

Larissa **C**arla **R**odrigues

**Percepção de saúde bucal por
adolescentes que receberam assistência
odontológica na primeira década de vida**

Araçatuba - SP

2016

Larissa **C**arla **R**odrigues

**Percepção de saúde bucal por
adolescentes que receberam assistência
odontológica na primeira década de vida**

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” Campus de Araçatuba, para obtenção do título de Mestre em Ciência Odontológica, área de concentração Saúde Bucal da Criança

Orientador: Prof^o Dr. Robson Frederico Cunha

Araçatuba - SP

2016

Catálogo-na-Publicação (CIP)

Diretoria Técnica de Biblioteca e Documentação – FOA / UNESP

Rodrigues, Larissa Carla.

R696i Percepção de saúde bucal por adolescentes que receberam assistência odontológica na primeira década de vida /

Larissa Carla Rodrigues. - Araçatuba, 2016

80 f. : il. ; tab. + 1 CD-ROM

Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual Paulista,
Faculdade de Odontologia de Araçatuba

Orientador: Prof. Robson Frederico Cunha

1. Autoimagem 2. Saúde bucal 3. Assistência odontológica
4. Criança 5. Odontologia preventiva I. Título

Black D27

CDD 617.645

Dados Curriculares

Larissa Carla Rodrigues

Nascimento	15.08.1988 – São Paulo – SP
Filiação	Luiz Paulo Rodrigues Sueli Oliveira Rodrigues
2009/2013	Curso de Graduação em Odontologia pela Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP
2014/2016	Curso de Pós-Graduação em Ciência Odontológica, área de concentração Saúde Bucal da Criança, nível de Mestrado, na Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP
Associações	CROSP – Conselho Regional de Odontologia de São Paulo SBPqO – Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica IADR – International Association for Dental Research

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho

A *Deus*

Por ter me concebido o dom da vida. Entre muitos caminhos possíveis, esse foi o escolhido. Por sua presença que sempre me sustentou nos momentos de dificuldades e também nos de alegrias. Me proporcionou conviver com pessoas maravilhosas. E aprender a cada dia.

Aos meus pais: *Luiz Paulo e Sueli*

Pelo amor incondicional e pela paciência. Por terem feito o possível e o impossível para me oferecerem a oportunidade de estudar, longe deles, acreditando e respeitando minhas decisões e nunca deixando que as dificuldades acabassem com os meus sonhos, serei imensamente grata.

Aos meus irmãos: *Keli e Luiz Paulo Jr.*

Por todas as alegrias vividas na infância e pelos caminhos escolhidos por Deus. Sempre estiveram por perto cuidando e auxiliando em todas as fases do meu crescimento. Por muitas conversas aonde ouvi não se preocupe com isso, sua tarefa é estudar e conquistar seus objetivos. Volte para casa quando a saudade apertar e não conseguir se alegrar, estaremos aqui. E assim se repetiu por esses 7 anos longe de vocês.

Aos meus sobrinhos: *Matheus e Beatriz*

Me fez conhecer como brinquedos espalhados, pipoca na panela e brigadeiro de colher são os únicos requisitos para ser feliz.

Ao meu orientador: *Professor Robson*

Desde a graduação tem grande representatividade na imagem de um profissional dedicado ao que se propõem. Com seu caminhar calmo, seguro e sempre no mesmo ritmo demonstra segurança e conhecimento ao que se dedica há anos durante sua vida. Cuidar de pessoas!

Obrigada pela disponibilidade que sempre encontrei todas as vezes que necessitei.

AGRADECIMENTOS

Agradecimentos

“O correr da vida embrulha tudo. Ávida é assim, esquenta e esfria, aperta e depois afrouxa, aquieta e depois desinquieta. O que ela quer da gente é coragem. O que Deus quer é ver a gente aprendendo a ser capaz de ficar alegre e amar, no meio da alegria. E ainda mais no meio da tristeza. Todo o caminho da gente é resvaloso, mas cair não prejudica demais, a gente levanta, a gente sobe, a gente volta”.

(João Guimarães Rosa em “Grande Sertão Veredas”, 1956).

A Deus

Pela vida e as pessoas que nela foram escolhidas para caminharem junto a mim. Não existe um momento desta passagem que deixei de sentir sua benção na escolha dos caminhos percorridos e os que ainda virão.

Aos meus pais e meus irmãos

“Que a família comece e termine sabendo onde vai
E que o homem carregue nos ombros a graça de um pai
Que a mulher seja um céu de ternura, aconchego e calor
E que os filhos conheçam a força que brota do amor! ”

(Padre Zezinho)

Ao meu orientador Professor Robson

Pela alegria quando soube que estaria sob sua orientação no mestrado. Obrigado pela oportunidade de poder realizar este trabalho com a sua orientação e também pela confiança depositada em mim nessa missão.

Aos *Professores da disciplina de odontopediatria*

Dr. Alberto Carlos Botazzo Delbem, Dr. Célio Percinoto, Dr. Robson Frederico Cunha, Dra. Rosangela Santos Nery, Dra. Sandra Maria Herondina Ávila de Aguiar, Dr. Juliano Pelim Pessan e a Dra. Cristiane Duque vocês terão sempre o meu respeito e admiração. Agradeço a todos pelas orientações que foram constantes, pela dedicação e pela humildade em compartilharem suas experiências de vida.

Aos *meus Amigos de Mestrado*

Lais, Giovanna, Priscila e Samia agradeço pelas ótimas histórias vividas e longos papos nos corredores do departamento, por todas as clínicas de prevenção e tratamento que sempre terminavam em conversas de autoajuda. Compartilhando, incentivando e dando força para as dificuldades que íamos encontrando pelo caminho que achávamos difícil e incerto. Hoje acredito que tudo isso já estava planejado por Deus e só precisávamos deixar Deus ser Deus em nossas vidas.

Aos *amigos de departamento*

Renan Fernandes, Jaqueline Canova, Gabriela Fernandes, Luhana Garcia, Giovana Coclete, Karina Caiafa, José Antônio, Marcelle Danellon, Douglas Monteiro, Kelly Ainda e Mayra Frasson agradeço a todos pela amizade, cuidado e aos ensinamentos adquiridos. Vocês se tornaram peças importantes nesta jornada e serão sempre pessoas especiais que lembrarei com muito carinho e gratidão.

As minhas amigas de graduação

Gabriela Leonardi, Letícia Robles, Isabella Pagioro, Naiana Belila e Natália Salles estamos juntas desde a primeira aula inaugural da graduação onde cada palavra dita pelo professor faziam lágrimas escorrerem por nossos olhos não imaginando o livro que juntas estaríamos escrevendo. Agradeço por encontrar vocês nesta cidade que me fez crescer, amadurecer e agora partir com responsabilidades da vida adulta e a esperança de uma criança.

Aos funcionários desta instituição

Aos funcionários do departamento: **Mário, Ricardo e Luizinho**, pela amizade e convívio neste período do meu Mestrado;

Aos funcionários da seção de pós-graduação **Cristiane, Lilian e Valéria**, por toda atenção e ajuda a mim concedida;

Aos funcionários da seção de triagem, em especial a **Léia**, por participar de forma direta na minha pesquisa e artigo, separando e me disponibilizando os prontuários de acordo com que eu necessitava para cada levantamento, deixando de lado os seus afazeres priorizando me ajudar. Meu muito obrigado, você foi essencial para minha caminhada.

Aos meus pacientes e responsáveis

Obrigado pela presença e por atenderem ao meu convite e ao convite desta instituição, obrigado pela paciência e respeito ao nosso aprendizado, pela colaboração diretamente a minha pesquisa, dando prioridade ao atendimento que a qualquer outro compromisso que pudessem vir a ter. Posso não ter sido tão importante para vocês como foram para mim, mas foi maravilhoso saber que fiz parte de um programa onde as pessoas têm orgulho de dizer que foram pacientes desde muito jovens. Vocês me deram um exemplo do que é o amor ao próximo, obrigado por tornarem meu sonho realidade, pois sem vocês não teria nem saído do lugar.

A Professora Maria Lúcia

Obrigado por sempre me atender com um sorriso no rosto e compreender meu trabalho como fosse realizado por ti. Pelas horas dedicadas ao meu trabalho e também ao meu artigo, pelas tardes de aprendizado que eram de grande valia para meu crescimento. Minha eterna gratidão.

A todos

Que nesses dois anos, me ensinaram muitas coisas. Confesso que nem tudo eu aprendi, mas o pouco que aprendi está aqui pleno, dos pés à cabeça, por isso, quero agradecer profundamente a cada momento e a cada aprendizado!

Agradecimentos Institucionais

À Universidade Estadual "Júlio de Mesquita Filho" - UNESP| Araçatuba,
pela oportunidade da realização deste curso de pós-graduação.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
(CAPES), pelo apoio financeiro nesses dois anos de aprendizado.

EPIGRAFE

“A percepção do desconhecido é a mais fascinante das experiências. O homem que não tem os olhos abertos para o misterioso passará pela vida sem ver nada.”

(Albert Einstein)

RESUMO

RODRIGUES, L. C. Percepção de saúde bucal por adolescentes que receberam assistência odontológica na primeira década de vida. 80f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2016.

Resumo

O propósito desta pesquisa foi verificar o impacto na saúde bucal de adolescentes após terem participado em um programa odontológico de natureza educativa e preventiva na primeira década de vida. Neste estudo transversal participaram 201 adolescentes, em que se aplicou o formulário OHIP-14 que ingressaram no programa odontológico no período de 1996 a 2002. Foram convidados a comparecerem juntamente com o pai ou mãe para uma consulta que constou da aplicação de dois questionários. Estudou-se a consistência interna do índice aplicando-se o coeficiente alpha-Cronbach. O índice OHIP-14 foi obtido pelo método aditivo. A amostra foi de conveniência e os dados obtidos foram analisados por método qualitativo. A procura por atendimento odontológico foi frequente por pelo menos uma vez ao ano por razões de estética ou visita de rotina. Os hábitos saudáveis orientados durante a participação no programa, permaneceram em 50% dos entrevistados. A consistência interna para o índice OHIP-14 foi boa (alpha-Cronbach = 0,79). A média, para o índice OHIP-14, foi de 6,68, denotando baixo impacto sobre a saúde bucal dos adolescentes entrevistados. Foi possível concluir que foi boa a auto percepção que os adolescentes denotaram em relação à saúde bucal assim como o índice OHIP-14 apresentou consistência interna boa, mostrando ser baixo o impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos adolescentes entrevistados.

Palavras-chave: 1. Autoimagem 2. Saúde bucal 3. Assistência odontológica 4. Adolescente 5. Odontologia preventiva.

ABSTRACT

RODRIGUES, L. C. Perception of health of adolescent that received dental care in the first decade of life. 80f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2016.

