situação bucal, estabelecendo relação desta com a idade.

Cortes; Marcenos e Sheiham (2002) desenvolveram pesquisa com 204 crianças de 12 a 14 anos de idade, com a finalidade de verificar as diferenças de impacto no cotidiano daquelas que possuíam dentes com fraturas não tratadas, envolvendo tecido dentinário, e aquelas cujos dentes não apresentavam qualquer tipo de lesão. Através da aplicação do IODD, concluíram que as crianças vítimas de traumatismo apresentavam até 20 vezes mais chances de reportar qualquer impacto em suas vidas diárias, comparativamente àquelas livres de injúrias traumáticas.

Krisdapong *et al.*, (2012), trabalharam com 871 adolescentes, de 15 anos de idade, na Tailândia, objetivando verificar a associação entre as doenças bucais e a condição específica de qualidade de vida associada à saúde bucal daquela população estudada. Os autores, usando a versão tailandesa do IODD, concluíram que 39% dos participantes do estudo relataram impactos bucais de graus moderado e elevado. A probabilidade de reportar um impacto bucal de grau moderado/elevado dos adolescentes que apresentavam um dente cariado e aqueles com quatro ou mais, foi 3 a 7 vezes maior, respectivamente, quando comparada à dos adolescentes sem dentes cariados.

Jorge (2004) desenvolveu estudo caso-controle para avaliar o impacto da fratura de esmalte/dentina tratada, sobre as atividades diárias dos adolescentes atendidos no Programa de Atendimento aos Pacientes Traumatizados, da disciplina de Odontopediatria da UFSC. A amostra final somou 200 adolescentes de 11 a 17 anos de idade, divididos entre grupo caso e grupo controle. A variável “impacto” foi avaliada através do IODD. Os resultados mostraram uma prevalência de impacto da ordem de 40% nos casos e de 16,9% nos controles.

Peres *et al.*, (2009), como complementação de uma coorte

iniciada em 1982, desenvolveram estudo com 339 adolescentes, pertencentes à amostra inicial do mesmo estudo. Com o emprego do IODD para a verificação dos impactos da saúde bucal nas vidas daqueles adolescentes, verificaram, dentre muitos outros aspectos, que quanto menor era o grau de escolaridade das mães, maiores eram os *escores* do IODD. A atividade diária mais comumente afetada foi “comer”, com 44,8%, seguida por “limpar a boca” e “sorrir”, com 15,6% e 15,0% respectivamente.

A pesquisa SB Brasil 2010 (BRASIL, 2011), utilizando o IODD como instrumento de mensuração do impacto das condições de saúde bucal sobre o dia a dia dos adolescentes brasileiros evidenciou, na região sul, que na faixa etária de 15 a 19 anos as atividades de maior impacto foram: comer, escovar os dentes e sorrir, com percentuais 19,1%, 14,0% e 13,9% respectivamente. Para esta mesma faixa de idade, no que se refere ao Brasil, a maior diferença encontrada foi que a atividade verificada com o terceiro maior impacto foi “manter o estado emocional”, registrando um percentual de 14,6%.

Soares (2011) realizou trabalho de pesquisa com 356 indivíduos, com idades entre 15 e 19 anos, objetivando investigar a relação existente entre a presença e a severidade das oclusopatias e suas respectivas necessidades de tratamento, e o impacto na qualidade de vida de adolescentes, das redes pública e privada do município de Macaíba (RN). Para a mensuração dos impactos na qualidade de vida dos sujeitos investigados, a autora utilizou o OIDP. Observou que a oclusopatia impacta na qualidade de vida dos adolescentes estudados, sendo que o desempenho de maior impacto foi “sorrir”, seguido pelo status emocional e pela atividade “comer”. A pesquisa evidenciou ainda que alunos de escolas públicas e com necessidade severa ou moderada de tratamento ortodôntico, quando avaliados por índices específicos (DHC e IOTN), tiveram maior número de performances afetadas.

Gois (2011), utilizando o IODD, verificou o impacto das condições de saúde bucal em indivíduos portadores de fissuras lábiopalatinas, na faixa etária de 5 a 18 anos, em tratamento ambulatorial na Sociedade Especializada no Atendimento ao Fissurado do Estado do Sergipe. O estudo objetivou, através do IODD, verificar as percepções dos pais destes indivíduos, nos períodos anterior e posterior ao tratamento cirúrgico para correção das fissuras. O autor verificou, ao final do estudo, que a proporção de familiares que referiram comprometimento em, pelo menos, uma atividade diária do paciente, antes da primeira cirurgia corretiva, foi de 96,7%, sendo as dimensões físicas as mais afetadas, em detrimento das sociais e psicológicas. Os

atos de “falar” e “comer” registraram 76,7% e 73,3% de impacto, respectivamente.

Bernabé *et al.*, (2008), realizaram estudo caso-controle, utilizando uma amostra de 837 adolescentes brasileiros, com 15 e 16 anos de idade, estudantes de escolas secundárias da cidade de Bauru (SP), objetivando a verificação do impacto do tratamento ortodôntico na qualidade de vida daqueles sujeitos. Através da aplicação do OIDP, concluíram que os adolescentes com história de tratamento ortodôntico estavam menos sujeitos a impactos físicos, sociais e psicológicos em seus desempenhos diários relacionados à maloclusão, em comparação àqueles que não haviam se submetido à correção ortodôntica.

Bernabé; Oliveira e Sheiham (2008), através de uma amostra de 200 adolescentes de 16 e 17 anos de idade, em Londres, realizaram estudo objetivando comparar um instrumento genérico de qualidade de vida relacionada à saúde bucal (OHRQoL), o OHIP-14, e outro instrumento específico, o CS-OIDP, na mensuração dos impactos relacionados à maloclusão, nos adolescentes com e sem necessidades normativas de tratamento ortodôntico. Os autores concluíram que o CS-OIDP atribuído à maloclusão foi melhor do que o OHIP-14, na discriminação entre adolescentes com e sem necessidades normativas de tratamento ortodôntico.

Astrom e Okullo (2003), trabalhando com 1146 adolescentes frequentadores de escolas secundárias em Kampala (Uganda), examinaram a confiabilidade e validade de uma versão abreviada do OIDP e analisaram a inter-relação entre os *scores* do índice, as características socioeconômicas e o status de saúde bucal da população investigada. Concluíram que os *scores* de frequência do OIDP tiveram propriedades psicométricas aceitáveis, para uso entre os adolescentes do país.

Traebert (2004), trabalhando com uma amostra de 414 indivíduos, em Florianópolis, realizou trabalho de pesquisa para estimar o impacto das oclusopatias na qualidade de vida destas pessoas, utilizando como instrumento de mensuração o OIDP. A autora concluiu que as oclusopatias causam algum impacto na qualidade de vida, especialmente em relação à insatisfação com a aparência.

Orestes *et al.*, (2005), utilizando o IODD, trabalharam com uma amostra de 105 indivíduos, na faixa etária entre 6 e 23 anos, em Pernambuco, com o objetivo de avaliar a qualidade de vida em relação à saúde bucal destas pessoas, todas portadoras de fissuras labiopalatinas. Os resultados obtidos mostraram que as fissuras provocam alto impacto, sendo que o IODD registrou pontuações de 80% a 100% em 74,3% dos

componentes da amostra.

Góes (2001), trabalhando com uma amostra de adolescentes brasileiros de 14 a 15 anos de idade, realizou estudo transversal objetivando avaliar a prevalência e a severidade da odontalgia no cotidiano destas pessoas e de suas famílias. Os autores verificaram a presença de impactos significativos nos adolescentes pesquisados e em suas famílias, em função da dor de origem dental. Encontraram também maiores impactos entre os sujeitos de pesquisa do sexo feminino, em relação aos do sexo masculino. Verificaram ainda que os impactos foram maiores nos sujeitos em pior situação socioeconômica.

Lucena (2004) produziu estudo para verificar o impacto das disfunções temporomandibulares (DTM) na qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Para tanto, trabalhou com amostra de indivíduos de 18 a 65 anos de idade, utilizando o IODD para a verificação destes impactos. Concluiu que a DTM interferiu negativamente na qualidade de vida dos sujeitos avaliados, sendo que o impacto mostrou relação com o grau de severidade dos fatores psicológicos e psicossociais envolvidos no processo.

Crosato; Biazevic e Crosato (2005) desenvolveram pesquisa com crianças em idade escolar, na cidade de Pinheiro Preto, em Santa Catarina, com o objetivo de verificar a prevalência e a severidade da fluorose dental e suas possíveis associações com a qualidade de vida destas pessoas. Utilizando o IODD, concluíram que os poucos e questionáveis casos que apareceram não produziram influência na qualidade de vida das pessoas componentes da amostra.

Mashoto *et al.*, (2009), realizando estudo transversal com 1745 estudantes com média de idade de 13 anos, de Kilwa (Tanzânia), um local carente de serviços odontológicos e com pouca concentração de águas de abastecimento fluoretadas, utilizaram a versão do OIDP para crianças, objetivando verificar a prevalência de odontalgia e os impactos nos desempenhos diários, bem como descrever a distribuição do OIDP por níveis sociodemográficos, cárie dental, odontalgias e problemas orais reportados. Concluíram que substancial parcela da população estudada sofria por cáries não tratadas, impactos orais nas atividades diárias e necessidades percebidas de tratamento odontológico.

Machale *et al.*, (2012), utilizaram o OIDP objetivando avaliar, dentre outras questões, a prevalência de impactos bucais e a influência da gravidade da maloclusão na qualidade de vida de indivíduos em tratamento com aparelhos ortodônticos fixos. Os autores examinaram 130 pessoas, na faixa etária de 14 a 22 anos. O estudo mostrou uma prevalência de impactos orais de 86,92%, sendo que 55,35% dos

participantes da amostra apresentaram um impacto em três ou mais desempenhos diários. As atividades de maior impacto foram: comer, contato social, limpar os dentes e falar, com 78,46%, 51,53%, 45,38% e 40,76%, respectivamente.

Mbawalla; Masalu e Åstrøm (2010) produziram trabalho de pesquisa, no norte da Tanzânia, com uma amostra de 2412 estudantes com média de idade de 15,2 anos, objetivando verificar, além de outros aspectos, as relações existentes entre estado de saúde bucal, status socioeconômico e os impactos destas condições nas atividades diárias destes sujeitos. Através da utilização do OIDP, verificaram que 48,2% dos participantes da amostra apresentaram algum impacto em suas atividades diárias, frente a tais condições.

Yiengprugsawan *et al.*, (2011), como parte de um estudo de coorte desenvolvido na Tailândia, com uma amostra de 87.134 indivíduos adultos, utilizando o OIDP como instrumento de verificação da qualidade de vida relacionada à saúde bucal, encontraram impactos significativos entre os indivíduos pesquisados, sendo que os maiores percentuais de impacto encontrados no grupo de participantes de 15 a 29 anos de idade, foram: contato social, mastigação e dor, com 12,6%, 12,2% e 11,4%, respectivamente.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo descritivo transversal, de abordagem quantitativa. Estes trabalhos,

[...] são aqueles em que se faz apenas uma coleta de dados num determinado momento; são estudos pontuais sem acompanhamento dos indivíduos e dos parâmetros em estudo. Apresentam como principais pontos favoráveis a rapidez e o baixo custo. (SUSIN; ROSING, 1999, p.44-45).

Objetivando minimizar possíveis dificuldades, no tocante à compreensão das perguntas componentes do questionário aplicado na pesquisa, realizamos um pré-teste, envolvendo 30 estudantes da própria instituição. Aplicamos a estes sujeitos o questionário completo, com as 9 perguntas que foram utilizadas mais tarde, na coleta definitiva dos dados. Escolhemos estas pessoas, em função de estarem inseridas na faixa etária dos sujeitos da amostra. Após a realização do pré-teste, verificamos pequenos detalhes da escrita de algumas questões, as quais sofreram modificações, facilitando assim a compreensão dos demais respondentes.

Os questionários foram fornecidos aos participantes, de forma pessoal pelo pesquisador. É importante mencionar que todos os sujeitos participantes do pré-teste assinaram o Termo de Consentimento livre e esclarecido (apêndices C e D). As perguntas respondidas compreenderam duas etapas distintas, que serão detalhadas adiante.

4.2 LOCAL DA PESQUISA.

A coleta de dados foi realizada no Instituto Federal de Ciência e Tecnologia de Santa Catarina (IFSC) - Campus Florianópolis – instituição de ensino federal, vinculada ao Ministério da Educação (MEC), por meio da Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica (SETEC). Sua sede localiza-se no centro de Florianópolis e possui

autonomia administrativa, patrimonial, financeira, didático-pedagógica e disciplinar. A autorização para o procedimento de coleta de dados nos foi concedida pelo Diretor Geral da instituição (Anexo A).

A missão do IF-SC é desenvolver e difundir conhecimento científico e tecnológico, formando indivíduos capacitados para o exercício da cidadania e da profissão, tendo como visão de futuro consolidar-se como centro de excelência na educação profissional e tecnológica no Estado de Santa Catarina.