Abstract

The purpose of this research was to verify the impact on oral health of teenagers after having participated in a dental program of educational and preventive nature in the first decade of life. In this cross-sectional study took part in teenagers 201 which applied the OHIP-14 form who join the dental program in the period from 1996 to 2002. Were invited to attend along with the father or mother for a dental evaluation, which found application of two questionnaires for the patient. The permanence of the healthy habits targeted for participation in the program. The internal consistency was studied by applying the coefficient alpha- Cronbach. The index OHIP-14 was obtained by additive method. The sample was convenience and the data obtained were analyzed by qualitative method. The demand for dental care was frequent at least once a year for reasons of aesthetics or routine visit. Healthy habits targeted for participation in the program, remained in 50% of respondents. Internal consistency for the OHIP-14 index was good (alpha-Cronbach= 0.79). The average for the OHIP-14 index was 6.68, denoting low impact on the oral health of the adolescents interviewed. It was possible to conclude that it was good the perception that teens had oral health as well as the OHIP-14 index presented good internal consistency, showing to be down the oral health impact on quality of life of adolescents surveyed.

Keywords: 1. Self-concept 2. Oral health 3. Dental care 4. Teenager 5. Preventive dentistry

LISTA

Lista de Tabelas

Tabela 1-	Visita ao dentista	48
Tabela 2-	Periodicidade ao dentista	48
Tabela 3-	Motivo da consulta	49
Tabela 4-	Local da consulta	49
Tabela 5-	Participação em programa preventivo	50
Tabela 6-	Autopercepção em saúde bucal	50
Tabela 7-	Problemas dentários	50
Tabela 8-	Reação ao atendimento	51
Tabela 9-	Orientações dieta e higiene	51
Tabela 10-	Exemplo de dieta	51
Tabela 11-	Exemplo de higiene	52
Tabela 12-	Frequência de higienização	52
Tabela 13-	Utilização do fio dental	52
Tabela 14 -	Utilização produtos fluoretados	53
Tabela 15-	Frequência e média de ocorrência dos itens que compõem o índice OHIP-14	54

Lista de Quadros

Quadro 1-	Índice OHIP-14 versão brasileira. Opções de respostas para fins de cálculo total do indivíduo	44
Quadro 2-	Domínios do índice OHIP segundo problemas apresentados	45

Lista de Abreviaturas

OMS	Organização Mundial da Saúde
UNESP	Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”
SP	São Paulo
SBPqO	Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica
CROSP	Conselho Regional de Odontologia de São Paulo
IADR	International Association Dental Research
UNISANTA	Universidade Santa Cecília
UNIGRANRIO	Universidade do Grande Rio
FOA	Faculdade de Odontologia de Araçatuba
n	Número da amostra
CPOD	Dente permanente cariado, perdido e obturado
CPI	Índice periodontal comunitário
OHRQoL	Oral health quality of life
DIDL	Dental Impacts on Daily Living
OIDP	Oral Impacts on Daliy Performance
OHIP	Oral Health Impact Profile
ABO	Associação Brasileira de Odontologia
NEC	Núcleo de Educação Continuada
SESI	Serviço Social da Indústria

SUMÁRIO

Sumário

1 Introdução	25
2 Síntese da Literatura	32
3 Proposição	37
4 Material e Método	39
4.1 Descrição dos procedimentos educativos e preventivos realizados nas duas fases do programa	39
4.2 Aprovação do comitê de ética	41
4.3 Formação da amostra	41
4.4 Metodologia para as análises	45
4.5 Análise estatística	45
5 Resultados	48
5.1 Resultados de verificação sobre a influência das orientações e atendimentos realizados em idade precoce	48
5.2 Consistência interna do questionário OHIP-14	53
6 Discussão	56
7 Conclusão	64
8 Referências	66
9 Anexos	71

INTRODUÇÃO

1 Introdução

Uma das principais definições que reconhece a natureza multidimensional da saúde foi formulada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1948. Saúde é conceituada como um “estado completo de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença”. Esta definição indica que saúde engloba aspectos objetivos e subjetivos com abordagem biopsicossocial. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1948).

A avaliação de saúde através de indicadores clínicos fica limitada e não aborda universo amplo de maneira em que o paciente pode ser afetado por uma doença ou por seu tratamento. Indicadores que medem os aspectos sociais e emocionais da saúde devem complementar a caracterização normativa das condições de saúde, possibilitando o desenvolvimento do construto qualidade de vida na área da saúde. Qualidade de vida apresenta conceito amplo que inclui a percepção subjetiva do indivíduo sobre bem-estar através de todos os domínios da vida, em relação à saúde física, emocional e convivência social.

De acordo com a OMS, qualidade de vida é a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e nos sistemas de valores nos quais ele vive, em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995).

Na área da saúde, o conceito qualidade de vida despertou interesse há relativamente pouco tempo. Isto pode ser explicado, em parte, devido aos novos paradigmas que têm influenciado as políticas e as práticas do setor nas últimas décadas. Atualmente discute-se o processo saúde-doença em um contexto multifatorial e complexo. Saúde e doença, portanto, podem ser relacionados aos aspectos econômicos, socioculturais, experiência pessoal e estilos de vida (SEIDL; ZANNON, 2004).

O sistema estomatognático proporciona as funções de falar, sorrir, beijar, tocar, cheirar, saborear, engolir e chorar na ausência de dor. Na presença das doenças bucais estas funções apresentam restrição da atividade funcional bucal e geral, promovendo também impacto psicossocial no indivíduo.

A cárie precoce promove prejuízo da função mastigatória que conseqüentemente leva a escolha de alimentos que exigem menos esforço mastigatório comprometendo o estado nutricional e peso corporal. O

comprometimento da função advém de sintomas bucais desconfortáveis e dolorosos. Interferindo no comprometimento da fala e das funções físicas gerais. A estética quando comprometida segundo o contexto sociocultural que a criança está inserida poderá ter efeitos na área social e psicológica (MARQUES et al. 2005).

A constatação da cárie através do indicador clínico apresentado com resultados quantitativos não reproduz propriedades que possam defender melhores políticas de saúde pública, pois os aspectos quantitativos designados para mensurar a magnitude da doença não registram o impacto da magnitude da doença na vida diária do indivíduo e na saúde geral. A autopercepção do indivíduo sobre as condições bucais em sua qualidade de vida exerce função preventiva e educativa em saúde bucal, facilitando melhor direcionamento das ações em saúde de modo abrangente. Os instrumentos que reproduzem o impacto de doenças bucais nas atividades diárias e conseqüentemente na qualidade de vida, sob perspectiva do próprio indivíduo afetado, são denominados indicadores qualitativos (DUQUE et al. 2013).

O exame clínico ao avaliar a saúde bucal está fundamentado no modelo tradicional que utiliza indicadores quantitativos para doenças bucais como cárie e doença periodontal, estes indicadores têm como base um princípio normativo, biomédico e condição ideal de saúde bucal. Esta avaliação frequentemente não avalia a perspectiva do paciente com implicações física, psicológica e social dos problemas bucais. Destacando a necessidade de tornarem os critérios clínicos compatíveis com a autopercepção dos indivíduos (MARQUES et al. 2005).

Para isso, é necessário a utilização de indicadores qualitativos em saúde bucal, que busquem avaliar a extensão na qual os problemas bucais rompem a normalidade da função social e ocasionam mudanças importantes no comportamento do indivíduo.

A partir de 1980 pesquisadores começam a utilizar instrumentos qualitativos ampliando o modo de avaliação da saúde bucal que proporcionou grandes avanços nas últimas décadas (DUQUE et al. 2013).

Em passado próximo as pesquisas realizadas com crianças envolviam os aspectos que os adultos pensavam sobre elas, entretanto hoje as pesquisas relacionadas as crianças apresentam perfil de centrar nas próprias opiniões

produzidas pelas crianças, o que ocorre nos instrumentos de mensuração qualitativos.

Um questionário de mensuração qualitativa denominado *Oral Health Impact Profile - OHIP* foi desenvolvido por SLADE e SPENCER et al. (1994) na Austrália, Canadá e Estados Unidos com tradução em diversos idiomas. Este instrumento avalia o impacto da saúde bucal na qualidade de vida de lactantes, adultos e idosos.

O instrumento foi desenvolvido originalmente por 49 itens (OHIP-49) que avaliava problemas de pronúncia, paladar, dor na boca, dor para se alimentar, desconforto com a condição bucal, tensão nervosa, alimentação prejudicada, necessidade de interromper as refeições, dificuldade de relaxamento, vergonha, irritação com outras pessoas, dificuldade de realizar tarefas rotineiras, vida insatisfatória e incapacidade funcional para realizar atividades diárias. Consecutivamente foi criada forma simplificada do OHIP-49 apresentando 14 itens, denominado *Oral Health Impact Profile – short form* (OHIP-14).

O indicador OHIP-14 composto por 14 questões distribuídas nos domínios: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e desvantagem social (ALVARENGA et al. 2002).

A utilização de ferramentas que mensuram *oral health-related quality of life – OHRQoL* (saúde oral relacionada à qualidade de vida) proporciona visão ampliada do paciente, possibilitando avaliar integralmente e estabelecer ações que estão além dos procedimentos clínicos curativos. Possibilita também a integração do paciente com planejamento e decisões escolhidas pelo profissional (DUQUE et al. 2013).

A educação em saúde requer combinação de aprendizagem e motivação nos pacientes, para que os resultados obtidos sejam eficientes em longo prazo, necessitando além dos métodos clínicos no diagnóstico e tratamento a autopercepção em saúde (BORTOLI et al. 2003).

Dentro das ações de prevenção e educação em saúde destaca-se autopercepção que por meio de incentivo motivacional e clínico o paciente é capaz de avaliar a necessidade de cuidados com sua saúde bucal. É importante

compreender como o paciente avalia sua saúde bucal, pois está vinculada a percepção e atenção dirigida ao problema.

O grau de percepção pode estar relacionado com resultados clínicos no número de dentes cariados, perdidos ou restaurados além de problemas subjetivos que podem interferir no desenvolvimento de atividades diárias como falar, sorrir e mastigar sem problemas (SILVA et al. 2001).

Programas de prevenção odontológica são utilizados como instrumento na prevenção da cárie dentária por meio de ações preventivas desde a infância. Estas ações propõem alcançar crianças, pais ou responsáveis, com objetivo positivo na prevenção e controle da cárie em dentes decíduos e permanentes (AIDA, 2014).

Como exemplo encontram-se os estudos realizados por MEYER et al. (2010) que acompanharam 29 participantes do Programa de Odontologia Preventiva desde o período gestacional até a adolescência mostrando que 89% dos participantes não apresentavam dentes cariados e 58% com baixa concentração de *Streptococcus mutans* e *Lactobacillus* (MEYER et al. 2010).