A finalidade do IF-SC é formar e qualificar profissionais no âmbito da educação profissional e tecnológica, nos diferentes níveis e modalidades de ensino, para os diversos setores da economia, bem como realizar pesquisa aplicada e promover o desenvolvimento tecnológico de novos processos, produtos e serviços, em estreita articulação com os setores produtivos e a sociedade, especialmente de abrangência local e regional, oferecendo mecanismos para a educação continuada.

O Instituto Federal de Ciência e Tecnologia de Santa Catarina conta hoje com treze *campi* instalados no estado, cinco *campi* avançados e dois *campi* avançados em fase de implantação.

No que se refere, especificamente, ao campus Florianópolis, a instituição tem sua sede na Avenida Mauro Ramos, número 950, centro. Cursos nas mais variadas áreas são oferecidos, sendo que sua distribuição se dá da seguinte forma: cursos técnicos integrados (5); cursos técnicos subsequentes ou pós-ensino médio (12); cursos de graduação – tecnologia (8); cursos de especialização – lato sensu (7) e curso de mestrado profissional - stricto sensu - (1).

Dentro da estrutura organizacional da instituição de ensino, com subordinação hierárquica à Gerência de Infraestrutura (DINF), está o setor de saúde, composto por serviços médicos, odontológicos e de enfermagem. Especificamente a respeito da assistência odontológica, as ações desenvolvidas limitam-se ao atendimento de demanda espontânea. Dois profissionais cirurgiões-dentistas atuam no local, revezando-se nos turnos matutino e vespertino, durante os cinco dias úteis semanais. A carga horária é de seis horas diárias para cada um deles. Um número médio de seis pacientes é atendido em cada turno, perfazendo uma média de sessenta consultas semanais.

O atendimento odontológico é dirigido não apenas aos alunos matriculados na instituição, como também a seus servidores docentes e técnico-administrativos, sendo que os estudantes respondem pela maior parcela dos atendimentos.

4.3 SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES

No IFSC (campus Florianópolis) verificamos, segundo dados do setor de registro de matrículas no ano de 2013, que de um total de 5.463 estudantes, havia 1.476 na faixa etária de 15 a 19 anos, perfazendo 27,01% do total de matrículas na instituição. A grande maioria das famílias dos estudantes situava-se na faixa de rendimentos entre R\$ 1.246,00 e R\$ 2.075,00.

Para o cálculo da amostra, utilizamos a fórmula da amostra sistemática, proposta por Barbetta (1994), segundo a qual:

$N \rightarrow$ População total (1.476)

$n \rightarrow$ Tamanho da amostra (.....)

$n_0 \rightarrow$ Uma primeira aproximação ao tamanho da população (400)

$E0^2 \rightarrow$ Erro amostral tolerável (0,05)

Considerando que a população total, neste caso, é de 1.476, os cálculos da amostra ficam da seguinte maneira:

$n_0=1/0,05^2$ (em que 0,05 corresponde ao erro tolerável da amostra).

Então:

$$n_0 = 400$$

$$n = \frac{1.476 \times 400}{1.476 + 400} = \frac{590.400}{1.876} = 315$$

Incluiu-se na amostra um estudante a cada 5, até o limite de 315. Nos casos em que algum participante não se enquadrou na faixa etária determinada para o estudo, ou mesmo não desejou participar, tomamos o que estava logo depois, seguindo a sequência de matrículas.

Embora os cálculos tivessem chegado a um total de 315 participantes, 41 questionários não foram devolvidos, o que resultou em uma amostra final de 274 estudantes (taxa de resposta de 87%). Além disso, para efeito de sorteio, utilizamos uma lista única, com os nomes dos alunos por ordem alfabética e amostra sistemática, preconizada por Varão, Batista e Martinho (2005), da seguinte forma:

$$n = \frac{1.476}{315} = 5$$

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

Previamente ao início da coleta dos dados, o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da UFSC (O IFSC não dispõe deste órgão de análise), recebendo aprovação sob número 351.453 (Anexo B).

Os estudantes selecionados para a amostra foram convidados, via contato pessoal do pesquisador, a participarem do trabalho. Conforme orientação do próprio Comitê de Ética, e em atendimento à resolução CNS 196/96, em vigor naquele momento (BRASIL, 2012b) para os estudantes menores de 18 anos, houve a necessidade de fornecimento de dois Termos de Consentimentos Livres e Esclarecidos (TCLE), sendo um deles para concordância e assinatura de seus pais ou responsáveis, e um segundo para assinatura deles (estudantes) (Apêndices C e D respectivamente). Àqueles maiores de 18 anos, foi fornecido apenas um TCLE. A concordância livre em participar desta pesquisa, caracterizada pela assinatura deste documento, constituiu-se requisito básico à participação de todos os respondentes.

4.5 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

A coleta dos dados foi realizada nas dependências físicas da instituição. Após o sorteio dos participantes, procedemos à localização de cada estudante, através do setorial de controle da instituição. Os contatos com os estudantes foram feitos em sala de aula. Àqueles sorteados, foram dadas todas as explicações a respeito da pesquisa. Por ocasião destes contatos, foram fornecidos os TCLE (1 ou 2, dependendo da idade do participante) e também os questionários. O recolhimento destes documentos foi realizado também pelo pesquisador, novamente nas salas de aula. O tempo decorrido entre a entrega do material e seu recolhimento girou em torno de uma semana, em função de que alguns componentes da amostra moravam em outras cidades, necessitando, portanto, de contato com seus pais ou responsáveis durante os finais de semana.

O instrumento utilizado nesta pesquisa foi o Impacto Odontológico no Desempenho Diário (IODD), desenvolvido por Adulyanon e Sheiham (1997). Este instrumento foi aplicado por intermédio de um questionário, composto por 9 perguntas. As questões de 1 a 4 referem-se à medição dos impactos, segundo critérios preconizados pelos autores do índice, com algumas modificações por nós introduzidas. As questões de 5 a 9

referem-se à autopercepção de saúde bucal, bem como às razões da procura pela assistência e à caracterização dos locais onde ela ocorreu. Estas últimas perguntas foram elaboradas com base na pesquisa SB Brasil 2010 (BRASIL, 2011). Os apêndices A e B mostram o instrumento original, bem como aquele que utilizamos neste trabalho, com as modificações que introduzimos.

Góes (2001) validou este instrumento para uso no Brasil, através da avaliação da prevalência do impacto da odontalgia em adolescentes brasileiros e suas famílias. No processo de validação, a consistência interna, pelo coeficiente alfa Cronbach foi de 0,68. A confiabilidade, pelo teste-reteste, foi avaliada através da correlação de Pearson. Com os resultados obtidos, o autor concluiu que o OIDP é um instrumento válido para avaliar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida, em nosso país.

Os dados colhidos pela pesquisa foram tabulados, e posteriormente analisados por profissional estatístico. Ao final desta análise, os dados foram dispostos em um gráfico e 8 tabelas referentes aos impactos registrados, bem como à autopercepção de saúde bucal e perfil da procura por assistência odontológica da população em estudo.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Do total de participantes da pesquisa, tivemos 55,5% de estudantes do gênero masculino, e 44,5% do gênero feminino (Tabela 1). Destes, 23,% tinham até 15 anos de idade; 47,4% entre 16 e 17 anos de idade, e 20,6% entre 18 e 19 anos (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição dos indivíduos, segundo variáveis sociodemográficas. Florianópolis, 2013.

VARIÁVEL (N=274)	n	%
Gênero		
Masculino	152	55,5
Feminino	122	44,5
Idade (anos)		
14 - 15	63	23,0
16 - 17	130	47,4
18 - 19	81	29,6

5.1.1 Acesso ao serviço

Julgamos ser importante também verificar as frequências aos consultórios odontológicos, os locais em que se deram estas consultas, e também seus motivos, em função de que o acesso à assistência à saúde bucal ainda se constitui motivo de iniquidades em nosso país, levando quantidades significativas de pessoas ao agravamento de seus problemas odontológicos por falta de tratamento, especialmente de lesões cariosas, que muitas vezes culminam com perdas de elementos dentais, produzindo sequelas importantes e impactando de forma significativa as vidas de expressiva parcela de nossa população.

A análise mostrou, em relação à condição de acesso aos serviços

odontológicos, motivo e local da consulta no último ano, que expressivo percentual de indivíduos (77,0%) disse ter realizado consulta em período inferior a 1 ano, enquanto apenas 0,7% disseram nunca terem visitado o dentista na vida (tabela 2).

Tabela 2. Distribuição dos indivíduos, segundo condição de acesso a serviços odontológicos, motivo e local da consulta no último ano. Florianópolis, 2013.

Variável (N=274)	n	%
Tempo da última consulta ao dentista		
Menos de 1 ano	211	77,0
De 1 a 2 anos	37	13,5
Entre 2 e 5 anos	16	5,9
Entre 5 e 10 anos	8	2,9
Nunca	2	0,7
Ter ido ao dentista nos últimos 2 anos		
1 a 5 vezes	126	46,0
10 ou mais vezes	94	34,3
6 a 10 vezes	33	12,0
Nenhuma vez	21	7,7
Local da consulta no último ano		
Consultório particular	231	84,3
Unidade de saúde	27	9,8
Outros	15	5,5
Consultório da escola	1	0,4
Motivo da consulta (n=256)		
Prevenção	155	60,6
Outros	57	22,3
Revisão/consulta de controle	40	15,6
Doença inicial	3	1,3
Doença tardia	1	0,2

O expressivo percentual de estudantes que realizaram consulta odontológica há menos de um ano (77%), nos provoca à reflexão, até mesmo em relação à nossa atuação profissional na instituição, uma vez que a suspensão do serviço no período de coleta dos dados, por motivo que será mencionado adiante, não impediu que os participantes da amostra visitassem o dentista para tratamento, ou mesmo para exame de rotina. Este fato, de certa forma, nos impõe refletir também em relação a possíveis mudanças no modelo de oferta de serviços, objetivando maior

aproximação àqueles que, mesmo necessitando de assistência, ainda se mantêm à margem dela, como os casos dos respondentes que disseram nunca terem ido ao dentista em suas vidas. Além disso, evidencia-se que os estudantes do IFSC constituem um segmento privilegiado da sociedade, no que tange à assistência à saúde bucal, por possuírem a prerrogativa de atendimento em três serviços distintos, incluindo-se os que são providos pelo SUS e pelo IFSC.

Os dados constantes da tabela 2 nos mostram que o uso de serviços odontológicos, por parte dos participantes da amostra, se aproxima dos dados verificados pela PNAD 2008 (IBGE, 2008), no tocante ao percentual de pessoas com até 19 anos de idade que realizaram consulta odontológica há menos de 1 ano no país (50,5%). Porém, diferença significativa ocorre, quando os dados da pesquisa nacional registram 16,% de indivíduos da mesma idade no país, que disseram nunca terem feito consulta odontológica na vida, contra apenas 0,7% em nossa pesquisa. Na pesquisa SB Brasil 2010 (BRASIL, 2011), 63,8% dos indivíduos entre 15 e 19 anos de idade disseram terem ido ao dentista há menos de 1 ano, contra 5,0% que reportaram nunca terem visitado o dentista em suas vidas.

Evidenciou-se, portanto, que os integrantes da amostra, em relação aos indivíduos pesquisados na região sul pelo inquérito populacional nacional, mostraram maior procura por assistência odontológica. Acreditamos não poder explicar este resultado em função da escolaridade, uma vez que os respondentes da pesquisa nacional tinham em média 9,5 anos de estudo, tempo muito semelhante ao apresentado pelos componentes de nossa amostra. Embora não seja possível afirmar, é aceitável que esta diferença possa estar relacionada à melhor condição socioeconômica dos componentes de nossa pesquisa, em relação àquelas famílias pesquisadas em nível nacional.

Em relação à frequência de consultas ao dentista nos últimos 2 anos, 45,6% reportaram terem realizado de 1 a 5 consultas; 34,2% visitaram o profissional por 10 ou mais vezes neste período, e 7,5% disseram não terem ido nenhuma vez (tabela 2). Segundo Pinheiro e Torres (2006), o Ministério da Saúde, em seu planejamento de recursos odontológicos, estabelece quantitativos de uma consulta odontológica a cada dois anos, e até duas consultas por ano, o que demonstra alta frequência dos componentes de nossa pesquisa aos serviços de assistência odontológica. Com referência ao local da consulta do último ano, os resultados mostraram que a grande maioria (84,3%) ocorreu em consultório particular; 9,8% responderam terem ido a Unidades de Saúde; 5,5% disseram terem utilizado outros locais de atendimento; e 1

estudante respondeu ter utilizado o consultório da escola (IFSC) (tabela 2). Os dados do SB Brasil 2010 (BRASIL, 2011) mostraram significativa diferença em relação a nossos achados, registrando percentuais de 47,9% de consultas realizadas em consultório particular, e 41,3% no serviço público na região sul. Estas diferenças podem, novamente, refletir melhores condições socioeconômicas dos componentes da amostra desta pesquisa, em relação àqueles participantes do SB Brasil 2010. É importante esclarecer que o fato de apenas 1 estudante ter utilizado o consultório da escola neste período, ocorreu em função de reformas na estrutura física do setor de saúde do IFSC, o que impossibilitou a atuação dos profissionais que lá trabalham, durante a fase de coleta de dados para esta pesquisa. Estes trabalhos de reforma estenderam-se por aproximadamente um ano.

Sem levar em conta as dificuldades operacionais de oferta de serviços, julgamos necessário também neste ponto, pensar se a atenção a um público restrito como o nosso, não se torna elemento coadjuvante no processo de segmentação de oferta de serviços à saúde, o que nos afasta da universalização, um dos princípios do Sistema Único de Saúde brasileiro. Ademais, o quantitativo de estudantes que teve suas consultas odontológicas em consultórios particulares, segundo nossa pesquisa, torna-se mais um exemplo da grande segmentação verificada nos serviços de assistência à saúde em nosso país. Percebemos aí uma situação paradoxal, porquanto a maciça procura de jovens de 15 a 19 anos de idade por consultórios odontológicos, conforme demonstrado pelos estudos de base populacional no Brasil, na região sul e também na presente pesquisa, não tem se refletido em diminuição nos índices de CPO-d para estas idades, o que está a demonstrar certo descompasso entre a oferta de serviços e a melhoria nas condições de saúde bucal destes jovens em particular. Talvez esteja entre os motivos deste fenômeno a falta de ações profissionais voltadas mais à atenção à saúde, do que à assistência. Contudo, não nos parece que os serviços, em que pesem as mudanças ocorridas nos últimos tempos, tenham sofrido esta mudança em seu paradigma de atuação.

No que se refere ao motivo da última consulta, a grande maioria (60,6%) procurou assistência odontológica para realização de profilaxia; 22,3% responderam terem ido ao dentista por outras razões, e apenas 0,2% por doença tardia (Tabela 2). Os dados do SB Brasil 2010 (BRASIL, 2011) mostraram que 41,7% de indivíduos procuraram assistência odontológica para a realização de revisão e/ou prevenção. Por outro lado, registraram que 33,8% e 15,8% o fizeram por necessidade de tratamento e dor, respectivamente. Percebe-se que os

estudantes pesquisados no IFSC demonstraram, novamente, melhores condições de saúde bucal, em comparação aos participantes da pesquisa nacional, uma vez que 49,6%, praticamente a metade da amostra do SB Brasil 2010 (BRASIL, 2011), procuraram o dentista por razões não apenas preventivas. Em nossa pesquisa, a quantidade de indivíduos que foram ao dentista no último ano, para revisão ou profilaxia, atingiu 76,2%.

5.2 IMPACTO ORAL NOS DESEMPENHOS DIÁRIOS

A tabulação dos dados mostrou que 54,7% dos respondentes não manifestaram nenhum impacto, enquanto 45,3% apresentaram algum grau de impacto das condições de saúde bucal em suas vidas diárias. Mbawalla, Masalu e Astrom (2010) encontraram resultado semelhante, na Tanzânia, com um percentual de 48,2% dos participantes de sua amostra registrando algum grau de impacto das condições de saúde bucal em suas vidas. Crosato E. M.; Biazevic e Crosato, E., (2002) encontraram baixo impacto da condição bucal na qualidade de vida em sua amostra (10,2%), resultado semelhante ao trabalho de Krisdapong *et al.*, (2012) que, em uma amostra de 871 adolescentes, verificaram impacto de 18,3%, sendo a limpeza dos dentes a atividade mais importante. Já Machale *et al.*, (2012), encontraram prevalência de impacto de 86,92% na população pesquisada. Krisdapong (2007), 83%. O SB Brasil (BRASIL, 2011) apresentou resultados que corroboram nossa pesquisa, registrando prevalência de IODD de 43,4%, dentre os pesquisados na região sul do Brasil.

As atividades de maior impacto relatadas foram: limpar os dentes (32,5%); sorrir (27,0%); comer (25,9%); falar (21,2%); dormir (15,7%); manter o estado emocional (15,0%); ter contato com as pessoas (11,7%) e trabalhar (6,2%) (Tabela 3).

Tabela 3. Impacto Oral na qualidade de vida nos últimos seis meses segundo atividade envolvida, entre os entrevistados. Florianópolis, 2013.

Atividade	Pessoas afetadas	
	n	%
Limpar os dentes	89	32,5
Sorrir	74	27,0
Comer	71	25,9

Continua...

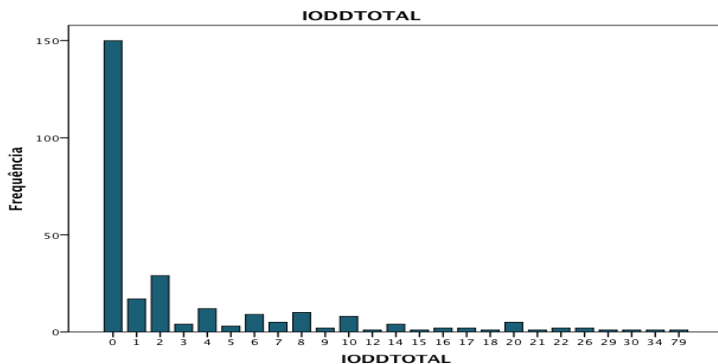
Atividade	Pessoas afetadas	
	n	%
Conclusão		
Falar	58	21,2
Dormir	43	15,7
Manter o estado emocional	41	15,0
Contato com as pessoas	32	11,7
Trabalhar	17	6,2

Os resultados de nossa pesquisa mostraram diferenças em relação à pesquisa nacional, tanto para a região sul, quanto para Florianópolis, uma vez que as atividades de maior impacto entre os pesquisados naquele inquérito populacional foram “comer” e “limpar os dentes”. Embora também não possamos afirmar, acreditamos que o desempenho de maior impacto em nossa pesquisa (limpar os dentes), tenha relação com os aparelhos ortodônticos fixos, presentes em boa parte dos componentes da amostra.

A presença destes aparatos corretivos foi percebida pelo próprio pesquisador, através dos contatos feitos com os componentes da amostra, tanto no momento da entrega dos questionários e TCLE, quanto no momento de sua devolução.

A análise estatística mostrou também que os números brutos de IODD registrados tiveram uma variação entre zero e 79, o que significa que os indivíduos que registraram impacto, distribuíram-se entre aqueles que referiram pouco e aqueles que referiram muito impacto, o que faz com que estes resultados tenham uma distribuição fora da curva de normalidade (Gráfico 1).

Gráfico 1. Distribuição dos IODD brutos, segundo frequências. Florianópolis, 2013.



Os sintomas responsáveis pelos impactos nas atividades avaliadas, em ordem de importância, foram: insatisfação com a aparência (25,2%); outros fatores (16,8%); desconforto (12,4%); dor (10,6%), e limitação na função (6,9%) (Tabela 4).

Tabela 4. Sintoma principal e condição bucal, responsáveis pelo Impacto Oral no Desempenho Diário em cada atividade avaliada, segundo percepção da população estudada. Florianópolis, 2013.

Sintoma	n	%
Aparência	69	25,2
Outros	46	16,8
Desconforto	34	12,4
Dor	29	10,6
Limitação na função	19	6,9
Problema Específico-Dente		
Cor dos dentes	83	30,3
Posição dos dentes	38	13,9
Dor de dente	31	11,3
Formato/tamanho dos dentes		
Dente (s) mole (s)	8	2,9
Falta de dente (s)	2	0,7
	1	0,4
Problema específico - Boca		
Respiração difícil	16	5,8
Gosto desagradável	15	5,5
Úlcera ou escoriação	10	3,6
Deformidade	6	2,2
Queimação	4	1,5
Distúrbio do paladar	2	0,7
Problema específico - Gengiva		
Sangramento	73	26,6
Afastamento	6	2,2
Abcesso	1	0,4
Problema específico - Mandíbula		
Barulho	44	16,1
Aparelho ortodôntico	34	12,4
Mandíbula travada	4	1,5
Outros	3	1,1

Gois (2011) encontrou prevalência de 66,7% de impacto, relativos à insatisfação com a aparência na amostra estudada. Por outro lado, Borges; Peres, M. A. e Peres, K. G., (2012) encontraram prevalência de 11,4% para esta mesma condição. Akarslan *et al.*, (2009) verificaram percentual de 55,8% de insatisfação com a aparência, entre os respondentes com até 19 anos de idade. Entendemos que estas disparidades tenham relação com os diferentes perfis dos sujeitos pesquisados, uma vez que a aparência dos indivíduos tem suas variações ligadas a muitos aspectos, como o país onde vivem e os padrões estéticos mais aceitos; presença ou não de deformidades esqueléticas; ausência de elementos dentais; maloclusão, dentre outros. As relações entre estética e saúde bucal são complexas, e envolvem dimensões psicológicas, culturais e sociais ainda não muito claras (BALDWIN, 1980).

É importante observar a lacuna revelada por estes dados, em função do item “outros”, responsável por 16,8% dentre os principais responsáveis pelos impactos. Embora constasse dos questionários fornecidos aos estudantes (Apêndice B), a indicação para que especificassem estes outros fatores, poucos foram os que o fizeram, tornando a análise estatística inviável neste caso. O mesmo ocorreu quanto ao item “limitação na função”. Verificamos aí a necessidade de, em futuros estudos, procurar identificar com maior clareza as demais condições que, embora não constem da maioria dos questionários aplicados, por certo têm a capacidade de produzir impacto, influenciando significativamente as atividades diárias das pessoas. Além disso, a subjetividade que caracteriza cada indivíduo, no tocante às suas representações e à autoavaliação de sua saúde bucal são elementos importantes a serem considerados neste processo.

Outro aspecto importante refere-se ao fato de que 10,6% dos componentes da amostra referiram a dor como sendo o principal fator responsável pelos impactos, aumentando este percentual para 11,3%, quando tratou-se de dor de dente especificamente. Embora estivéssemos passando por dificuldades operacionais, já relatadas anteriormente, nenhum destes estudantes nos procurou com esta queixa no período de coleta dos dados. Góes (2001), trabalhando com 1.052 jovens entre 14 e 15 anos de idade, em Recife (PE), encontrou 33% de casos de dor de origem odontológica. Noro *et al.*, (2009), trabalhando com amostra de 1.021 crianças entre 11 e 15 anos de idade, no município de Sobral (CE), verificaram 21,35% de relatos de odontalgia nos últimos seis meses. Estes dados nos fazem pensar também a respeito do grau de conhecimento que nossos estudantes têm, em relação à existência do

serviço na instituição. O modelo de assistência, até então adotado, (demanda espontânea), parece não dar a visibilidade necessária ao serviço, para que os estudantes o procurem. Talvez tenhamos que, além da página do instituto na internet, utilizar outros recursos para a divulgação do serviço. Acreditamos também que melhores resultados podem ser alcançados se, a exemplo do que fizemos em nossa coleta de dados, utilizemos as salas de aula como espaços de divulgação do serviço na instituição. O que restou evidente é que outros mecanismos precisam ser utilizados, para que logremos melhor divulgação de nosso serviço.

É importante que se dê atenção às condições dolorosas na saúde bucal, uma vez que a odontalgia ainda se mostra presente em níveis elevados em nossa população, conforme demonstrado por este trabalho. A pesquisa SB Brasil 2010 (BRASIL, 2011) também mostra dados que confirmam este achado, quando verifica prevalência de 15,4% de prevalência de dor de origem dental em adolescentes de 15 a 19 anos de idade. Os levantamentos epidemiológicos realizados em nosso país, ao demonstrarem a grande diferença nos percentuais de CPO-d aos 12 anos de idade, em relação à faixa etária de 15 a 19 anos, podem nos mostrar um relacionamento lógico entre a prevalência de odontalgia e a expressiva quantidade de elementos dentais cariados, perdidos e obturados nos adolescentes brasileiros. Em relação à nossa pesquisa especificamente, nos faltam dados para esta conclusão, uma vez que a coleta de dados referentes ao CPO-d não constou de nossa metodologia.

No que tange aos problemas específicos responsáveis pelos impactos em relação aos dentes, os resultados do estudo mostraram que a maior queixa foi a cor dos dentes, reportada 30,3%; posição dos dentes foi a segunda maior queixa, manifestada por 13,9%; dor de dente foi apontada por 11,3%; formato/tamanho dos dentes foi reportado por 2,9%; dente mole foi apontada por apenas 0,7%; e, por último, apareceu a falta de dente, mencionada por 0,4% do total da amostra (Tabela 4).

Quando o problema específico referiu-se à boca, as respostas foram assim registradas: respiração difícil (5,8%); gosto desagradável (5,5%); úlcera ou escoriação (3,6%); deformidade (2,2%); sensação de queimação (1,5%), seguida por distúrbio do paladar (0,7%) (Tabela 4).