No Brasil, o atendimento odontológico em crianças costumava ser recomendado para iniciar-se por volta dos 3 anos de idade. Com o desenvolvimento das clínicas de atendimento para bebês por volta dos anos 80, observou-se alteração na recomendação, sendo que, atualmente indica-se levar a criança até o sexto mês de vida para sua primeira consulta ao dentista.

É importante ressaltar que como filosofia educativa e preventiva institucionalizada, o atendimento odontológico para bebês foi pioneiro no Brasil, onde WALTER (1985), observando uma demanda de pacientes na primeira infância, inaugurou o Programa da Bebê Clínica, visando oferecer assistência odontológica a bebês através de um programa educativo/preventivo.

O atendimento proposto tem como objetivo a educação dos pais e medidas preventivas para as crianças, que são planejadas de acordo com uma avaliação periódica do risco de cárie. A educação dos pais é baseada em uma abordagem educativa coletiva e acompanhamento individual, a fim de avaliar e orientar os pais sobre as necessidades das crianças (PINTO et al, 2010).

O modelo de atendimento em crianças de pouca idade pode apresentar variações no que concerne à faixa etária de acordo com cada programa, com

outros serviços públicos e até mesmo com cada instituição de ensino, que os quais oferecem esse tipo de assistência odontológica para bebês.

O período de ingresso do bebê ao programa encontra-se bem definido nos principais centros que desenvolvem esta atividade tais como a Universidade Estadual Paulista (UNESP), Câmpus de Araçatuba, Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, *Faculdade* de Odontologia da Universidade Santa Cecília (UNISANTA) e Universidade UNIGRANRIO (FRACASSO et al. 2005).

Os pacientes são atendidos no formato de consultas periódicas a partir do sexto mês de vida até completarem 5 anos de vida e são encaminhados para outros serviços, a critério da decisão dos pais, para continuarem estes acompanhamentos. Em alguns casos, não se dá continuidade ao trabalho iniciado pela Bebê Clínica. Na Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP os bebês recebem o atendimento odontológico até completarem 4 anos de idade, quando então são encaminhados para a Clínica de Prevenção em que permanecem até completarem 9 anos de idade. Existem na literatura, trabalhos que avaliam os índices de prevenção da aplicação da filosofia educativa/preventiva.

A filosofia de prevenção nos programas odontológicos de assistência a bebês é essencial para motivar e educar os pais, a Academia Americana de Pediatria relata que quanto mais precoce os métodos preventivos são iniciados, mais eficazes são os resultados (FRACASSO et al. 2005).

Trabalhos como os de GUNAY et al. e MEYER et al. que através de exame clínico e questionário avaliaram a condição e percepção saúde bucal, analisados a longo prazo avaliaram a influência da aplicação de programas de saúde bucal envolvendo desde a gestante e seu bebê até o mesmo atingir a idade adolescente e detectaram um efeito positivo sobre a saúde bucal dos participantes.

Segundo AIDA que realizou um estudo retrospectivo em 68 pacientes jovens adultos que participaram do Programa de Prevenção da Bebê Clínica/UDEL durante a infância, por meio de questionários e exames clínicos os resultados positivos na redução da cárie, hábito higiene bucal e controle da dieta cariogênica nestes pacientes foram reduzidos a longo prazo, após deixarem o programa interrompendo os hábitos adquiridos durante a permanência no programa.

De acordo com FIGUEIREDO et al. que conduziram um estudo longitudinal com 303 crianças para avaliar efetividade do programa da Bebê Clínica, durante os anos de 2004 e 2005, tendo como resultado a efetividade do programa, ao final do estudo 77% dos pacientes apresentavam bom controle de placa através do atendimento suporte e educação dos pais assim houve alcance na promoção de saúde bucal dos bebês durante a permanência no Programa da Bebê Clínica.

Considerando, os aspectos citados e fundamentados na importância de encontrar resultados que colaborem para o norteamento de ações ainda mais efetivas e que possam ser oferecidas aos pacientes que participam de atendimento odontológico desde o primeiro ano de vida, a proposta desse trabalho é verificar o desenvolvimento da auto percepção em saúde bucal nos pacientes participantes de um programa de assistência odontológica em bebês e na clínica de prevenção.

SÍNTESE DA LITERATURA

2 Síntese da Literatura

Trabalhos que avaliem a autopercepção e qualidade de vida na área de saúde com abordagem qualitativa bem como aos resultados obtidos no curto, médio e longo prazo serem escassos embora recentemente tem sido realizado com maior frequência, utilizaremos nesta síntese poucos artigos e com data relativamente recentes. Ressalta-se a escassez de artigos que apresentam características semelhantes da amostra realizada neste trabalho, ou seja, pacientes provenientes de um programa de prevenção odontológica abrangendo desde o recém-nascido até o início da adolescência.

Em 2002, AQUILANTE et al. ressaltaram a importância dos programas educativo-preventivos na odontologia iniciados ao final da década de 80 e começo da década de 90 tornando possível observar a evolução no conceito de Odontologia. A sociedade procurava atendimento para aliviar a dor de dente basicamente pela realização de exodontias sendo comum indivíduos jovens com uso de próteses.

A partir da evolução dos materiais odontológicos e novas técnicas para os cirurgiões-dentistas o conceito de restaurações trouxe o pensamento de novas possibilidades de tratamentos conservadores.

As pesquisas sobre este novo material mostraram que o sucesso do tratamento não dependia apenas da técnica utilizada, o sucesso estava dependente na escolha do material, habilidade e conhecimento do profissional, além da higiene bucal e cooperação do paciente.

Os métodos terapêutico-curativos que sempre nortearam a Odontologia e tornavam o profissional responsável pelos resultados pós tratamento sofreram modificações entre eles o conceito de que cárie dentária é uma doença multifatorial possibilitou avaliar os diferentes resultados entre pacientes que apresentaram ou não recidiva de cárie, mostrando que a educação em saúde bucal dos indivíduos também é responsável pela manutenção de sua saúde bucal.

A educação em saúde bucal não se baseia apenas em transmitir a informação e sim estimular e motivar o indivíduo na conscientização de aprender higienizar a cavidade bucal e ter hábitos de dieta saudáveis para valorizar a função e estética, tornando-o responsável por sua saúde bucal.

Para ALVARENGA et al. em 2011, a qualidade de vida ligada à saúde bucal é determinada por uma variedade de condições que afetam a percepção do indivíduo, seus sentidos e suas atividades diárias. Os estudos que buscam avaliar e medir as consequências que a doença interfere na rotina de seu portador é crescente como elaboração de questionários para quantificar os problemas bucais na qualidade de vida, tais como DIDL e OIDP.

Ainda segundo ALVARENGA et al. 2011, o índice OHIP proposto por Slade e Spencer (1994) tem o objetivo de avaliar o impacto que os problemas bucais proporcionam na qualidade de vida através da autopercepção dos indivíduos diante das disfunções, desconfortos e incapacidade. Este índice avalia limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e desvantagem social e possui aplicabilidade nas diferentes faixas etárias.

Os estudos realizados por BORTOLI et al. 2003 avaliaram a autopercepção da condição de saúde bucal através de questionários validados na literatura e exames clínicos. A Odontologia utiliza esses recursos para diagnosticar as limitações decorrentes da condição bucal que proporciona ao indivíduo em relação ao impacto de qualidade de vida à saúde bucal.

Através de questionários e exames clínicos aplicados para um grupo de 38 pacientes adultos que pertenciam ao Programa de Educação Continuada a autopercepção de saúde bucal foi estudada. Os resultados mostraram que o índice CPO-D foi elevado, correspondendo a 22 dentes, dos quais 17 foram perdidos.

A condição de saúde periodontal observou que 61% dos dentes apresentavam ausência de bolsa periodontal. Os resultados em relação autopercepção mostram que 42% dos indivíduos consideraram ter saúde bucal “regular” e 44% a consideraram “boa”. Ao avaliar as doenças bucais, 39% responderam ter problemas com os dentes e 36% com as gengivas. As respostas obtidas com o questionário (OHIP-14) mostraram que 60% não possuíam impacto das condições bucais em sua qualidade de vida.

O estudo mostra que os indicadores subjetivos podem ser utilizados como instrumentos para avaliar as condições de saúde bucal, complementando informações aos indicadores clínicos, expressando as necessidades relatadas

pelos indivíduos. Atuando como fortes aliados na construção de programas educativos, preventivos e curativos por diversos profissionais da saúde.

O envolvimento de pais e responsáveis dentro de ações educativas e preventivas é essencial para que as respostas desejadas sejam concretizadas em forma de hábitos saudáveis que refletem em dentes ausentes de cárie dentária.

MASSONI et al. em 2005 propuseram verificar a percepção de pais e responsáveis de crianças que participavam do programa de prevenção e educação em saúde bucal.

Após avaliar 78 indivíduos com auxílio de questionários específicos para coleta de dados sobre informações odontológicas educativas o resultado obtido mostrou que 100% dos participantes consideravam importante a manutenção de saúde bucal, quando crianças 85% acreditavam ter falhas nas informações de higiene bucal transmitidas por seus pais. Entre pais e responsáveis 58% admitiram não apresentar conduta correta em relação à higiene bucal própria, 73% acreditavam apresentar higiene bucal satisfatória junto as crianças.

Quando pais e responsáveis estão receptivos em receber informações educativas e preventivas nos programas de saúde bucal o estímulo de praticar hábitos saudáveis de higiene bucal e transmiti-las para seus filhos é essencial aos programas, a partir dessas ações é possível inserir e estimular o indivíduo a manter a qualidade em higiene bucal favorecendo também a transmissão de conhecimentos relacionados à saúde bucal.

O controle mecânico do biofilme para evitar problemas de cárie dentária é de conhecimento entre os pais, entretanto os cuidados com a dieta não são fortemente relacionados com a prevenção de cárie dentária refletindo a influência dos hábitos socioculturais.

A avaliação da saúde bucal reflete o perfil epidemiológico que uma população apresenta identificando as doenças que apresentam maior prevalência, problemas socioculturais relacionados com qualidade de vida, hábitos e estilos de vida, proporcionando o planejamento de programas na saúde pública.

Assim CLAUDINO et al. 2011 avaliaram a condição de saúde bucal em 286 escolares adolescentes com o intuito de identificar informações sobre autopercepção em saúde bucal e acesso aos serviços odontológicos.

O instrumento utilizado para os questionários foi através da ficha de levantamento SB 2000, questionários socioeconômicos e autopercepção saúde bucal e os indicadores clínicos (CPO-D e CPI).

Os dados coletados mostraram que a prevalência de cárie dentária entre os escolares foi de 67%, enquanto o CPO-D médio foi de 3,62, constatando que 32% dos escolares apresentavam-se livres de cárie, apenas 43% não apresentaram alteração condição periodontal, o sangramento e cálculo periodontal esteve presente respectivamente em 37% e 29%.