Em relação aos problemas gengivais, os maiores causadores de impacto foram: sangramento (26,6%), seguido por afastamento da gengiva (2,2%) e abscesso gengival (0,4%) (Tabela 4).

Especificamente em relação à mandíbula, 16,1% disseram ser o barulho o maior causador de impacto, seguido por aparelho ortodôntico (12,4%); mandíbula travada (1,5%), e outros motivos (1,1%) (Tabela 4).

Quando questionados em relação à autopercepção de sua saúde bucal, os participantes da amostra assim se distribuíram: 40,2% responderam ser boa sua saúde bucal; 38,7% disseram ser ela muito boa; 10,9% a classificaram como razoável; 9,1% a consideraram excelente, e 1,1% disseram ser ela ruim (Tabela 5). É importante que se mencione aqui a falta de relação encontrada nesta pesquisa, no que se refere aos impactos referidos por boa parte dos componentes da amostra e as percepções de saúde bucal. Embora significativo percentual de participantes (45,3%) tenha apresentado algum grau de impacto das condições de saúde bucal em sua vida, verificamos que 88% do total da amostra consideram sua saúde bucal entre excelente e boa, o que nos leva a pensar em relação à maneira como estes adolescentes enxergam a saúde bucal, e que valor ela tem em suas existências. Acreditamos serem necessários, como uma melhor aproximação às respostas a esta questão, futuros estudos que utilizem também instrumentos objetivos de mensuração das condições de saúde bucal desta população, e que nos permitam associá-los aos dados subjetivos colhidos mediante este trabalho.

Tabela 5. Distribuição dos indivíduos segundo autopercepção de saúde bucal e satisfação em relação aos dentes e boca. Florianópolis, 2013.

	N	%
Percepção de saúde bucal		
Boa	110	40,2
Muito boa	106	38,7
Razoável	30	10,9
Excelente	25	9,1
Ruim	3	1,1
Satisfação em relação aos dentes e boca		
Satisfeito	133	48,5
Nem satisfeito, nem insatisfeito	76	27,7
Muito satisfeito	44	16,1
Insatisfeito	19	7,0
Muito insatisfeito	2	0,7

Carvalho *et al.*, (2011), trabalhando com uma amostra de 247 adolescentes de Aracajú (SE), encontraram resultado semelhante ao de nossa pesquisa, verificando que 49% da amostra classificaram sua saúde bucal como boa. Garbin *et al.*, (2009), em uma amostra de 493

adolescentes de Araçatuba (SP), obtiveram 44,1% referindo sua saúde bucal da mesma forma. Os dados da pesquisa nacional SB Brasil 2003 também corroboram nossos achados, quando mostram que 44,58% dos entrevistados entre 15 e 19 anos de idade classificaram sua saúde bucal como boa. O trabalho de Gibilini *et al.*, (2010) verificou 61,8% dos adolescentes de 15 a 19 anos de idade referindo sua saúde bucal como ótima ou boa.

Estes dados de autopercepção dos adolescentes precisam ser entendidos sob a ótica das representações que estes indivíduos têm, em relação ao que seja saúde bucal. Reforçamos esta ideia, mencionando o SB Brasil 2003 (BRASIL, 2004c), que registrou 71,20% dos entrevistados, entre 15 e 19 anos de idade, dizendo que a saúde bucal não interfere nos relacionamentos. De maneira geral, as pessoas conseguem perceber sua saúde bucal com certa precisão, ainda que utilizando critérios diferentes dos profissionais (ARAUJO *et al.*, 2009).

Quando perguntados a respeito da satisfação em relação a seus dentes e bocas, os participantes da pesquisa assim responderam: 48,5% disseram estar satisfeitos; 27,7% disseram não estar nem satisfeitos, nem insatisfeitos; 16,1% responderam estar muito satisfeitos; 6,9% manifestaram-se insatisfeitos, e 0,8% disseram estar muito insatisfeitos (tabela 5). Nossos achados se aproximam dos resultados do SB Brasil 2010 (BRASIL, 2011), que registrou 44,8% de satisfação na região sul. O grau de satisfação encontrado em nossa pesquisa foi, porém, superior ao encontrado em Florianópolis, pela pesquisa nacional (33,0%). O elevado grau de satisfação em relação à saúde bucal encontrado em nossa pesquisa (64,6%), somando-se os percentuais de respostas daqueles que se disseram satisfeitos e muito satisfeitos, novamente nos remete aos critérios subjetivos envolvidos na autopercepção da saúde bucal dos adolescentes, critérios que em grande parte dos casos diferem daqueles normativos utilizados pelos profissionais. Ainda que em condições clínicas insatisfatórias, a grande maioria das pessoas percebe de forma favorável sua saúde bucal, provavelmente porque muitas das doenças somente são verificadas por critérios por elas desconhecidos (ARAUJO; PADILHA; BALDISSEROTTO, 2009).

A tabela 6 mostra a distribuição dos indivíduos participantes da amostra, segundo o impacto oral na qualidade de vida, por sexo e idade. Do total de respondentes do sexo masculino, 56,6% não reportaram nenhum impacto das condições de saúde bucal em suas vidas diárias, contra 53,3 do sexo feminino, não havendo diferença estatisticamente significativa pelo teste de qui-quadrado. O mesmo ocorreu em relação às diferentes idades dos participantes.

Tabela 6. Distribuição dos indivíduos segundo Impacto Oral na qualidade de vida e condição demográfica e socioeconômica. Florianópolis, 2013.

Variáveis	IODD = 0		IODD > 0		Valor de p*
	n	%	n	%	
Sexo					0,589
Masculino	81	54,0	71	57,3	
Feminino	69	46,0	53	42,7	
Idade (anos)					0,452
14-16	73	48,7	66	53,0	
Mais de 16	77	51,3	58	47,0	
Satisfação com os dentes e boca					<0,001**
Muito satisfeito/Satisfeito	112	74,7	65	38,0	
Insatisfeito	38	25,3	59	62,0	
Percepção da saúde bucal					0,003**
Excelente/muito boa	84	56,0	47	38,0	
Razoável/ruim	66	44,0	77	62,0	

* Qui-quadrado ou Exato de Fischer

** significativo

Nossa pesquisa mostrou resultado semelhante ao trabalho de Soares (2011) que, trabalhando com amostra de 300 adolescentes de 15 a 19 anos de idade, não encontrou diferença estatisticamente significativa em relação aos sexos; Bernabé *et al.*, (2008) examinando 1060 sujeitos entre 15 e 16 anos de idade, verificaram também não haver esta diferença entre os sexos; Astrom e Okullo (2003), dentre os respondentes entre 16 e 24 anos de idade, encontrou resultados compatíveis com nossos achados; Oliveira e Sheiham (2003) com amostra de 1675 adolescentes de 15 e 16 anos de idade, na cidade de Bauru (SP), utilizando dois indicadores subjetivos de impactos orais nas atividades diárias, dentre eles o OIDP, também não encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os sexos.

Embora não tenhamos verificado diferenças estatísticas significativas entre os sexos em nossa pesquisa, trabalhos têm demonstrado melhores cuidados das mulheres com sua saúde bucal, em comparação aos homens, o que pode resultar em diferenças ao longo da vida, incluindo-se aí os impactos na qualidade de vida (PERES *et al.*, 2009).

No que se refere às faixas etárias dos sujeitos da pesquisa, as análises estatísticas não mostraram diferenças significativas em termos de satisfação com a saúde bucal, o mesmo ocorrendo em relação aos impactos verificados nestes indivíduos, quando separados por idades (14-16 anos e mais de 16 anos). Entretanto, verificou-se associação entre

os graus de satisfação com a saúde da boca e a autopercepção de saúde bucal ($p < 0,001$). Aqueles que se disseram insatisfeitos com sua saúde bucal, também a referiram entre razoável e ruim. Analisando-se apenas os indivíduos que tiveram IODD maior que zero, verificamos que 60,8% deles disseram-se insatisfeitos com sua saúde bucal (Tabela 7).

Lima *et al.*, (2012) verificaram que os indivíduos que referiram sua saúde bucal como pobre, também mostraram maior necessidade subjetiva de tratamento odontológico.

As tabelas 8 e 9 apresentam os dados relativos às frequências e às severidades, nos oito desempenhos avaliados, de acordo com o número de pessoas afetadas.

Tabela 7. Frequência de IODD nos oito desempenhos, de acordo com o número de pessoas afetadas. Florianópolis, 2013.

Desempenho	Frequências											
	0		1		2		3		4		5	
	M	%	M	%	M	%	M	%	M	%	M	%
Comer	202	73,7	48	17,5	13	4,7	5	1,8	1	0,4	5	1,8
Falar	216	78,8	33	12	11	4	5	1,8	3	1,1	6	2,2
Higiene dental	183	66,8	52	19	13	4,7	6	2,2	7	2,6	13	4,7
Dormir	231	84,3	25	9,1	5	1,8	5	1,8	3	1,1	5	1,8
Sorrir	200	73	37	13,5	12	4,4	4	2,5	5	1,8	26	5,8
Est. emocional	233	85	24	8,8	8	2,9	7	2,6	2	0,7	0	0
Trabalhar	257	93,8	8	2,9	5	1,8	1	0,4	1	0,4	2	0,7
Cont. Pessoas	242	88,3	20	7,3	5	1,8	3	1,1	3	1,1	1	0,4

Tabela 8. Severidades de IODD nos oito desempenhos, de acordo com o número de pessoas afetadas. Florianópolis, 2013.

Desempenho	Severidade											
	0		1		2		3		4		5	
	M	%	M	%	M	%	M	%	M	%	M	%
Comer	203	74,1	43	15,7	14	5,1	8	2,9	4	1,5	2	0,7
Falar	215	78,5	34	12,4	11	4	10	3,6	2	0,7	2	0,7
Higiene dental	185	67,5	52	19	14	5,1	13	4,7	7	2,6	3	1,1
Dormir	231	84,3	26	9,5	8	2,9	4	1,5	4	1,5	1	0,4
Sorrir	199	72,6	39	14,2	17	6,2	9	3,3	6	2,2	4	1,5
Est. emocional	232	84,7	28	10,2	6	2,2	2	0,7	5	1,8	1	0,4
Trabalhar	257	93,8	7	2,6	5	1,8	3	1,1	0	0	2	0,7
Cont. Pessoas	24	87,6	18	6,6	6	2,2	2	0,7	6	2,2	2	0,7

Os percentuais mais elevados de respostas, de acordo com as tabelas 7 e 8, concentram-se nas opções “zero frequência” e “zero severidade”. Como já mencionado, a ocorrência de impactos da saúde bucal na qualidade de vida da população estudada mostrou-se importante, uma vez que os percentuais de impacto variaram de zero a 79, considerando-se que o escore “200” corresponde ao maior impacto possível verificado pelo instrumento (8 desempenhos x 5 escores de frequência x 5 escores de severidade). Esta grande amplitude na variação indica a necessidade de voltarmos nossa atenção àqueles que percebem, nas suas condições de sua saúde bucal, interferências importantes em seu dia a dia.

Resta-nos, desta forma, considerar a ocorrência de falhas no serviço de assistência odontológica prestado a estes sujeitos, uma vez que, como já mencionado antes, a grande maioria deles procura consultórios odontológicos com bastante frequência, de acordo com os dados por eles fornecidos no decorrer do presente estudo. Proteger o usuário, através de ações de cuidado, pressupõe coincidência de nossas ideias com as aspirações e resolução dos problemas deste sujeito. Do contrário, produziremos distanciamento entre as expectativas das pessoas, no momento em que acessam o serviço, e as soluções que encontramos para seus problemas.

Enquanto integrantes do serviço, tais resultados nos impõem reflexões sobre as mudanças que urgem ocorrer na assistência à saúde dos estudantes do IFSC, já que nossa atuação profissional não parece estar em sintonia com as demandas desta população. Julgamos pertinente pensar se não estamos, como profissionais da saúde, sendo coadjuvantes no processo de produção de déficit de cuidado em relação aos usuários do serviço.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Definir políticas de atenção à saúde bucal tem-se mostrado, ao longo dos tempos, tarefa que necessita de abordagens outras, além dos critérios normativos bastante conhecidos e utilizados por gestores e demais profissionais da Odontologia.

O presente trabalho reforçou o que a literatura atual vem discutindo, em relação às interferências produzidas pelos problemas de saúde bucal nas vidas dos adolescentes. Restou evidente, mediante os resultados deste trabalho, a importância do impacto da saúde bucal nos desempenhos diários destas pessoas. Acreditamos que a saúde bucal dos adolescentes precisa, ainda, de estudos mais aprofundados, especialmente em função das peculiaridades que envolvem estes sujeitos, e que por vezes determinam comportamentos que fogem à compreensão daqueles profissionais que a eles dedicam seu trabalho. Um exemplo disto é o grande aumento no CPO-d, no momento em que o indivíduo ingressa na adolescência, fenômeno ainda não explicado devidamente. Contudo, é necessário que este tipo de pesquisa nos sirva também como elemento balizador de mudanças em nossos paradigmas de atuação, no sentido de uma melhor prática do cuidado.