A partir de pesquisas anteriores relacionadas aos levantamentos epidemiológicos os autores demonstraram que a procura por atendimento odontológico vem aumentando a cada levantamento. Esta característica tem fundamental importância pois evidencia que população quando orientada procura por tratamentos odontológicos conservadores, reduzindo assim o CPO-D relacionados à dentes perdidos por cáries dentárias.

O acesso ao serviço odontológico ocorreu em 94% dos escolares ao menos uma vez na vida, 66% foi ao dentista a menos de um ano, 67% foi atendido em serviço público, 38% o motivo da consulta foi por rotina, 66% consideraram o atendimento ao dentista “bom”, 72% tiveram acesso a informações de prevenção cárie dentária, e 74% responderam ter necessidade de tratamento dentário.

A prevalência de cárie nos escolares foi moderada e a necessidade de tratamento se caracteriza por procedimentos clínicos de baixa complexidade e fácil resolução. Embora os serviços odontológicos estejam disponíveis o número de indivíduos que apresentam boa autopercepção de saúde bucal é baixo.

Para MIOTTO et al. 2012 a mudança na percepção médica trouxe a necessidade de ampliar o comportamento social através do desenvolvimento de novas maneiras de avaliação nas percepções, sentimentos e comportamentos, valorizando experiências subjetivas do indivíduo, como seu bem-estar funcional, social e psicológico e as suas interpretações de saúde e doença.

Os indicadores de qualidade de vida vêm auxiliando grupos específicos proporcionando aos profissionais de saúde melhor compreensão de como os pacientes vivenciam a evolução da doença e as consequências do tratamento.

PROPOSIÇÃO

3 Proposição

O propósito desta pesquisa foi verificar em adolescentes o impacto e a auto percepção sobre a saúde bucal, após terem participado, durante a primeira década de vida, em programa odontológico contendo ações educativas e preventivas na FOA/UNESP.

MATERIAL E MÉTODO

4 Material e Método

Este trabalho, fruto de acompanhamento longitudinal de um programa educativo/preventivo em saúde bucal, foi idealizado para avaliar a autopercepção de pacientes que frequentaram o programa desde o primeiro ano de vida. O referido programa divide-se em duas fases, a saber: a primeira engloba pacientes que ingressaram no programa no primeiro ano de vida até completarem quatro anos de idade (Bebê-Clínica). A segunda fase representa a continuidade da assistência em que as crianças permanecem até completarem 9 anos de idade (Clínica de Prevenção).

4.1 Descrição dos procedimentos educativos e preventivos realizados nas duas fases do programa.

Para ingressar na primeira fase do programa, que compreende o atendimento entre 0 e 4 anos de idade, os pais obrigatoriamente, participam de uma palestra, como a primeira ação educativa/preventiva, que fornece informações sobre saúde, higiene bucal e dieta para o bebê, bem como é apresentado o funcionamento da Bebê-Clínica. Esta palestra apresenta sessenta minutos de duração e ao final os pais fazem questionamentos a respeito de suas dúvidas, tanto em relação ao atendimento propriamente dito, por trata-se de uma nova situação para eles o atendimento odontológico para bebês, como das ações clínicas preventivas. Após a palestra, o bebê é agendado para a consulta clínica devendo o mesmo apresentar no máximo seis meses de idade.

O primeiro atendimento clínico consiste no preenchimento da ficha clínica que consta do registro dos dados pessoais da criança e dos familiares, anamnese, registro dos dados clínicos intra-bucais e orientações sobre dieta, higiene bucal e saúde, bem como avaliação do risco de cárie dentária.

O atendimento clínico propriamente dito representa o exame da cavidade bucal do bebê em que, na ausência de dentes faz-se e orienta-se aos pais somente uma suave massagem com gaze na cavidade bucal. Na presença de dentes, faz-se a higienização dentária, fio dental e aplicação de flúor. Nesse primeiro atendimento o responsável pelo bebê observa todo o protocolo de atendimento clínico para que possa repeti-lo em casa.

A criança é atendida neste sistema até completar três anos de idade, quando então reúne condições comportamentais para iniciar o atendimento na cadeira odontológica e receber profilaxia profissional com escova Robinson e pasta profilática.

A cada consulta odontológica é anexado no prontuário um novo registro contendo as informações referentes aos dentes presentes na boca e a condição de saúde dos mesmos, bem como uma avaliação sobre os aspectos relevantes de saúde geral e bucal apresentado pela criança. Este atendimento é realizado quatro vezes durante o ano, podendo ser alterado em razão das necessidades bucais do bebê.

Ressalta-se que em cada uma destas sessões são conduzidas questões sobre a saúde geral do bebê, medicamentos em uso, hospitalizações, acidentes sofridos, alterações em hábitos bucais que nesta idade são comuns, enfim, conotando a preocupação do programa com uma análise global do paciente e não somente a verificação de dados bucais. Ainda os pais recebem orientações sobre dieta, higiene bucal e cuidados com a saúde como um todo, em razão desta faixa etária o paciente apresentar contínuas modificações na dieta (composição) e nos hábitos de higiene bucal.

Esses pacientes permanecem na primeira fase do programa até completarem 4 anos de idade. Ao final desta primeira fase, os pais recebem o convite para continuarem no Programa e são encaminhados à Clínica de Prevenção.

Para ingressar na segunda fase do programa, que compreende a Clínica de Prevenção, os pais obrigatoriamente participam de nova palestra, a qual apresenta orientações, as principais ocorrências e necessidades odontológicas voltadas para as crianças de 4 a 9 anos de idade. Após, as crianças são agendadas para o atendimento clínico.

Este atendimento clínico envolve a realização de uma profilaxia profissional com pasta profilática e escova Robinson, uso do fio dental e uma aplicação tópica de flúor gel. Da mesma forma que na primeira fase, a criança e os pais recebem orientações sobre dieta, higiene bucal e saúde em todas as sessões de atendimento. Os atendimentos são agendados com a mesma periodicidade da primeira fase (quatro vezes ao ano), sendo realizados em cadeira odontológica.

Ao completarem 9 anos de idade, as crianças recebem alta da Clínica de Prevenção. Compreende-se desta forma que o paciente que frequentou o programa de forma ininterrupta participará de aproximadamente 36 sessões de assistência odontológica. Entendemos que este número é muito relevante, considerando que no mesmo período de tempo uma criança com saúde normal visitara o médico pediatra algo em torno de 16 vezes.

4.2 Aprovação do Comitê de Ética

Previamente a realização deste estudo, o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa Local (Resolução nº 01 de 13/06/1998 do Conselho Nacional de Saúde) desta instituição, sendo aprovado com o protocolo 22352713.7.0000.5420 (Anexo A).

4.3 Formação da amostra

Para a formação da amostra foram analisados 1503 prontuários de crianças matriculadas na Bebê Clínica e que ingressaram neste programa educativo/preventivo, e posteriormente na Clínica de Prevenção, no período de 1996 até 2002. Desta forma, foram selecionados 268 prontuários de pacientes, que no ano de 2014, encontram-se na faixa etária entre 12 e 18 anos, atendendo os seguintes critérios para inclusão. Formando uma amostra de 201 pacientes que atendiam aos critérios de inclusão para a pesquisa.

Critérios de inclusão

- Pacientes deveriam ter concluído a participação na Bebê-Clínica e ter frequentado a Clínica de Prevenção.
- Aceitar o convite para realizar uma consulta de avaliação odontológica.

Critérios de não inclusão:

- Pacientes que não concluíram o atendimento na Bebê-Clínica.
- Pacientes que concluíram o atendimento na Bebê-Clínica e não iniciaram ou não concluíram o atendimento na Clínica de Prevenção.

- Pacientes que não atenderam ao convite para participar de uma consulta de avaliação odontológica.

Após essa seleção prévia dos prontuários, por meio de carta, telefone ou e-mail, aleatoriamente foram chamados os pacientes que compareceram, juntamente com o responsável legal, à Disciplina de Odontopediatria da Universidade. Adotou-se procedimento não probabilístico para a seleção da amostra, segundo o qual os pacientes foram entrevistados por ordem de apresentação, constituindo-se em uma amostra por conveniência.

Neste momento foi explanada a realização da pesquisa a qual consta da aplicação de dois questionários com questões abertas e fechadas, para o paciente conforme modelo anexo. No momento em que era explanada a pesquisa, o responsável legal recebia o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo B) e após autorização era realizado a entrevista.

Trata-se de estudo corte transversal, realizado por meio de entrevista pessoal, aplicando-se questionários (Anexo C) e a versão brasileira do OHIP-14 (Quadro 1) e (Anexo D).

O questionário OHIP é um dos instrumentos que mensura a percepção das pessoas do impacto negativo decorrente de afecções bucais no seu bem-estar. A forma abreviada do OHIP é composta por sete dimensões e 14 itens. É um dos instrumentos mais difundidos na área da Odontologia, por ser apoiado em uma sólida base conceitual e empírica, apresentar propriedades psicométricas conhecidas e ser facilmente aplicável. Foi utilizado em vários estudos na Austrália, no Canadá e nos Estados Unidos (SLADE et al., 1996 e LOCKER; JOKOVIC, 1996).

Possui dois itens de cada uma das dimensões incluídas no instrumento original de SLADE e SPENCER (1994): limitação funcional (itens 1 e 2), dor física (itens 3 e 4), desconforto psicológico (itens 5 e 6), incapacidade física (itens 7 e 8), incapacidade psicológica (itens 9 e 10), incapacidade social (itens 11 e 12) e desvantagem social (itens 13 e 14). O OHIP-14 já foi traduzido e validado para diversos idiomas, inclusive para o português do Brasil (OLIVEIRA; NADANOVSKY, 2005).

Primeiramente, o questionário (Anexo C) foi aplicado no início da entrevista pelo responsável pela pesquisa. Fornecendo informações a respeito das

orientações sobre saúde bucal recebidas durante o programa e a repercussão para sua vida, os hábitos de dieta e higiene, que se mantiveram durante e após a participação no programa de prevenção. Dessa forma, foi possível verificar a influência dessas orientações e atendimentos realizados em idade precoce e seus frutos à longo prazo.

Todas as entrevistas foram realizadas pela mesma entrevistadora, após treinamento e aplicação dos questionários pilotos. Todos os pacientes responderam às questões do questionário OHIP-14 através de entrevista, antes do exame intrabucal, para avaliar se as alterações de saúde bucal interferiram na qualidade de vida nos últimos 6 meses.

O período de referência das perguntas pode variar de acordo com os objetivos da pesquisa e, apesar de 12 meses ser mais comumente recomendado, em pesquisas populacionais o uso de períodos de referência menores não parece influenciar as respostas, sendo que em nosso caso foi utilizado o período de 6 meses.

Após realizado aplicação deste questionário o paciente, recebeu informações para responder o índice OHIP-14, para apresentar a sua percepção sobre a saúde bucal.

Os adolescentes foram chamados a comparecer ao consultório odontológico da Unidade, onde foram dadas explicações referentes à pesquisa e após concordância deu-se início ao processo de coleta de dados.

O levantamento seguiu a mesma dinâmica: primeiro os adolescentes responderam ao questionário de auto-percepção desenvolvido para o estudo. O instrumento OHIP-14 foi aplicado na sequência no formato de entrevista, sendo disponibilizado um cartão-resposta, com as cinco opções de resposta possíveis, para facilitar o processo. Neste momento, para garantir a privacidade das informações, apenas o pesquisador e o adolescente permaneciam na sala.

Para calcular o impacto da saúde bucal na qualidade de vida (ISBQV) através do OHIP-14, utilizou-se o chamado “método aditivo”; no qual as 14 respostas foram codificadas segundo uma escala de 5 pontos. As questões são pontuadas em uma escala tipo Likert (0 indica nunca; 1, raramente; 2, às vezes; 3, repetidamente e 4, sempre), e todos os valores atribuídos às respostas foram somados. Dessa forma, tais pontuações poderiam variar de 0 a 56 (STEELE et al,

2004; DE OLIVEIRA & NADANOVSKY, 2005, SANDERS et al, 2006). Quanto maior a pontuação, maior a percepção do impacto da saúde bucal pelos examinados (SANDERS et al, 2006).

As perguntas que compõem o índice OHIP-14 versão brasileira é apresentada no Quadro1.

Pergunta: ...por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou sua dentadura?	Respostas: nunca (0); raramente (1); às vezes (2); repetidamente (3); sempre (4).
1-Você teve problemas para falar alguma palavra...	
2- Você sentiu que o sabor dos alimentos tem piorado...	
3- Você sentiu dores fortes em sua boca...	
4-Você tem se sentido incomodado ao comer algum alimento...	
5-Você tem ficado pouco à vontade...	
6-Você se sentiu estressado...	
7- Sua alimentação tem sido prejudicada...	
8-Você tem que parar suas refeições	
9-Você tem encontrado dificuldade em relaxar...	
10-Você já se sentiu um pouco envergonhado...	
11-Você tem estado irritado com outras pessoas...	
12-Você teve dificuldade em realizar suas atividades diárias...	
13-Você já sentiu que a vida em geral ficou pior...	
14-Você tem estado sem poder fazer suas atividades diárias...	

Quadro 1 Índice OHIP-14 versão brasileira e opções de respostas para fins de cálculo da pontuação total do indivíduo

Os problemas ocorridos nos últimos seis meses foram relatados por meio de entrevista, de acordo com ALVARENGA (2011) a autopercepção foi classificada quanto a frequência de manifestações.

As respostas para cada pergunta apresentavam respostas “nunca”, “raramente”, “às vezes”, “repetidamente” e “sempre”. Para cada resposta foram atribuídos pesos 0, 1, 2, 3 e 4 respectivamente.

As perguntas de problemas de pronúncia, de paladar, de dor, de desconforto na alimentação, de desconforto com condição bucal, de tensão nervosa, de alimentação prejudicada, de interrupção de refeições, de dificuldade de relaxamento, de vergonha, de irritação com outras pessoas, de dificuldade de fazer

tarefas diárias, de vida insatisfatória e de incapacidade funcional ficam agrupadas, duas a duas, em domínios do índice OHIP-14(Quadro 2).

Domínio	Perguntas
Limitação funcional	1-2
Dor física	3-4
Desconforto psicológico	5-6
Incapacidade física	7-8
Incapacidade psicológica	9-10
Incapacidade social	11-12
Desvantagem social	13-14

Quadro 2 Domínios do índice OHIP segundo problemas apresentados

A confiabilidade do questionário aplicado (OHIP-14) foi possível pela utilização do coeficiente alpha-Cronbach.

4.4 Metodologia para análise

Dos prontuários analisados e selecionados dos pacientes foram retiradas informações como: nome, data de nascimento, endereço e telefone. A periodicidade dos atendimentos e dados da primeira anamnese foram registrados em ficha apropriada para serem avaliados posteriormente.

Os dados obtidos referentes à aplicação dos questionários foram registrados em ficha específica sendo posteriormente realizada uma análise qualitativa.

Os valores obtidos com aplicação do indicador OHIP-14 possuem análise com método aditivo, caracterizado por apresentar alto poder discriminatório. O cálculo ocorreu a partir da soma dos pontos para cada item por indivíduo, a escala poderia ter variação de 0 a 56 e partir destes valores foi possível obter a média do OHIP-14.

Os resultados apresentados com maiores valores demonstram que o impacto na qualidade de vida sofreu interferência em relação à saúde bucal.

4.5 Análise dos resultados

Os dados obtidos neste estudo foram registrados em ficha específica e individual para cada paciente, tabulados no Excel e submetidos a análise estatística descritiva utilizando o programa EPI INFO 2000, permitindo avaliar e descrever os resultados da amostra de pacientes participantes do programa preventivo.

RESULTADOS

5 Resultados

No período de 1996 a 2002, um total de 1509 prontuários foram avaliados. Destes, concluíram a participação na primeira e segunda fase do programa 268 pacientes, os quais, desta forma, formaram a amostra inicial da pesquisa. Após localização dos pacientes e convite para o atendimento, 201 pacientes compareceram. A idade média destes pacientes participantes foi de 13 anos, sendo a idade mínima de 12 e a máxima de 18 anos. A amostra pesquisada se apresentou quanto ao gênero, 113 (56%) do gênero feminino e 88 (44%) do masculino.

5.1 Resultados do questionário de auto-percepção (Anexo C)

Analisando as questões presentes no questionário do Anexo C, verificou-se os seguintes resultados. A tabela 1 apresenta os dados de frequência dos entrevistados ao dentista após o término da participação no programa de Prevenção. Verifica-se que 85% dos entrevistados voltou a frequentar o dentista.

Tabela 1 – Visita ao dentista após o término no programa.

Visita ao dentista

	Resultado
Sim	170 (85%)
Não	31(15%)

Com relação à periodicidade de consultas ao dentista, 72% dos entrevistados relataram ter ocorrido há menos de 1 ano, como descrito na tabela 2.

Tabela 2 - Periodicidade de comparecimento ao dentista após o término de participação no programa.

Periodicidade visita ao dentista	Resultado
Há 3 anos ou mais	6 (3%)
De 1 a 2 anos	18 (9%)
Mais de 1 ano	32 (16%)
Menos de 1 ano	145 (72%)

O motivo pelo qual foi realizada a consulta odontológica, mais frequentemente observado, estão descritos na tabela 3, com destaque para o tratamento ortodôntico (48%) e consulta de rotina (41%).

Tabela 3 - Motivo da consulta ao dentista após o término de participação no programa.

Motivo da consulta	Resultado
Dor	2 (1%)
Sangramento	0%
Consulta de rotina	82 (41%)
Cavidade no dente	10 (5%)
Ortodontia	97 (48%)
Feridas, caroços, manchas	0%
Outros	10 (5%)

Dos atendimentos realizados na tabela 4, 52% ocorreram em consultórios particulares e 16% pela F.O.A.

Tabela 4 – Local da consulta ao dentista após o término de participação no programa.

Local da consulta	Resultado
ABO - Araçatuba	4 (2%)
Convênio	22 (11%)
Escola	18 (9%)
F.O.A.	32 (16%)
NEC - Araçatuba	2 (1%)
Consultório particular	105 (52%)
Posto de saúde	16 (8%)
Não lembra	2 (1%)

Na tabela 5 os dados revelaram que a maior parte dos entrevistados (88%) não procurou frequentar um programa preventivo odontológico após receberem alta da Clínica de Prevenção. Dos pacientes que procuraram

continuar em outro Programa Preventivo o mesmo era realizado no Centro Educacional SESI de Araçatuba.

Tabela 5 - Participação em programa preventivo odontológico após o término de participação no programa.

Programa de prevenção	Resultado
Sim	24 (12%)
Não	177 (88%)

A autopercepção em relação à saúde bucal na tabela 6 mostrou que 54% a considera boa, seguidas em ordem decrescente de regular, ótima, não sabe, ruim e péssima.

Tabela 6 - Autopercepção da saúde bucal dos entrevistados após o término de participação no programa, ARAÇATUBA-SP, 2015.

Saúde bucal	Resultado
Ótima	30 (15%)
Boa	109 (54%)
Regular	54 (27%)
Ruim	1 (0,5%)
Péssima	1 (0,5%)
Não sabe	6 (3%)

Os problemas dentários e gengivais na tabela 7 ocorreram em 22% e 8% dos entrevistados respectivamente.

Tabela 7- Problemas dentários dos entrevistados após o término de participação no programa.

	Sim	Não
Problema dentário	44 (22%)	157 (78%)
Problema gengival	16 (8%)	185 (92%)

Durante o atendimento odontológico o comportamento tranquilo foi o mais observado na tabela 8 apresentando 84% de frequência.

Tabela 8 – Reação ao atendimento odontológico dos entrevistados após o término de participação no programa.

Reação ao atendimento	Resultado
Tranquilo	169 (84%)
Ansioso	24 (12%)
Medo	8 (4%)

As orientações de dieta e higiene transmitidas durante o tempo de participação no Programa de Prevenção na tabela 9, são seguidas até hoje em 50% dos entrevistados.

Tabela 9 – Orientações sobre dieta e higiene seguidos pelos entrevistados.

Orientação dieta e higiene	Resultado
Sim	100 (50%)
Não	18 (9%)
Às vezes	83 (41%)

Os exemplos mais referidos pelos entrevistados referentes à dieta e higiene que foram transmitidos durante a participação no Programa de Prevenção descritos nas tabelas 10 e 11, foram evitar consumo de doces, a técnica de escovação e uso do fio dental, respectivamente.

Tabela 10 – Exemplo de dieta seguidos pelos entrevistados.

Exemplo dieta	Resultado
Evitar consumo de doces	86 (43%)
Comer frutas	6 (3%)
Não lembra	109 (54%)

Tabela 11 - Exemplo de higiene seguidos pelos entrevistados.

Exemplo de higiene	Resultado
---------------------------	------------------

Boca saudável	1 (0,5%)
Uso fio dental	34 (17%)
Técnica de escovação	142 (70,5%)
Não lembra	24 (12%)

A frequência de higienização descrita na tabela 12 que teve maior expressividade com 43% foi 3 vezes ao dia.

Tabela 12- Frequência de higienização realizada pelos entrevistados após o término da participação no programa.

Frequência higienização	Resultado
1 vez	18 (9%)
2 vezes	72 (36%)
3 vezes	87 (43%)
4 vezes	20 (10%)
5 vezes	4 (2%)

O uso do fio dental descrito na tabela 13 foi utilizado por 71% dos entrevistados.