Saúde bucal de adolescentes é tema que traz, além dos aspectos objetivos conhecidos pelos profissionais da Odontologia, um componente de subjetividade que não pode ser negligenciado por aqueles que desejam que suas ações profissionais sejam relevantes, a ponto de impactar positivamente as vidas das pessoas. Neste sentido, as evidências nos mostram a necessidade de entendermos melhor a subjetividade que direciona os indivíduos, no sentido da procura por assistência odontológica.

Embora alguns sujeitos da pesquisa tenham apontado a dor como principal motivo dos impactos em suas atividades diárias, não nos procuraram para sua resolução. Neste sentido, é importante que nos perguntemos se este comportamento não poderia ter relação com uma possível percepção negativa destas pessoas, em relação ao serviço por nós prestado na instituição. As pesquisas que realizamos ao longo deste trabalho, nos revelaram também que a literatura tem dado especial atenção aos indicadores de estética dental dos adolescentes, muitas vezes relegando a um plano secundário os efeitos negativos que as

odontalgias provocam em grande parte destas pessoas. A dor de origem dental foi manifestada por importante parcela dos indivíduos pesquisados, e continua a ser motivo de impactos negativos no dia a dia das pessoas. Mostra-se, desta forma, mais um importante elemento para reflexão e mudança de conduta na assistência a estes sujeitos.

No decorrer da presente pesquisa, foram descritos alguns aspectos referentes à saúde bucal dos adolescentes, que, se por um lado corroboram os achados que se conhece a respeito do tema, em certa medida nos provocam reflexões a respeito da expansão dos serviços públicos de saúde bucal em nossa comunidade e ao acesso a eles. Além disso, ao mostrar que a imensa maioria dos sujeitos pesquisados consultou cirurgiões-dentistas em consultórios particulares, este trabalho indica que estamos ainda distantes da universalização da cobertura proposta pelo SUS. Outros dados, como a quantidade de consultas ao dentista, realizadas no último ano, e os principais motivos destas consultas, ao mesmo tempo em que sugerem preocupação com a saúde bucal por parte destas pessoas, por outro lado refletem as desigualdades presentes em nosso país, especialmente em relação ao acesso aos serviços de assistência odontológica, e que afetam principalmente os mais pobres. Esta realidade nos questiona, especialmente em relação à nossa aproximação, ou ao nosso afastamento do exercício do cuidado às pessoas que nos procuram.

É preciso analisar nossas condutas profissionais, até mesmo para que se perceba em que medida estamos atuando na direção das demandas dos usuários. Desta forma, utilizando nossos saberes e nossas tecnologias, poderemos de fato atuar na direção da satisfação destes, e melhorar sua percepção em relação ao serviço. A criação de vínculos de confiança passa, necessariamente, por esta mudança de paradigma.

Por fim, evidenciou-se que a saúde bucal das pessoas, e em especial dos adolescentes, deve ser entendida por nós, profissionais da Odontologia, como uma condição cujas implicações não podem ficar restritas meramente às condutas objetivas de diagnóstico e tratamento. É preciso que se dê atenção aos critérios subjetivos que são parte integrante do entendimento destas pessoas, e que em grande medida determinam suas aspirações em relação às demandas por atenção profissional. Não se trata de relegar os critérios objetivos, já tão conhecidos e importantes em nossas condutas de diagnóstico e tratamento, a um plano secundário, mas agregar a eles outras formas de abordagem das condições de saúde das pessoas, através da subjetividade, dimensão importante das pessoas humanas.

Em relação ao IFSC, em particular, este trabalho mostrou a

necessidade de reorientação de nossas práticas profissionais, não somente em relação aos impactos relatados pelos sujeitos da pesquisa, mas também em relação à produção de uma maior aproximação em relação aos estudantes do instituto, objetivando a construção de vínculos saudáveis de confiança. Entendemos ser necessária uma avaliação do serviço, até para que se verifique em que medida estamos sendo visíveis à comunidade de estudantes.

Se pretendemos que nossas ações, enquanto profissionais da saúde, alcancem seus objetivos, respondendo às aspirações daqueles que estão sob nossa responsabilidade profissional, causando impacto positivo nas condições de vida destes sujeitos, haveremos de dedicar maior atenção à escuta qualificada destes que, antes de serem nossos pacientes ou usuários do serviço, são seres humanos. Isto implica que se produzam as rupturas necessárias, inclusive nos processos de trabalho e na lógica da centralidade das ações na produção de procedimentos.

Os resultados desta pesquisa nos causaram grande inquietação. Contudo, acreditamos que, em conjunto com nossos usuários e com os demais profissionais da Saúde dentro do IFSC, sejamos capazes de dar outro sentido às nossas ações na instituição, e criar melhores vínculos de confiança entre profissionais e usuários, transformando nossas ações em instrumentos capazes de responder de maneira adequada às expectativas daqueles que nos procuram em busca da resolução de seus problemas de saúde. Assumimos isto, como compromisso ético, junto aos estudantes e ao IFSC, mediante a finalização deste estudo.

REFERÊNCIAS

ABEGG, C.; *et al.*, Adapting and testing the oral impacts on daily performances among adults and elderly in Brazil. **Gerodontology**, Oxford, p.1-7, 2013. Disponível em: <<http://www.mdlinx.com/.../quality-of-life-oral-health-elder>>. Acesso em: maio 2013.

ADULYANON, S.; SHEIHAM, A. Oral impacts on daily performances. In: SLADE, G. D. (Ed.) **Measuring oral health and quality of life**. Chapel Hill: University, 1997. p.151-60. Disponível em: <<http://www.adelaide.edu.au/arcpoh/downloads/publications/reports/miscellaneous/measuring-oral-health-and-quality-of-life.pdf>>. Acesso em: mar. 2013.

ADULYANON, S.; VOURAPUKJARU, J.; SHEIHAM, A. Oral impacts affecting daily performance in a low dental disease thai population. **Community Dent. Oral Epidemiol.** Danmark, v. 24, n. 6, p. 385-9, 1996. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9007354>>. Acesso em: maio 2013.

AKARSLAN, Z. Z. et al. Dental esthetic satisfaction, received and desired dental treatments for im-provement of esthetics. *Indian J. Dent. Res.*, Mumbai, v. 20, n. 2, p.195-200, Apr.-Jun. 2009. doi: 10.4103/0970-9290.52902.

ALMEIDA FILHO, N. Reconhecer flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no brasil contemporâneo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p.2234-49, dez. 2010.

ANTUNES, J. L. F.; NARVAI, P. K. Políticas de Saúde Bucal no Brasil e Seu Impacto Sobre as Desigualdades em Saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 360-65, 2010.

ARAUJO, S. S. C.; PADILHA, D. M. P.; BALDISSEROTTO, J. Avaliação da condição de saúde bucal e da qualidade de vida de pacientes com câncer de cabeça e pescoço atendidos em um Hospital

Público de Porto Alegre. **Rev. Bras. Cancerol.**, Porto alegre, v. 55, n. 2, p. 129-38, Abr./Jun. 2009.

ASTROM, A, N; OKULLO, I. Validity and reliability of the Oral Impacts on Daily Performance (OIDP) frequency scale: a cross-sectional study of adolescents in Uganda. **BMC Oral Health**, London, v. 3, n. 1, p. 5, ago. 2003. Disponível em: <<http://www.medline.gov.br>>. Acesso em: jun.2013.

ATCHISON, K. A. The general oral health assessment index (The geriatric oral health assessment index). In: SLADE, G. A. (Ed.). **Measuring oral health and quality of life**. Chapel Hill: University of North Carolina, 1997. p. 71-80. Disponível em: <<http://www.adelaide.edu.au/arcpoh/downloads/publications/reports/miscellaneous/measuring-oral-health-and-quality-of-life.pdf>>. Acesso em: mar. 2013.

ATCHISON, K. A.; DOLAN, T. A. Development of the geriatric oral health assessment index. **J. Dent. Educ.**, v. 54, n. 11, p. 680-7, Nov. 1990. Disponível em: <<http://www.researchgate.net>>. Acesso em: abr.2013.

BAKHTIN, M. **Marxismo e filosofia da linguagem**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. 193 p.

BALDWIN, D. C. Appearance and aesthetics in oral health. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, v. 8, n. 5, p. 244-56, 1980.

BARBETTA, P. A. **Estatísticas aplicadas às ciências sociais**. 7. ed. Florianópolis: UFSC, 1994.

BERNABÉ, E.; *et al.*, The impact of orthodontic treatment on the quality of life in adolescents: a Case-Control study. **Eur. J. Orthodont.**, UK, v. 30, n. 5, out. 2008. Disponível em:<<http://www.ebscohost.com/ehost/results?>>. Acesso em: jun.2013.

BERNABÉ, E.; OLIVEIRA, C. M.; SHEIHAM, A. Comparison of the discriminative ability of a generic and a condition-specific OHRQoL measure in adolescents with and without normative need for orthodontic treatment. **Health. Qual. Life Outcomes**, UK, v. 6, n. 64, ago. 2008. Disponível em: <<http://www.hwlo.com/content/6/1/64>>. Acesso em:

jun. 2013.

BORGES, C. M.; PERES, M. A.; PERES, K. G. Associação entre presença de oclusopatias e insatisfação com a aparência dos dentes e gengivas: estudo com adolescentes brasileiros. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 713-23, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v13n4/15.pdf>>. Acesso em: out. 2013.

BOTAZZO, C. A subjetividade no trabalho com famílias. In: MOYSÉS, S. T.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S. J. **Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências**. São Paulo: Artes Médicas, 2008. Capítulo 5.

BOTAZZO, C. *et al.* **Saúde bucal coletiva**. São Paulo: SUDS-SP, 1988. Disponível em: <<http://www.ebah.com.br/content>>. Acesso em: 19 mar.2013.

BRASIL. **Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990a. 168p. (Série Legislação Brasileira). Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/legislação/const>>. Acesso em: mar.2013.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 1ª Conferência Nacional da Saúde Bucal**. Brasília, out. 1986. Disponível em:< http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/saude_bucal.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2013.

_____. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente). Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, 1990b. Disponível em: <http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/.../estatuto_crianca_adolescente_7ed.pdf>. Acesso em: mar. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto SB 2000 (condições de saúde bucal da população brasileira no ano 2000)**. Brasília: MS, 2000. Disponível em: <http://www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/condSB_man_exam.pdf>. Acesso em: abr. 2013.

- _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (acesso e qualidade superando a exclusão social)**. Brasília: MS, ago. 2004a. Disponível em:
<http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/saude_bucal.pdf>. Acesso em: fev. 2013.
- _____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Bucal Brasil Sorridente**. Brasília: MS, 2004b. Disponível em:
<<http://www.saude.gov.br/bvs>>. Acesso em: 05 mar. 2013.
- _____. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional da Saúde Bucal**. Brasília: MS, 2004d. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira. 2002-2003 – resultados principais**. Brasília: MS, 2004c. Disponível em:
<<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v25n1/05.pdf>>. Acesso em: mar.2013.
- _____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2010: pesquisa nacional da saúde bucal**. Brasília: MS, 2011. Resultados Principais. Disponível em:
<http://www.dab.saude.gov.br/CNSB/sbbrasil/.../apresentacao_abrasil_2010.pdf>. Acesso em: mar. 2013.
- _____. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar**. Brasília: MS, 2012a. Disponível em:
<<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/pense.pdf>>. Acesso em: 06 mar. 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução CNS 196/96, versão 2012**, Brasília: MS, 2012b. Disponível em:
<<http://www.bioetica.ufrgs.br/res1996.htm>>. Acesso em: maio 2013.
- CARVALHO, R. W. F. Aspectos psicossociais dos adolescentes de Aracaju (SE) relacionados à percepção de saúde bucal. **Ciênc. Saúde Coletiva [online]**, v. 16, Supl. 1, p. 1621-8, 2011. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a98v16s1.pdf>>. Acesso em:

dez.2013.

CASTRO, R. A.; *et al.*, Child-OIDP index in Brazil: cross-cultural adaptation and validation. **Health Qual. Life Outcomes**. v. 15, n. 6, p. 68, Sep. 2008. doi: 10.1186/1477-7525-6-6.

CASTRO, R. A.; PORTELA, M. C.; LEÃO, A. T. Adaptação transcultural de índices de qualidade de vida relacionados à saúde bucal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2275-84, out. 2007.

CIMÕES, R.; MILHOMENS FILHO, J. A.; GUSMÃO, E. S. Impacto das condições periodontais no desempenho de atividades diárias. **Int. J. Dent.**, Recife, v. 2, n. 1, p. 206-10, 2003. Disponível em: <<http://www.ufpe.br/ijd/index.php/exemplo/article/view/1/1>>. Acesso em: maio 2013.

CORTES, M. I.; MARCENES, W.; SHEIHAM, A. Impact of traumatic injuries to the permanent teeth on the oral health-related quality of life in 12-14-year-old children. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, v. 30, n. 3, p.193-8, Jun. 2002. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12000342>>. Acesso em: maio 2013.

CROSATO, E. M.; BIAZEVIC, M. G. H.; CROSATO, E. Relação entre fluorose dentária e qualidade de vida: um estudo de base populacional. **Braz. Oral. Res.**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 150-55, abr./jun. 2005.

CUSHING, A. M.; SHEIHAM, A.; MAIZELS, J. Developing sociodental indicators: the social impact of dental disease. **Community Dent. Health**, v. 3, n. 1, p.3-17, Mar. 1986.

EISENTEIN, E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. **Adolesc. Saúde**, v. 2, n. 2, p. 6-7, abr./jun. 2005. Disponível em: <<http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe>>. Acesso em: 30 mar. 2013.

FREIRE, M. C. M. **Oral health and sense of coherence: a study of brazilian adolescents and their mothers**. London: University of London, 1999.

GARBIN, C. A. S. *et al.* A saúde na percepção do adolescente. **Physis [online]**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 227-38, 2009. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n1/v19n1a12.pdf>>. Acesso em: jan. 2014.

GIBILLINI, C. *et al.* Acesso a serviços odontológicos e auto-percepção da saúde bucal em adolescentes, adultos e idosos. **Arq. Odontol. [online]**, Belo Horizonte, v. 46, n. 4, p. 213-23, 2010. Disponível em: <<http://revodonto.bvsalud.org/pdf/aodo/v46n4/a05v46n4.pdf>>. Acesso em: jan.2014.

GILBERT, L. Social factors and self-assessed oral health in South Africa. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, v. 22, n. 1, p.47-51, Feb. 1994. Disponível em: <<http://www.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0528.1994.tb01568.x/abstract>>. Acesso em: fev. 2013.

GÓES, P. S. A. **The prevalence and impact of dental pain in Brazilian schoolchildren and their families.** 2001. 305p. Thesis (Phd) - Department of Epidemiology and Public Health, University College London, London, 2001. Disponível em: <<http://www.informahealthcare.com/doi/pdf/10.1080/00016350701810633>>. Acesso em: set.2013.

GOIS, N. D. **Fissuras orofaciais:** compreensão da vivência do paciente e percepção de familiares. 2011. Dissertação (Mestrado em Odontologia)- Universidade Federal de Sergipe, Sergipe, 2011. Disponível em:<<http://www.bdttd.ibict.br>>. Acesso em: mar. 2013.

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**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 1707-14, jul. 2007.

GUATTARI, F. **Micropolítica:** cartografias do desejo. 7. ed. Petrópolis, Vozes, 2005. 439p.

HALLAL, P. C. Pesquisa nacional de saúde do escolar: da academia para a sociedade. **Ciênc. Saúde Coletiva [online]**. Rio de Janeiro, v. 15, suppl.2, pp. 3020-1, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s2/a03v15s2.pdf>>. Acesso em: 19 mar.2013.

HANNAY, D. The iceberg of illness and trivial consultations. **J. R. Coll. Gen. Pract.**, v. 30, n. 218, p. 551-4, Set. 1980.

HASSEL, A. J. et al. A German version of the GOHAI. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, v. 36, n. 1, p. 34-42, Feb. 2008. doi: 10.1111/j.1600-0528.2007.00351.x.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**, 2010. Disponível em:<<http://www.ibge.gov.br/bda/popul>>. Acesso em: mar. 2013.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD 2008**. Brasília: IBGE, 2008. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2008/brasilpnad2008.pdf>>. Acesso em: mar. 2013.

JORGE, M. L. R. **Tratamento de fratura coronária**: impacto sobre a qualidade de vida dos adolescentes. 2004. 126f. Tese (Doutorado em Odontologia)-Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2004.

KRESSIN, N. R. The oral health-related quality of life measure (OHRQOL). In: SLADE, G. D. (Ed.) **Measuring oral health and quality of life**. Chapel Hill: University of North Carolina, 1997. p. 113-20. Disponível em: <<http://www.adelaide.edu.au/arcpoh/downloads/publications/reports/miscellaneous/measuring-oral-health-and-quality-of-life.pdf>>. Acesso em: mar. 2013.

KRISDAPONG, S. *et al.* Setting oral health goals that include oral health-related quality of life measures: a study carried out among adolescents in thailand. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n.10, p.1881-92, Out. 2012.

LACERDA, J. T. *et al.* Oral health-related impact on daily life in a sample of adults of Tubarão city, Santa Catarina, Brazil. **Rev. Odont. UNESP [online]**. São Paulo, v. 38, n. 3, p. 148-53, maio-Jun. 2009.

LACERDA, J. T. **Impacto da saúde bucal na qualidade de vida**. 2005. 196f. Tese (Doutorado)- Faculdade de Medicina, Universidade de

São Paulo, São Paulo, 2005.

LEAKE, J. L. An index of chewing ability. **J. Public Health Dent.**, Ontario, v. 50, n.4, p. 262-7, Summer 1990.

LEAO, A. T.; SHEIHAM, A. The dental impact on daily living. In: SLADE, G. D. (Ed.) **Measuring oral health and quality of life**. Chapel Hill: University of North Carolina, 1997. p. 113-20. Disponível em: <<http://www.adelaide.edu.au/arcpoh/downloads/publications/reports/miscellaneous/measuring-oral->

LIMA, A. M. C. *et al.* Factors related to self-perceived need for dental treatment in adolescents, adults and elders in a city in northeastern Brazil. **RFO**, Passo Fundo, v. 17, n. 3, p. 295-302, Set./Dez. 2012.

LOCKER D. Concepts of oral health, disease and the quality of life. In: SLADE, G. D. (Ed.) **Measuring oral health and quality of life**. Chapel Hill: University of North Carolina, 1997. p. 11-24. Disponível em: <www.adelaide.edu.au/arcpoh/downloads/publications/reports/miscellaneous/measuring-oral-health-and-quality-of-life.pdf>. Acesso em: fev. 2013.

LOCKER, D. Measuring oral health: a conceptual framework. **Community Dent. Health**, v. 5, n. 1, p. 3-18, Mar. 1988. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3285972>>. Acesso em: mar. 2013.

LOCKER, D.; MILLER, Y. Evaluation of subjective oral health status indicators. **J. Public. Health Dent.**, v. 54, n. 3, p. 167-76, Summer 1994.

LOPES, A. R. C. **Conhecimentos sobre saúde bucal de cuidadores de idosos: uma revisão da literatura**. 2011. 31f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família)- Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Teófilo Otoni, 2011.

LUCENA, L. B. S. **O impacto da disfunção temporomandibular na qualidade de vida relacionada à saúde bucal**. 2004. 222f. Tese (Doutorado)- Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal da Paraíba e Universidade Federal da Bahia, João

Pessoa, 2004.

MAC GREGOR, I. D.; BALDING, J. W.; REGIS, D. Flossing behavior in English adolescents, **J. Clin. Periodontol.**, England, v. 25, n. 4, p. 291-6, Apr. 1998. Disponível em: <<http://www.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-051X.1998.tb02443.x/abstract>>. Acesso em: fev.2013.

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. **Pesqui. Bras. Odontopediatria Clin. Integr.**, João Pessoa, v. 12, n. 3, 2012. Disponível em:<<http://www.revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/search/results>>. Acesso em: jun. 2013.

MANSANO, S. R. V. Sujeito, subjetividade e modos de subjetivação na contemporaneidade. **Rev. Psicol. UNESP**, São Paulo, v. 8, n. 2, p.110-17, 2009.

MASHOTO, K. O. *et al.*, Dental pain, oral impacts and perceived need for dental treatment in Tanzanian school students: a cross-sectional study. **Health Qual. Life Outcomes**, United Kingdom, 7, p. 73, Jul. 2009. Disponível em:< <http://www.hqlo.com/content/7/1/73>>. Acesso em: jun. 2013.

MBAWALLA, H. S.; MASALU, J. R.; ÅSTRØM, A. N. 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 Pediatr.**, v. 10, p. 87, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3001697/?tool=pubmed>>. Acesso em: jun. 2013.

MC DOWELL, I. **Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires**. 3. ed. Oxford: Oxford University Press, 2006. Disponível em: <http://www.a4ebm.org/sites/default/files/Measuring%20Health.pdf>>. Acesso em: fev. 2013.

MELLO, A. L. S. F.; ERDMANN, A. L. Revelando contradições e incorporando melhores práticas no cuidado à saúde bucal de idosos.

Rev. Saúde Coletiva(Physis), Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p.139-56, 2007.

MENDONÇA, B. M. C. *et al.*, Impacto do número de dentes presentes no desempenho de atividades diárias: estudo piloto. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p.775-84, maio 2010.

MIOTTO, M. H. M. B; BARCELLOS, L. A; VELTEN, D. B. Avaliação do impacto na qualidade de vida causado por problemas bucais na população adulta e idosa em município da Região Sudeste. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n. 2, p. 397-406, Fev. 2012.

NARVAI, P. C. Há metas em saúde bucal para 2010? **Jornal do Site Odonto**, Ano IV, n. 52, 2002, [2telas]. Disponível em:<<http://www.jornaldosite.com.br/arquivo/anteriores/capel/capel5htm>>. Acesso em: mar. 2013.

NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P. Políticas de saúde bucal no Brasil. In: MOYSÉS, S. T.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S. J. (Org.). **Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências**. São Paulo: Artes Médicas, 2008a. p.1-20.

NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P. Saúde bucal coletiva. In: LUIZ, R. R.; COSTA, A. J. L.; NADANOVSKY, P. **Epidemiologia & bioestatística em odontologia**. São Paulo: Atheneu, 2008b. 44 p.

NORO, L. R. A. *et al.* Incidência de cárie dentária em adolescentes em município do Nordeste brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n.4, p.783-90, abr. 2009.

OLIVEIRA, C. M.; SHEIHAM, A. The relationship between normative orthodontic treatment need and oral health-related quality of life. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, v. 31, n. 6, p. 426-36, Dec. 2003.

ORESTES, C. M. S. Saúde bucal e qualidade de vida em pacientes fissurados. **ROPE Rev. Int. Odonto-Psicol. Odontol. Pacientes Espec.**; v. 1, n. 1, p. 92-8, jan./mar. 2005.

PERES, K. G. *et al.* Social and dental status along the life course and oral health impacts in Adolescents: a population-based birth cohort. **Health Qual. Life. Outcomes**. v. 7, p. 95, 2009. doi: 10.1186/1477-

7525-7-95.

PETERSEN, P. E. *et al.* Oral and general health behaviours among Chinese urban adolescents. **Community Dent. Oral Epidemiol.** Geneva, v. 36, n.1, p. 76-84, 2007. Disponível em: <http://www.who.int/oral_health/>. Acesso em: mar. 2013.

PINHEIRO, R. S.; TORRES, T. Z. G. Uso de serviços odontológicos entre os estados do Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva [online]**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 999-1010, Out./Dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n4/32336.pdf>>. Acesso em: nov. 2013.

PIRES, I. C. G. R. **A influência da saúde oral na qualidade de vida.** 2009. 213f. Dissertação (de candidatura ao grau de doutor)- Faculdade de Medicina Dentária, Universidade do Porto, Porto, 2009.

POPE, A. M.; TARLOV, A. R. **Disability in America.:** toward a national agenda for prevention. Washington (DC): National Academy Press, 1991. 362 p. Disponível em: <http://www.books.google.com.br/books?isbn=0309582911>. Acesso em: jun. 2013.

REISINE, S. Oral health and the sickness impact profile. In: SLADE, G. D. (Ed.) **Measuring oral health and quality of life.** Chapel Hill: University of North Carolina, 1997. p. 57-64. Disponível em: <<http://www.adelaide.edu.au/arcpoh/downloads/publications/reports/miscellaneous/measuring-oral-health-and-quality-of-life.pdf>>. Acesso em: mar. 2013.

RODRIGUES, M. M. A. Folha explicativa. Políticas Públicas. **Folha da manhã.** São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.folhadamanha.com.br>>. Acesso em: mar. 2013.

SHEIHAM, A. A determinação de necessidade de tratamento odontológico: uma abordagem social. In: PINTO, V. G. **Saúde bucal coletiva.** 4. ed. São Paulo: Santos, 2000. p.220-48.

SHEIHAM, A.; CUSHING, A. M.; MAIZELS, J. The social impacts of dental disease. In: SLADE, G. D. (Ed.) **Measuring oral health and quality of life.** Chapel Hill: University of North Carolina, 1997. p. 57-

64. Disponível em:

<<http://www.adelaide.edu.au/arcpoh/downloads/publications/reports/miscellaneous/measuring-oral-health-and-quality-of-life.pdf>>. Acesso em: mar. 2013.