Tabela 13- Utilização do fio dental realizada pelos entrevistados após o término da participação no programa.

Fio dental	Resultado
Sim	143 (71%)
Não	58 (29%)

O uso de produtos fluoretados na tabela 14, ocorreu em 100% dos entrevistados, entre os produtos frequentemente utilizados estão creme dental, enxaguante bucal e aplicação tópica de flúor profissional.

Tabela 14- Utilização de produtos fluoretados pelos entrevistados após o término da participação no programa.

Produto fluoretado	Resultado
---------------------------	------------------

Creme dental	119 (59%)
Enxaguante bucal	81 (40,5%)
Aplicação tópica flúor profissional	1 (0,5%)

5.2 Consistência Interna do questionário OHIP-14

A Tabela 15 apresenta a distribuição das respostas obtidas para cada impacto, medidas pelo OHIP-14. De modo geral, pode-se constatar a percepção, por parte dos indivíduos, de um baixo impacto da saúde bucal em sua qualidade de vida, já que a média dos impactos variaram de 0,13 a 0,90.

Os itens que demonstraram maior impacto foram aqueles relacionados à incapacidade psicológica e social, representados pelas questões 10 e 11 com médias de 0,90 e 0,86 respectivamente, segundo o OHIP-14. Os itens que apresentaram menor impacto foram relacionados ao item da desvantagem social referidas nas questões 13 e 14, ambos com média de 0,13.

Ao analisar todas as questões que compõem o índice OHIP-14, observa-se boa consistência interna (α -Cronbach=0,79). A média do OHIP-14 foi de 6,68, podendo ser classificado como baixo o impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos adolescentes entrevistados, considerando-se a escala de variação do OHIP-14, de 0 a 56.

Quanto à homogeneidade das questões que compõem o índice, ficou confirmada essa condição pois a diferença entre o valor do coeficiente α -Cronbach total e o valor das questões foi menor que 0,03. Os valores de α -Cronbach para as diferentes subescalas variaram de 0,90 (incapacidade psicológico) a 0,13 (desvantagem social). Os valores da correlação intraclassa mostram a estabilidade de seus itens.

As questões 2, 13 e 14 apresentam as menores médias dentro da pesquisa, a prevalência das respostas “nunca” e “raramente” confirma de que os aspectos limitação funcional e desvantagem social não sofreram impacto negativo referente a condição de saúde bucal dos pacientes.

Analisando as questões 10 e 11, embora tenha preponderado as respostas nunca e raramente, foram nelas que as respostas “repetidamente” e “sempre” que mais se repetiram, apresentaram os valores mais elevados.

Tabela 15 - Frequência e média de ocorrência dos itens que compõem o índice OHIP-14.

Questões	Nunca (0)	Raramente (1)	Às vezes (2)	Repetidamente (3)	Sempre (4)	Média
Q1	116	40	28	1	2	0,57
Q2	162	16	8	0	1	0,19
Q3	101	54	29	1	2	0,65
Q4	110	42	31	3	1	0,62
Q5	112	46	22	3	4	0,61
Q6	106	37	37	4	3	0,72
Q7	144	25	17	0	1	0,33
Q8	150	25	11	0	1	0,27
Q9	138	34	11	2	2	0,37
Q10	96	31	46	9	5	0,90
Q11	93	47	35	3	9	0,86
Q12	145	27	12	1	2	0,33
Q13	168	15	3	0	1	0,13
Q14	166	17	4	0	0	0,13
SOMA						6,74

DISSCUSSÃO

6 Discussão

Ao avaliar a frequência de visita ao dentista após a participação no programa de Prevenção encontramos que 85% dos adolescentes entrevistados retornaram ao profissional, a periodicidade de consulta em tempo menor que após 1 ano, ocorreu em 72%. Assim como o trabalho de AIDA 2014 os resultados podem ser considerados satisfatórios pois trata-se de um grupo de pacientes que iniciaram a participação no programa preventivo/educativo odontológico durante a infância seguindo até o final da primeira década de vida, estabelecido por sistema de periodicidade com retornos trimestrais que durante o ano deverá ocorrer quatro vezes, podendo ser alterado em razão das necessidades bucais do paciente.

Considerando as características do programa que em cada sessão são abordados aspectos sobre saúde geral do bebê, orientações de dieta e higiene, avaliação clínica dos dentes presentes, acredita-se que longo prazo possa ter sido estimulado e provocado nos pacientes e familiares a formação de valores em saúde, hábitos saudáveis e comportamentos transmitidos durante a participação no programa. De acordo com SANTOS et al. 2011 a predisposição em procurar assistência odontológica na infância justifica os resultados na manutenção saúde bucal.

A tabela 3, que se refere ao motivo da consulta mostrou que 48% dos entrevistados procurou atendimento odontológico para tratamento ortodôntico e 41% por consulta de rotina. Salieta-se que dentre os possíveis motivos para o retorno ao atendimento odontológico os mais frequentes, tratamento ortodôntico e consulta de rotina, apresentam características de possuir aspectos a preocupação com o posicionamento dentário e manutenção da saúde bucal, respectivamente. Ressalta-se que os pacientes que apresentaram problemas ortodônticos com baixa complexidade no plano de tratamento proposto iniciam o tratamento durante a participação no programa preventivo.

O tratamento ortodôntico nem sempre pode ser realizado durante a participação no programa, visto que os pacientes recebem alta na primeira década de vida. Casos complexos que envolvem fatores de crescimento ósseo, permanência de hábitos orais deletérios, estabelecimento da dentição permanente, e posicionamento dentes posteriores especialmente os molares, são definidos por

volta dos 12 anos. Acreditamos que estes fatores explicam diretamente aos resultados encontrados pelo motivo da consulta em especial para o tratamento ortodôntico.

No trabalho de MARQUES et al. 2005 que analisaram a necessidade de intervenção ortodôntica e implicações psicossociais dos problemas dentofaciais e qualidade de vida, observaram que a maloclusão é considerada um problema de saúde pública podendo interferir negativamente na qualidade de vida prejudicando a interação social e o bem-estar psicológico dos indivíduos acometidos. Sendo assim, a indicação ao tratamento realizado pelo profissional deveria se basear não somente no exame clínico como também no conhecimento do impacto negativo da maloclusão sobre a qualidade de vida do indivíduo. Demonstrando a necessidade da utilização de parâmetros subjetivos que avaliem os aspectos pessoais de cada paciente, justificando, portanto, ampliação da utilização de indicadores qualitativos tornando os critérios clínicos compatíveis com autopercepção do paciente.

Embora a maioria das consultas foram realizadas em consultórios particulares (52%), a maior parte dos entrevistados 88% não realizavam participação em programa preventivo odontológico. Provavelmente este resultado é justificado pelo fato do programa preventivo apresentar-se na Faculdade de modo gratuito e após receberem alta do programa, os pais não encontram condições financeiras para manter a frequência em programas de prevenção com retornos trimestrais estabelecidos em consultórios particulares. A dificuldade de encontrar dentistas de atendimento particular que possuam nos serviços oferecidos ao cliente um programa preventivo estabelecido por protocolos clínicos é um dos motivos que pode justificar os resultados encontrados. Para FERREIRA et al 2013 o profissional ainda apresenta visão fragmentada sobre os diversos campos de atendimento possíveis de atuação na Odontologia e em consequência deste comportamento, especialmente considerando programas educativo/preventivo, eles tornam-se desvalorizados pelo próprio profissional, talvez por não apresentar retorno financeiro e qualidade de vida imediatos.

Para SANTOS et al. 2011 a procura por programas preventivos ainda fica a desejar, independente da origem da amostra ser serviço público ou privado pois ainda e por muito tempo a visita ao consultório odontológico está baseada na

necessidade de um tratamento para resolução de algum problema. AIDA 2014 também observou que o número de pacientes que procuram atendimento odontológico ocorreu quando apresentavam algum problema após receberem alta do programa preventivo.

Observamos na tabela 6 a autopercepção em saúde bucal mostrou que 15% teve resposta “ótima” e 54% “boa” perfazendo 69% da amostra, considerando estes resultados satisfatórios. Os dados colhidos neste trabalho foram realizados em conjunto com a amostra do trabalho de AMARAL 2015 que avaliou dados quantitativos relacionados a prevalência de cárie dentária, saúde gengival, fluorose, dentre outros. Os resultados mostraram-se acima da média, sendo o CPOD de 1,18, a amostra obteve 86% tecido gengival hígido e 92% ausência de fluorose. Se esta percepção apresenta este nível de conhecimento e agregado aos achados pela avaliação quantitativa sugere-se que a saúde bucal esta manifestada pela ausência de lesão cárie e condição gengival satisfatória.

Ainda em relação a estes resultados, a resposta regular (27%) acredita-se que sejam os pacientes que não estavam satisfeitos com aspectos de posicionamento dentário, cor do dente, diastema e sorriso alto. Diante destas situações não possuem satisfação em relação à estética embora apresentam saúde bucal. A autopercepção está embasada em valores de cada pessoa não apresentando parâmetros objetivos. Segundo ALVARENGA et al. 2011 sentir-se saudável ou doente é uma questão de natureza subjetiva, mediada por fatores de natureza psicológica, social e cultural, sem necessária relação com a situação clínica do indivíduo. Por isso a importância de trabalhos desta natureza.

O comportamento em relação ao atendimento odontológico na maioria foi tranquilo (84%), sendo frequentemente observado reações de tranquilidade, confiança, clareza e repouso durante os procedimentos clínicos. De acordo com CUNHA et al. 2009 um dos principais objetivos dos programas de prevenção é demonstrar que o atendimento odontológico pode ser uma atividade agradável, eliminando o estigma do medo ao dentista. Acredita-se que este seja um dos maiores legados para os participantes no programa de prevenção.

Os procedimentos clínicos realizados nos programas são de baixa complexidade e que não provocam desconforto ao paciente. Aplicados no sistema

de periodicidade e frequentemente, provocam nos pacientes uma adequada adaptação aos atendimentos. Considerado o longo prazo em que é aplicado o programa, é esperado reações comportamentais de adesão ao tratamento.

Quanto à manutenção dos hábitos saudáveis orientados durante a participação no programa, verificou-se que 50% mantiveram-se e 41% responderam “às vezes” perfazendo 91% dos entrevistados. Acreditamos que estes resultados da permanência das orientações transmitidas possam ser considerados satisfatórios.

Programas que exercem atuação diretamente no campo da natureza preventiva e educativa, intentam determinar mudança de hábitos não saudáveis e estabelecimento de hábitos benéficos em relação à saúde bucal. Ao ingressar no programa, deve-se considerar os hábitos de saúde bucal já adotado pelos pais ou responsáveis. Orientações e informações são apresentadas aos pais para a conscientização dos mesmos e durante os retornos periódicos é avaliada a necessidade de reforços nas orientações. Mudança de hábitos, muitas vezes já cristalizados nos pais, são de difícil modificação e esta situação o profissional deve ter em mente.