SILVA, S. R. C. **Autopercepção das condições bucais em pessoas com 60 anos e mais de idade**. 1999. 126 f. Tese (Doutorado em Odontologia)- Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

SILVA, T. A.; PAIXÃO, H. H.; PORDEUS, I. A. Fatores do comportamento relacionados à higiene bucal em adolescentes. **Arquivos em Odontologia**, v. 33, n. 1, p. 5-14, 1997.

SLADE, G. D; SPENCER, A. J. Development and evaluation of the oral health impact profile. **Community Dent. Health**, v. 11, n. 1, p. 3-11, Mar. 1994.

SOARES, A. M .M. **Impacto sócio-dentário das oclusopatias e suas respectivas necessidades de tratamento na qualidade de vida de adolescentes**. 2011. Dissertação (Mestrado)- Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2011.

SOUZA, S. J. **Subjetividade em questão: a infância como crítica da cultura**. 2. Ed. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2005. 163 p.

STRAUSS, R. P. The dental impact profile. In: SLADE, G. D. (Ed.) **Measuring oral health and quality of life**. Chapel Hill: University of North Carolina, 1997. p. 81-92. Disponível em: <<http://www.adelaide.edu.au/arcpoh/downloads/publications/reports/miscellaneous/measuring-oral-health-and-quality-of-life.pdf>>. Acesso em: abr. 2013.

SUSIN, C.; ROSING, C. K. **Praticando odontologia baseada em evidências**. 5. ed. CAnoas: Ulbra, 1999.

TAMIETTI, M. B.; CASTILHO, L. S.; PAIXÃO, H. H. Educação em saúde bucal para adolescentes: inadequação de uma metodologia tradicional. **Arq. Odontol.**, v. 34, n. 1, p. 33-45, 1998.

TEIXEIRA, R. R. Agenciamentos tecnosemiológicos e produção de subjetividade: contribuição para o debate sobre a trans-formação do sujeito na saúde. **Ciênc.Saúde Coletiva [online]**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 49-61, 2001. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n1/7024.pdf>>. Acesso em: mar. 2014.

THOMSON, W. M.; LOCKER, D.; POULTON, R. Incidence of dental anxiety in young adults in relation to dental treatment experience.

Community Dent. Oral Epidemiol., London, v. 28, n. 4, p.289-94, Aug. 2000. Disponível em:

<<http://www.honlinelibrary.wiley.com/doi/10.1034/j.1600-0528.2000.280407.x/full>>. Acesso em: fev. 2013.

TRAEBERT, E. S. A. **Impacto das oclusopatias na qualidade de vida de jovens de 18 anos de idade do sexo masculino de Florianópolis, SC, Brasil.** 2004, 156 f. Dissertação (Mestrado)- Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área de Saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública [on line]*, São Paulo, v.39, n.3, p.507-514. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf>> . Acesso em: maio 2013.

UNGERICHT, L. G. D. **A Saúde bucal na terceira idade:** o impacto odontológico no cotidiano dos idosos. 2006, 94 f. Dissertação (Mestrado)- Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

VARÃO, C.; BATISTA, C.; MARTINHO, V. **Métodos de amostragem.** Metodologia da Investigação I. 2005-2006, [27 Slides]. Disponível em: <<http://www.educ.fc.ul.pt/docentes/ichagas/mi2/MetodosAmostragemT2.pdf>>. Acesso em: maio 2013.

WATT, R. G. Stages of change for sugar and fat reduction in an adolescent sample. **Community Dent. Health**, London, v. 14, n. 2, p. 102-7, Jun. 1997.

WHO - World Health Organization. Division of Mental Health and

Prevention of Substance Abuse. **WHOQOL Measuring quality of life**. Geneva: WHO, 1997. [15fls]. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf>. Acesso em: abr. 2013.

WHO - World Health Organization. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. **Soc. Sci. Med.** Great Britain, v. 46, n. 12, p. 1569-85, 1998. Disponível em: <<http://www.psychology.hku.hk/.../thewhoqolgroup/19>>. Acesso em: abr. 2013.

YIENGPRUGSAWAN, V. *et al.* Oral health-related quality of life among a large national cohort of 87,134 Thai adults. **Health Qual. Life Outcomes**, v. 9, n. 42, Jun. 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3125311/?tool=pubmed>>. Acesso em: ago. 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A. INSTRUMENTO DE PESQUISA (ORIGINAL)

Pergunta 1

a) Problemas com a sua boca, dentes ou próteses nos últimos seis meses têm causado dificuldades no seu.....(desempenho)?

b) Se a resposta for Sim, com que frequência?

1- Menos de uma vez ao mês (passe para a pergunta c)

2- Uma ou duas vezes ao mês

3- Uma ou duas vezes por semana

4- Três a quatro vezes por semana

5- Todo ou quase todo dia (5 ou mais vezes por semana)

C- Se for menos de uma vez ao mês, aproximadamente quantos dias no total?

1- Até cinco dias no total

2- Até quinze dias no total

3- Até trinta dias no total

4- Até três meses no total

5- Mais de três meses no total

Pergunta 2

Agora, gostaria de saber da gravidade do problema, em relação à pergunta 1. Em uma escala de zero a cinco, onde zero é nenhum e cinco é muito grave, como você o classifica?

0 1 2 3 4 5

Pergunta 3

Qual tem sido o principal sintoma?

1- Dor

2- Desconforto

3- Limitação na função (p.ex. mastigar, morder ou abrir a boca)

4- Insatisfação com a aparência

5- Outros (especificar)

Pergunta 4

Você poderia especificar quais os problemas que tem tido com sua boca, dentes ou dentadura?

00. Não consegue identificar

Dentes

- 01- dor de dente
- 02- falta de dente
- 03- dente mole
- 04- cor dos dentes
- 05- posição dos dentes (p.ex. dente torto ou muito para a Frente)
- 06- formato/tamanho dos dentes

Boca

- 07- deformidade na boca ou rosto
- 08- úlcera bucal ou escoriações doloridas (não relacionadas a prótese)
- 09- sensação de queimação na boca
- 10- respiração difícil
- 11- distúrbio no paladar
- 12- gosto desagradável

Gengivas

- 13- hemorragias gengivais
- 14- afastamento da gengiva
- 15- abscesso gengival

Mandíbula

- 16- barulho desagradável ou estalo na articulação mandibular
- 17- mandíbula travada; travamento anterior
- 18- obturação mal feita (p.ex. quebrada, cor diferente do Dente)
- 19- dentadura solta ou mal colocada
- 20- aparelhos ortodônticos
- 88- outros (especifique)
- 99- sem resposta

Comportamento: fatores sociopsicológicos

Agora, gostaria de fazer algumas perguntas relacionadas Com os seus dentes e boca. Não há respostas certas ou Erradas. Por favor, sinta-se à vontade para responder o que Realmente pensa e faz.

Pergunta 5

- a) Você teve oportunidade de limpar os seus dentes ontem?
()
- 0. Não (pule para a pergunta 6). Se a resposta for Sim:

b) Quantas vezes ()

1- uma vez

2- duas vezes

3- mais de duas vezes

C- Como você limpa seus dentes?

1- escovando

2- escovando os dentes e outras maneiras

3- outro método (especificar) _____

Pergunta 6

a) Você coloca açúcar na sua comida?

1- nunca

2- raramente

3- às vezes

4- frequentemente/sempr e. Número de colheres de chá ()

b) Você coloca açúcar na sua bebida (p.ex.chá ou café)? ()

1- nunca

2- raramente

3- às vezes

4- frequentemente/sempr e. Número de colheres de chá ()

b)Quantas vezes, ontem, você comeu sobremesa ou comida doce?

Número de vezes ()

(d) Quantas vezes, ontem, você tomou bebida doce (p.ex.

Suco, refrigerante, chá, café ou açúcar)

Número de vezes ()

Pergunta 7

Você tem fumado cigarro nestes dias?

Se a resposta for Não, você já teve o hábito de fumar regularmente?

1- nunca

2- já fumei, mas não fumo mais

c)Se você fuma, é cigarro em maço (industrial) ou feito mão (palheiro)?

b1) Se fuma cigarro industrial, quantos por dia ? ()

b2) Se fuma palheiro, quantos gramas de fumo você utiliza por semana ? ()

Pergunta 8

a)Aproximadamente há quanto tempo foi a sua última

consulta ao dentista?

0. nunca

1. há mais de vinte anos
2. entre dez e vinte anos
3. entre cinco e dez anos
4. entre dois e cinco anos
5. de um a dois anos
6. menos de um ano

b) Quantas vezes você foi ao dentista nos dois últimos anos?

00. nenhuma

Número de vezes ()

c) Se a resposta for positiva, por que foi ao dentista?

1. Check-up ou finalidades profiláticas ()
2. Por sintoma inicial de doenças bucais ()
3. Por sintoma tardio de doenças bucais ()
4. Consulta marcada com o dentista ()
5. Outras razões ()

Pergunta 9

Você é o tipo de pessoa que: ()

1. Coloca a culpa de muitos de seus problemas nos dentes
2. Coloca alguma culpa de seus problemas nos dentes
3. Quase nunca culpa seus dentes pelos problemas que tem

Pergunta 10

Você acredita que os tratamentos dentários ajudam a deixar os dentes e a sua boca mais saudáveis? ()

1. sim/absolutamente
2. provavelmente/às vezes/não tem certeza
3. não
4. não sei

Pergunta 11

Algumas pessoas sentem muito medo quando vão ao dentista, outras se sentem um pouco nervosas, e outras não se incomodam. Você se sente; ()

1. com medo, muito nervoso
2. bastante nervoso
3. um pouco nervoso
4. nem um pouco nervoso

Pergunta 12

(a) Se você tiver problemas dentários, você consulta um dentista? ()

1. definitivamente sim
2. provavelmente/sem muita certeza
3. não

b) Se a resposta é definitivamente não, por que você acha que é difícil consultar um dentista? (pode dar mais de uma resposta)

1. medo
2. Custo
3. problema de tempo
4. disponibilidade de serviço
5. falta de confiança na competência do dentista
6. acha que não irá beneficiar-se com o tratamento dentário
7. insatisfação com tratamento dentário anterior
8. outros (cite) _____

Pergunta 13

Alguma vez um dentista ou uma equipe odontológica, Ou mesmo um funcionário da Saúde lhe explicou como Higienizar os dentes? ()

0. não (vá para a pergunta 14)

b) Se a resposta for sim, o que você foi aconselhado a fazer?

1. Não consegue lembrar/sem certeza (vá para a pergunta 14)

c) Se consegue lembrar e explicar, você está seguindo estes conselhos? (assinale)

2. de modo nenhum
3. parcialmente
4. totalmente

Pergunta 14

Alguma vez um médico ou funcionário da Saúde lhe aconselhou sobre os tópicos abaixo?

Se a resposta for Não, escreva 0 (zero); se for Sim e você está seguindo os conselhos, escreva: sobre qual tópico você já foi aconselhado? (assinale um tópico para procedimento de auto-controle e um para regime com medicação)

a) Procedimento de auto-controle

a.1. Dieta (p.ex. redução de gordura/sal/açúcar) 0 1 2 3 ()

a.2. Redução de fumo 0 1 2 3 ()

a.3 Outros (citar) _____

b) Medicação

b.1 Usando automedicação (drogas de rotina) 0 1 2 3 ()

b.2 Medicação sob receita médica 0 1 2 3 ()

b.3 Outros (citar) _____

Obrigado por sua cooperação.

APÊNDICE B. INSTRUMENTO DE PESQUISA UTILIZADO

Prezado estudante,

Solicitamos sua colaboração, no sentido de responder às seguintes questões:

1 - Com que frequência, (utilize as informações abaixo), problemas com sua boca ou dentes, têm causado dificuldades em:

- A () comer e apreciar a comida;
- B () falar e pronunciar com clareza;
- C () higienizar os dentes;
- D () dormir e relaxar;
- E () sorrir, dar risadas e mostrar os dentes, sem ficar envergonhado;
- F () manter um estado emocional normal, sem ficar irritado;
- G () desempenhar o trabalho principal ou o papel social;
- H () gostar de ter contato com as pessoas.

FREQUÊNCIAS:

- (0) Nunca
- (1) Menos de uma vez por mês, ou intervalo de até cinco dias no total;
- (2) Em torno de uma vez por semana, ou intervalo de até quinze dias no total;
- (3) Em torno de duas vezes por semana, ou intervalo de até trinta dias no total;
- (4) Três a quatro vezes por semana, ou intervalo de até três meses no total;
- (5) Todo ou quase todo dia, ou intervalo de mais de três meses no total.

2 - Quanto de dificuldade você tem tido, (utilize as informações abaixo), em:

- A () comer e apreciar a comida;
- B () falar e pronunciar com clareza;
- C () higienizar os dentes;
- D () dormir e relaxar;
- E () sorrir, dar risadas e mostrar os dentes, sem ficar envergonhado;
- F () manter um estado emocional normal, sem ficar irritado;
- G () desempenhar o trabalho principal ou o papel social;
- H () gostar de ter contato com as pessoas.