O resultado expresso na tabela 10 mostrou que 54% dos entrevistados não recordavam exemplos de orientações referentes à dieta. Este pode ser um motivo de preocupação apontando para os gestores de programas que este aspecto deva ser enfatizado com o intuito de solidificar as informações.

O OHIP é um instrumento amplamente utilizado para medir a percepção dos indivíduos sobre o impacto social das alterações bucais. Suas questões abrangem sete dimensões: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e desvantagem social. As dimensões são hierarquicamente ordenadas de forma que capturam impactos gradualmente mais prejudiciais à qualidade de vida das pessoas (SLADE, 1997).

Destaca-se que os estudos existentes na literatura sobre qualidade de vida não incluíram amostras de adolescentes que tenham participado na primeira década de vida de programa odontológico de natureza educativa-preventiva, sendo

este estudo pioneiro no Brasil. De certa forma esta carência de trabalhos nesta área torna mais complexa a análise e comparação dos dados.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), pode-se considerar a adolescência como o período delimitado entre 10 e 19 anos de idade (OMS, 1965), ou seja, a segunda década de vida, sendo que mais de 34 milhões de brasileiros tinham entre 10 e 19 anos de idade no ano 2000 (BRASIL, 2008).

A adolescência para a Odontologia representa um momento de risco para a saúde bucal devido à possibilidade de ocorrência de distúrbios alimentares, com uma tendência de aumento no consumo de alimentos mais açucarados, distúrbios comportamentais, com certa resistência em relação à higiene bucal, dependência química, além de outros fatores relacionados (BUSSADORI; MASUDA, 2005).

Dados do Levantamento Epidemiológico Nacional – SB-Brasil 2003, revelaram um quadro insatisfatório da saúde bucal, com cerca de 90% dos adolescentes de 15 a 19 anos apresentando pelo menos um dente permanente com experiência de cárie dentária. Considerando-se o território nacional, cerca de 14% dos adolescentes nunca foram ao dentista. Preocupante também é constatar que o motivo da ida ao dentista, para quase um terço dos adolescentes do estudo, tenha sido a experiência de dor de origem dentária.

Em relação à auto avaliação sobre as condições de saúde bucal, este levantamento nacional demonstrou que quase metade dos adolescentes avaliados considerou péssima, ruim ou regular sua condição de saúde bucal, e elevada parcela destes relatou ter alguma dificuldade mastigatória e/ou dor dentária (BRASIL, 2004).

Nesta pesquisa, as dimensões que apresentaram menor impacto foram relacionadas à desvantagem social refletida pela total incapacidade na realização de suas atividades diárias, incapacidade física e limitação funcional.

O questionamento sobre incômodo na mastigação obteve a maior média entre as 14 perguntas do formulário, confirmando o resultado encontrado por SLADE, 1997.

A média do OHIP-14 nesta pesquisa foi de 6,68 podendo ser classificado como baixo o impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos adolescentes entrevistados, considerando-se a escala de variação do OHIP-14, de 0 a 56.

A consistência interna (α -Cronbach=0,79), nesta pesquisa, foi considerada adequada. O valor mínimo aceitável para o alfa é 0,70, sendo que abaixo desse valor a consistência interna da escala utilizada é considerada baixa. Em contrapartida, o valor máximo esperado é 0,90; acima deste valor, pode-se considerar que há redundância ou duplicação, ou seja, vários itens estão medindo exatamente o mesmo elemento de um constructo; portanto, os itens redundantes devem ser eliminados. Usualmente, são preferidos valores de alfa entre 0,80 e 0,90 (STREINER, 2003).

Estudos prévios^{2, 14, 21} sobre repercussão da condição bucal na qualidade de vida demonstraram que alterações da saúde bucal interferem negativamente na qualidade de vida das pessoas afetadas.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), qualidade de vida é considerada “a percepção dos indivíduos sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas dos valores em que vivem e com relação a seus objetivos, expectativas, padrões e interesses”. Dessa forma é possível considerar cinco domínios principais da qualidade de vida: saúde e bem-estar, relacionamentos interpessoais, a comunidade e presença familiar, crescimento pessoal, dignidade e amor-próprio (Alleyne GAO, 2001).

Os resultados do presente estudo demonstram que pacientes que manifestam saúde bucal normal não exibiram preocupação desta particularidade em suas vidas, refletindo um baixo impacto da saúde bucal dos adolescentes na qualidade de vida dos mesmos. Programas odontológicos específicos centrados na formação de hábitos de dieta e higiene bucal desde a infância até o início da adolescência podem ser considerados efetivos e promovem qualidade de vida.

Embora esta pesquisa tenha registrado um baixo impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos pacientes, foram encontradas respostas em várias outras questões do questionário utilizado pelo índice OHIP-14, as quais, porém, não impactaram negativamente a saúde bucal, seja em relação ao domínio da incapacidade psicológica (envergonhado) e o da incapacidade social (irritado), cujas prevalências apresentaram os índices mais altos de “repetidamente” (4,8%) e “sempre” (2,6%) na questão 10 e “repetidamente” (1,6%) e “sempre” (4,8%) na questão 11. Estes dois domínios são muito importantes sob o aspecto da adolescência, pois sentir-se envergonhados e irritado em dada situação, são

ocorrências até de certa forma comuns nesta fase da vida ainda que os resultados da pesquisa, quanto ao impacto destes domínios sobre a qualidade de vida, tenham sido baixos.

Convém salientar que este estudo poderá apresentar limitações quanto a possível influência do perfil de personalidade dos pacientes na percepção dos problemas bucais, que pode afetar os achados de estudos dessa natureza. Embora sentir-se saudável ou doente possa ser considerada uma questão de natureza subjetiva, e especialmente sua percepção, acreditamos que os dados deste trabalho espelham de forma categórica o que se pode esperar quando da aplicação metódica de um programa de saúde de natureza educativa e preventiva e seguimento disciplinado por parte dos pacientes.

Exibir saúde bucal no Brasil, fruto de uma assistência ao longo dos dez primeiros anos de vida não são realidades rotineiramente observadas em um país que ainda não preza pelos aspectos que se destacam no programa, que é a educação e prevenção. É certo que outros estudos poderão referendar estes resultados, entretanto é correto afirmar da relevância destes resultados e da contribuição da assistência odontológica para a obtenção dos mesmos.

CONCLUSÃO

7 Conclusão

Segundo os resultados obtidos nesta pesquisa, pode-se concluir que:

- uma boa autopercepção em saúde bucal foi detectada nos adolescentes que participaram em programa odontológico de natureza educativa-preventiva na primeira década de vida;
- um baixo impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos adolescentes.

Ambos fatores são indicativos da necessidade de estimular iniciativas de implantação de programas desta natureza no âmbito público ou privado em maior escala para a população.

REFERÊNCIAS

8 Referências

1. Aida, K.L. Influência da atenção odontológica precoce na experiência de cárie em adultos jovens. 2014. 56 f. Dissertação (**Mestrado em Odontopediatria**) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2014.
2. Allen P.F., Locker D. Do item weights matter? Na assessment using the Oral Health Impact Profile. **Community Dent Health**. v.14, p.133-138. 1997.
3. Alleyne G.A.O. Health and the quality of life. **Rev Panam Salud Publica/ Pan Am J Public Health**. v.9, n.1. p.1-6. 2001.
4. Alsumait A., ElSalhy M., Raine K., Cor K., Gokiart R., Al-Mutawa S., Amin M. Impact of dental health on children's oral health-related quality of life: a cross-sectional study. **Health and Quality of Life Outcomes**. v. 13, n. 98, 2015. DOI 0.1186/s12955-015-0283-8.
5. Alvarenga F. A. S., Henriques C., Takatsui F., Montandon A. A. B., Telarolli J. R., Monteiro A. L. C. C., Pinelli C., Loffredo L. C. M. Oral health impact profile in the quality of life of patients over 50 years old of two public institutions of Araraquara city, SP, Brazil. **Rev Odontol UNESP**. v. 40, n. 3, p. 118-124, 2011.
6. Alvarenga F. A. S., Henriques C., Takatsui F., Montandon A. A. B., Telarolli J. R., Monteiro A. L. C. C., Pinelli C., Loffredo L. C.M. Oral health impact profile in the quality of life of patients over 50 years old of two public institutions of Araraquara city, SP, Brazil. **Rev Odontol UNESP**. v.40, n.3, p. 118-124, 2011. ISSN 1807-2577.
7. Amaral, J. C. P. Saúde bucal de adolescentes que receberam assistência odontológica na primeira década de vida. 83f. **Dissertação (Mestrado Saúde Bucal da Criança)** – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2015.
8. Aquilante A. G.; Bastos J. R. M.; Sales P. S. H. C.; Leal R. B.; Higa A. M. Análise do nível de educação odontológica dos pais/responsáveis de escolares da 3º série do 1º grau e sua relação na motivação e educação odontológica de seus filhos. **Rev. Odontol. UNICID** v. 14, n. 1, p. 25-34, Jan /abr. 2002.
9. Bortoli D., Locatelli F. A., Fadel C. B., Baldani M. H. Association between oral health perception and subjective and clinical indexes: a study of adults from a third age continued education group. **Rev UEPG Ci Biol Saúde**. v. 9, n. (3/4), p. 55-65, Set./Dez. 2003.
10. BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Projeto SB Brasil 2003 -**