GRAUS DE DIFICULDADE:

- (0) Nenhuma dificuldade;

- (1) Pouquíssima dificuldade;
- (2) Pouca dificuldade;
- (3) Média dificuldade;
- (4) Grande dificuldade;
- (5) Dificuldade muito grave.

3 - Qual tem sido o principal sintoma? (marque com “x”)

- Dor;
- Desconforto;
- Limitação na função (ex. mastigar, morder ou abrir a boca);
- Insatisfação com a aparência;
- Outros (especificar) _____

4 - Você poderia especificar quais os problemas que tem tido, com sua boca ou dentes? (marque com “x”).

- Não consegue identificar

Dentes:

- Dor de dente(s);
- Falta de dente(s);
- Dente(s) mole(s);
- Cor dos dentes;
- Posição dos dentes (ex. dente torto ou muito para frente);
- Formato/tamanho dos dentes;
- Obturação mal feita (ex. quebrada, cor diferente do dente).

Boca:

- Deformidade na boca ou no rosto;
- Úlcera bucal ou escoriações doloridas;
- Sensação de queimação na boca;
- Respiração difícil;
- Distúrbio no paladar (gosto da comida);
- Gosto desagradável;

Gengivas:

- Sangramentos gengivais;
- Afastamento da gengiva;
- Abscesso (pus) na gengiva.

Mandíbula:

- Barulho desagradável ou estalo na articulação mandibular;
- Mandíbula travada;
- Aparelhos ortodônticos;
- Outros (especificar);
- Sem resposta.

5 - Em geral, você considera sua saúde bucal:

- Excelente;

muito boa;

Boa;

Razoável;

Ruim.

6 - Aproximadamente há quanto tempo foi sua última consulta ao dentista? (marque "x").

Nunca;

Há mais de 15 anos;

Entre 10 e 15 anos;

Entre 5 e 10 anos;

Entre 2 e 5 anos;

De 1 a 2 anos;

Menos de 1 ano.

7 - (a) Quantas vezes você foi ao dentista nos últimos 2 anos?

Nunca

Número de vezes

(b) se a resposta anterior for positiva, qual a razão da ida ao dentista? (marque "x"). Pode assinalar mais de uma opção, caso necessite.

Somente exame de rotina ou para procedimentos preventivos

Por algum sintoma inicial de doenças bucais

Por sintoma tardio de doenças bucais

Consulta marcada com o dentista

Outras razões. (citar) _____

8 - Você foi atendido(a) em: (marque "x").

Posto de saúde;

Consultório particular;

Consultório da escola;

Outros (especificar).

9 - Com relação a seus dentes e boca, você está: (marque "x").

Muito satisfeito;

Satisfeito;

Nem satisfeito, nem insatisfeito;

Insatisfeito;

Muito insatisfeito;

Não sei.

APÊNDICE C. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (1)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA MESTRADO – ODONTOLOGIA EM SAÚDE COLETIVA

Você foi selecionado(a) e está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa, cujo título é: “*Avaliação do impacto da saúde bucal no cotidiano dos adolescentes do Instituto Federal de Santa Catarina (campus Florianópolis)*”, que será conduzido por Rogério Góes (RG 987.114 e CPF 468.528.329.53), estudante do curso de Mestrado em Odontologia em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Santa Catarina, sob orientação dos professores Dr. João Carlos Caetano e Dr^a Mirelle Finkler, desta mesma instituição. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFSC (sob número 351.453).

Esclarecemos que o objetivo deste trabalho é a verificação da influência da saúde bucal no dia a dia das pessoas. O trabalho terá a duração de oito meses, com início previsto para julho de 2013, e término em março de 2014.

Suas respostas serão tratadas de forma confidencial e anônima, isto é, em nenhum momento será divulgado seu nome, nem qualquer informação que possa, de alguma forma, identifica-lo (a).

Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa, e os resultados serão utilizados na escrita de dissertação, desenvolvida pelo orientando Rogério Góes, bem como divulgados em eventos e/ou revistas científicas. Estas informações ficarão guardadas com o pesquisador, por um período máximo de cinco anos, de acordo com o que preceitua a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.

Sua participação é voluntária, ou seja, a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar, retirando seu consentimento.

Você terá apenas que responder a algumas perguntas, por escrito, a serem formuladas sob a forma de questionário.

Você não terá nenhum custo, e nem receberá quaisquer compensações financeiras, por conta de sua participação nesta pesquisa. Os benefícios que esperamos virem deste trabalho serão o aumento do

conhecimento científico na área de Odontologia, especificamente em relação à saúde bucal de adolescentes, bem como uma contribuição para uma possível reorganização do serviço de assistência odontológica no IFSC.

Você receberá uma cópia deste termo, na qual constarão os números dos telefones celulares e os e-mails do pesquisador responsável e do orientando, bem como o endereço deste, o que lhe permitirá tirar quaisquer dúvidas a respeito de sua participação na pesquisa, a qualquer tempo.

Desde agora, agradecemos-lhe por sua colaboração.

Prof. Dr. João Carlos Caetano
(Orientando)
E-mail: caetano@saude.sc.gov.br
Celular: 9119-28-44

Rogério Góes
(pesquisador responsável)
E-mail: rgoes@ifsc.edu.br
Celular: 9686-96-20
Endereço: R. Almeida Coelho,136.
Saco dos Limões, Fpólis.

Florianópolis, ____de ____ de 2013.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste termo de consentimento, estando de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ou constrangimento.

Nome: _____ Assinatura _____

Instituição: _____

Telefone: () _____ E-mail: _____

Local: _____, Data: ____de _____de 2013.

APÊNDICE D. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (2)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA MESTRADO – ODONTOLOGIA EM SAÚDE COLETIVA

Prezado sr. (a).

Seu filho (a) foi selecionado(a) e está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa, cujo título é: “*Avaliação do impacto da saúde bucal no cotidiano dos adolescentes do Instituto Federal de Santa Catarina (campus Florianópolis)*”, que será conduzido por Rogério Góes (RG 987.114 e CPF 468.528.329.53), estudante do curso de Mestrado em Odontologia em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Santa Catarina, sob orientação dos professores Dr. João Carlos Caetano e Dr^a Mirelle Finkler, desta mesma instituição. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFSC (sob número 351.453).

Esclarecemos que o objetivo deste trabalho é a verificação da influência da saúde bucal no dia a dia das pessoas. O trabalho terá a duração de oito meses, com início previsto para julho de 2013, e término em março de 2014.

As respostas que serão obtidas de seu (a) filho (a) serão tratadas de forma confidencial e anônima, isto é, em nenhum momento será divulgado seu nome, nem qualquer informação que possa, de alguma forma, identifica-lo (a).

Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados serão utilizados na escrita de dissertação, desenvolvida pelo orientando Rogério Góes, bem como divulgados em eventos e/ou revistas científicas. Estas informações ficarão guardadas com o pesquisador, por um período máximo de cinco anos, de acordo com o que preceitua a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.

A participação de seu (a) filho (a) é voluntária, isto é, a qualquer momento ele (ela) pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento.

A participação de seu (a) filho (a), nesta pesquisa, consistirá em

responder a perguntas a serem formuladas sob a forma de questionário.

Seu filho (a) não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras, por conta de sua participação nesta pesquisa. Os benefícios que esperamos virem deste trabalho, serão o aumento do conhecimento científico na área de Odontologia, especificamente em relação à saúde bucal de adolescentes, bem como uma contribuição para uma possível reorganização do serviço de assistência odontológica no IFSC.

Seu filho (a) receberá uma cópia deste termo, na qual constarão os números dos telefones celulares e os e-mails do pesquisador responsável e do orientando, bem como o endereço deste, o que lhe permitirá tirar quaisquer dúvidas a respeito de sua participação na pesquisa, a qualquer tempo.

Desde já, agradecemos-lhe pela atenção.

Prof. Dr. João Carlos Caetano
(Orientando)
E-mail: caetano@saude.sc.gov.br
Celular: 9119-28-44

Rogério Góes
(pesquisador responsável)
E-mail: rgoes@ifsc.edu.br
Celular: 9686-96-20
Endereço: R. Almeida Coelho, 136.
Saco dos Limões, Fpólis.

Florianópolis, ____de____ de 2013.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste termo de consentimento, estando de acordo com a participação de meu (a) filho (a) no estudo proposto, sabendo que, caso deseje, dele poderá desistir a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ou constrangimento.

Nome: _____ Assinatura _____

Instituição: _____

Telefone: () _____ E-mail: _____

Local: _____, Data: ____de ____de 2013.

ANEXOS

ANEXO A. DECLARAÇÃO (RESPONSÁVEL PELA INSTITUIÇÃO)



GOVERNO FEDERAL

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

SECRETARIA DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA

INSTITUTO FEDERAL DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE SANTA CATARINA

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina e, como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: “*Avaliação do impacto da saúde bucal no cotidiano dos adolescentes do Instituto Federal de Santa Catarina (campus Florianópolis)*”, e cumprirei os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Florianópolis, 13/06/2013

ASSINATURA _____

CARIMBO DO(A) RESPONSÁVEL

Maurício Gariba Júnior
Diretor Geral do
Campus Florianópolis do IF-SC
Portaria nº 2.121 D.O.U 23/12/2011

ANEXO B. PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS (CEPESH)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA SAÚDE BUCAL NOS ADOLESCENTES DO INSTITUTO FEDERAL DE SANTA CATARINA (CAMPUS FLORIANÓPOLIS).

Pesquisador: JOAO CARLOS CAETANO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 18621213.0.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 351.453

Data da Relatoria: 12/08/2013

Apresentação do Projeto:

É um projeto de mestrado o qual foca adolescentes. O projeto destaca as transformações físicas, biológicas e psicológicas as quais marcam a passagem para a vida adulta. Estas transformações têm também seus reflexos na

saúde bucal, sendo, por isso, o alvo da pesquisa. As doenças bucais podem afetar os indivíduos de diferentes formas e em diferentes níveis de complexidade. Isto vem reforçar a necessidade do uso de mecanismos capazes de buscar, na subjetividade, a identificação das relações que cada pessoa estabelece entre seu estado de saúde bucal e necessidade de tratamento, ou seja, buscar-se a compreensão dos mecanismos psicossociais envolvidos nessas questões.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Verificar os impactos da saúde bucal no cotidiano dos adolescentes.

Objetivo Secundário:

Avaliar as autopercepções de saúde bucal dos indivíduos da pesquisa, verificando as razões da procura por assistência odontológica.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 351.453

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Embora o estudo considere que não há risco, o CEP sempre considera riscos inerentes à pesquisa. **Benefícios:** Aumento do conhecimento científico na área, melhoria da qualidade do atendimento odontológico.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

É uma pesquisa de abordagem quantitativa, através da aplicação de instrumento socio-dental (IODD), mediante questionário. O trabalho será realizado no Instituto Federal de Ciência e Tecnologia de Santa Catarina - Campus Florianópolis. O instrumento principal a ser utilizado nesta pesquisa é o Impacto Odontológico no Desempenho Diário (IODD), desenvolvido por Adulyanon e Sheiham (1997). Este instrumento será aplicado por intermédio de um questionário, composto por 9 perguntas. Leão e Sheiham (1996) criaram uma medida sócio odontológica, chamada The Dental Impact on Daily Living, composta pela avaliação de cinco dimensões de qualidade de vida: conforto (relativo a queixas como sangramento gengival e trituração de alimentos); aparência, relacionada à autoimagem; dor; desempenho, a habilidade para desenvolver tarefas diárias e interagir com pessoas; restrições alimentares, relacionadas à mordida e mastigação. Este instrumento é composto por um questionário de 36 itens que verificam o impacto da saúde bucal na vida diária, e uma escala que é uma representação gráfica de um método desenvolvido para verificar a importância que as pessoas respondentes atribuem às diferentes dimensões envolvidas (LEÃO ; SHEIHAM, 1997). Três itens foram incluídos, relacionados aos possíveis efeitos de doença bucal. Os problemas com seus dentes ou gengivas têm:

(A) afetado suas atividades diárias, como trabalho e lazer?

(B) Afetado suas atividades sociais com familiares, amigos e colegas de trabalho? (C) Feito você evitar

conversas com outras pessoas, por causa de sua aparência?

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos adequados. Foi retirada a expressão de que não há nenhum risco do TCLE dos menores e dos pais conforme solicitação.

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-900
UF: SC **Município:** FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-9200 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O instrumento que vai ser utilizado já foi adaptado para a realidade brasileira e o autor mencionou várias adaptações transculturais na cidade de Belo Horizonte, Rio de Janeiro, Porto Alegre (com adolescentes) e da própria UFSC. Nenhuma pendência.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FLORIANOPOLIS, 06 de Agosto de 2013

Assinador por:
Ylmar Correa Neto
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade CEP: 88.040-900
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 Fax: (48)3721-9696 E-mail: ceo@reitoria.ufsc.br