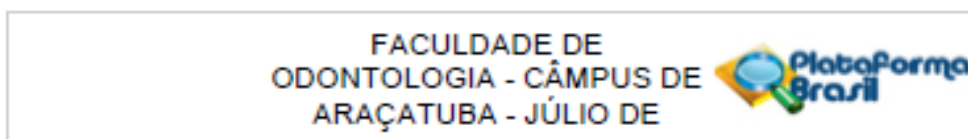
- Condições de saúde bucal da população brasileira 2002–2003: resultados principais.** Brasília: MS-CNSB; 2004, 68 p.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Direitos Humanos. Levantamento nacional da atenção em saúde mental aos adolescentes privados de liberdade e sua articulação com as Unidades Socioeducativas. Brasília, 2008.
 12. BUSSADORI, S. K., MASUDA, **M. S.** **Manual de Odontohebiatria.** 1ª edição. São Paulo: Editora Santos, 2005. 171p.
 13. Cunha R. F., Zaze A. C., Vieira A. E., Melhado F. L., Sundefeld M.L. Longitudinal behavioral analysis during dental care of children aged 0 to 3 years. **Braz Oral Res.** v.23, n.3, p.302-306, Jul/Set 2009. ISSN 1807-3107.
 14. De Oliveira B. H.; Nadanovsky P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile–short form. **Community Dent Oral Epidemiol.** v. 33, p. 307-314, 2005
 15. Dini E.L., McGrath C., Bedi R. An evaluation of the oral health quality of life (OHQoL) instrument in a Brazilian population. **Community Dent Health.** v.20, p.40-44. 2003.
 16. Duque C., Caldo-Teixeira A. S., Ribeiro A. A., Ammari M. M., Abreu F. V., Antunes L. A. A. **Odontopediatria: Uma Visão Contemporânea.** 1ª Ed. São Paulo: Editora Santos, 2013. 698p.
 17. Ferreira N. P., Ferreira A. P., Freire M. C. M. Job market in dentistry: historical context and perspectives. **Rev Odontol UNESP.** v.42, n.4, p. 304-309, Jul/Aug, 2013. ISSN 1807-2577.
 18. Figueiredo M. C., Guarienti C. A. D., Michel J. A., Sampaio M. S. Comprehensive attention to oral health in early childhood: a longitudinal evaluation of the infant clinic program of the federal university of Rio Grande do Sul, Brazil. **Acta Odontol. Latinoam.** v.21, n. 2, p.181-187, 2008. ISSN 0326-4815.
 19. Fracasso, M.L.C.; Provenzano, M.G.A.; Goya, S.J. Efficacy of an oral health promotion program for infants in the public sector. **J Appl Oral Sci.**, v.13, n. 4, p.372-376. 2005.
 20. Fracasso, M.L.C.; Provenzano, M.G.A.; Goya, S.J. Efficacy of an oral health promotion program for infants in the public sector. **J Appl Oral Sci.**, v.13, n. 4, p.372-376. 2005.
 21. Goettems M. L., Ardenghi T. M., Demarco F. F., Romano A. R., Torriani D. D. Children's use of dental services: Influence of maternal dental anxiety, attendance pattern, and perception of children's quality of life. **Community Dent Oral Epidemiol.** n. 40, p. 451–458, 2012. doi: 10.1111/j.1600-0528.2012.00694.x.

22. Leão A.T.T., Cidade M.C., Varela J.R. Impactos da saúde periodontal na vida diária. **Rev Bras Odontol.** V.55, p.238-241. 1998.
23. Locker D.; Jokovic, A. Using subjective oral health status indicators to screen For dental care needs in older adults. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.24, p.398-402, 1996.
24. Marques L. S., Barbosa C. C., Ramos-Jorge M. L., Pordeus I. A., Paiva S. M. Malocclusion prevalence and orthodontic treatment need in 10-14-year-old schoolchildren in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil: a psychosocial focus. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro.** v.21, n.4, p.1099-1106, Jul/Ago, 2005.
25. Massoni A. C. L. T., Forte F. D. S., Sampaio F. C. Health promotion perception from parents and caretakers. **Rev Odontol UNESP.** v. 34, n. 4, p. 193-197, 2005.
26. Meyer K., Geurtsen W., Günay H. An early oral health care program starting during pregnancy. **Clin Oral Invest.** v.14, p.257–264, 2010. DOI 10.1007/s00784-009-0297-x.
27. Miotto M. H. M. B., Barcellos L. A., Velten D. B. Evaluation of the impact on quality of life caused by oral health problems in adults and the elderly in a southeastern Brazilian city. **Rev Ciência & Saúde Coletiva.** v. 17, n. 2, p. 397-406, 2012.
28. Oliveira B. H.; Nadanovsky, P. Psychometric properties of the brazilian version of the Oral Health Impact Profile-short form. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.33, p.307-314, 2005.
29. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Problemas de salud de la adolescência.** Genebra: Série de informes técnicos, v.308, p. 29. 1965.
30. Pinto, L.M.C.P.; Walter, L.R.F.; Percinoto, C.; Dezan, C.C.; Lopes, M.B. Dental caries experience in children attending na infant oral health program. **Braz J Oral Sci.**, v. 9, n. 3, p. 345-350. 2010.
31. Sanders A. E.; Spencer A. J, Slade G. D.; Evaluating the role of dental behaviour in oral health inequalities. **Community Dent Oral Epidemiol.** v.34, p. 71-79, 2006.
32. Santos Y. M., Jorge M. L. R., Paiva S. M., Ferreira M. C. Assessment of knowledge and practices of the parents regarding the oral health of three to nine-year-old children: a pilot study. **Arq. Odontol Belo Horizonte.** v.47, n.4, Out/Dez, 2011. ISSN 1516-0939.
33. SEIDL, E.M.F. ZANNON, C.M.L.C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad Saúde Pública**, v.20, n.2, p.580-588. 2004.
34. Silva S. R. C., Fernandes R. A. C. Self perception of oral health status by the elderly. *Rev. Saúde Pública.* v.35, n.4. p.349-355, 2001.
35. Slade G. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. **Community Dent Oral Epidemiol.** v. 25, p. 284-290, 1997.

36. Slade G.D. Derivation and validation of a short form oral health impact profile. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.25, p. 284-290. 1997.
37. 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.
38. Steele J.G.; Sanders A. E.; Slade G. D.; Allen P. F.; Lahti S.; Nuttall N.; et al. How do age and tooth loss affect oral health impacts and quality of life? A Study comparing two national samples. **Community Dent Oral Epidemiol**. v.32, p. 107-114, 2004.
39. STREINER, D. L. Being inconsistent about consistency: when coefficient alpha does and doesn't matter. **Journal of Personality Assessment**. v. 80, p. 217-222. 2003.
40. Walter, L.R.F.; Lemos, L.V.F.M.; Myaki, S.I.; Zuanon, A.C.C. **Manual de odontologia para bebês**. Ed. Artes Médicas, 2014. 157p
41. WHO. World Health Organization constitution. In: Basic Documents. Geneva: World Health Organization:1948. Biblioteca Virtual de Direitos Humanos da Universidade de São Paulo. Acesso em: 20 de Jan. 2015.
42. WHO. World Health Organization the WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc Sci Med**, v.41, p.1403-1410, 1995

ANEXOS

Anexo A – Certificado da Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Influência da assistência odontológica sobre a percepção de saúde e condição bucal de pais e crianças assistidas na primeira década de vida

Pesquisador: Robson Frederico Cunha

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 22352713.7.0000.5420

Instituição Proponente: Faculdade de Odontologia do Campus de Araçatuba - UNESP

Patrocinador Principal: Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 541.128

Data da Relatoria: 24/02/2014

Apresentação do Projeto:

Com esse projeto de pesquisa pretende-se realizar uma análise da influência da participação de pais e pacientes na assistência odontológica em bebês e na clínica de prevenção sobre a qualidade da saúde bucal dos participantes e de suas percepções sobre os cuidados quanto à saúde bucal. Além desses objetivos primários, pretende-se também verificar o benefício em relação a manutenção da saúde bucal, de crianças que participaram de todo o programa, comparativamente aquelas que interromperam o acompanhamento no decorrer do mesmo e verificar a formação de hábitos saudáveis e a repercussão da participação no programa sobre a criação e permanência das medidas educativas e preventivas oferecidas. Trata-se de uma análise longitudinal dos efeitos da participação de pacientes (n=100) que frequentaram um Programa Educativo/Preventivo em Saúde Bucal. Este programa divide-se em duas fases, sendo a primeira composta por pacientes que ingressaram no programa no primeiro ano de vida até completarem quatro anos de idade (Bebê-Clinica) e uma segunda fase com as crianças que permaneceram no programa até completarem 9 anos de idade (Clínica de Prevenção).

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a influência da participação de pais e pacientes em programas de assistência odontológica sobre a qualidade da saúde bucal dos participantes e de suas percepções sobre os cuidados

Endereço: JOSE BONIFACIO 1169		CEP: 16.015-050
Bairro: VILA MENDONÇA		
UF: SP	Município: ARACATUBA	
Telefone: (18)3636-3200	Fax: (18)3636-3332	E-mail: anacoms@foa.unesp.br

Página 01 de 03

FACULDADE DE
ODONTOLOGIA - CÂMPUS DE
ARAÇATUBA - JÚLIO DE



Continuação do Parecer: 541.120

quanto à saúde bucal. Além disso, pretende-se avaliar o benefício em relação à manutenção da saúde bucal, dos indivíduos participantes de todo o programa aquelas que o interromperam e verificar a formação de hábitos saudáveis e a repercussão da participação no programa sobre a criação e permanência das medidas educativas e preventivas oferecidas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O risco da pesquisa é mínimo, pois serão aplicados questionários e será realizado exame clínico cujos resultados serão registrados de acordo com os critérios predefinidos em ficha específica. Além disso, de forma complementar ao exame clínico, será realizado duas radiografias para a pesquisa de cárie em cada paciente participante da pesquisa. Quanto aos benefícios, a avaliação dos resultados encontrados poderão melhorar e nortear as futuras ações neste setor.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa tem por objetivo verificar o impacto das medidas preventivas e educativas de indivíduos participantes de programas de assistência odontológica sobre a qualidade da saúde bucal e suas percepções sobre os cuidados quanto a saúde bucal. Serão aplicados questionários e feita avaliação clínica e radiológica nos mesmos e de posse desses dados pretende-se estabelecer uma correlação entre essas medidas preventivas/profiláticas do acompanhamento prolongado e suas repercussões na família do indivíduo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos necessários e obrigatórios foram anexados adequadamente.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após a avaliação da metodologia proposta bem como dos documentos anexos somos favoráveis à execução do mesmo uma vez que a metodologia apresentada atende as normas da Resolução 466/2012.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: JOSE BONIFACIO 1193
Bairro: VILA MENDONÇA CEP: 16.015-050
UF: SP Município: ARACATUBA
Telefone: (18)3636-3200 Fax: (18)3636-3332 E-mail: anacman@fos.unesp.br

Página 02 de 03

FACULDADE DE
ODONTOLOGIA - CÂMPUS DE
ARAÇATUBA - JÚLIO DE



Continuação do Parecer: 541.120

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP acata o parecer do relator e recomenda a aprovação do projeto, salientando que relatórios semestrais deverão ser apresentados. A data máxima para submissão do primeiro relatório será 24/08/2014.

ARAÇATUBA, 25 de Fevereiro de 2014

Assinador por:

Ana Claudia de Melo Stevanato Nakamura
(Coordenador)

Endereço: JOSE BONIFACIO 1193
Bairro: VILA MENDONÇA CEP: 18.015-050
UF: SP Município: ARAÇATUBA
Telefone: (18)3636-3200 Fax: (18)3636-3332 E-mail: anacman@fos.unesp.br

Página 03 de 03

Anexo B – Termo de Consentimento Esclarecido

Título da Pesquisa: “Influência da assistência odontológica sobre a percepção de saúde de crianças assistidas na primeira década de vida”

Nome do (a) Pesquisador (a): Larissa Carla Rodrigues

Nome do (a) Orientador (a): Robson Frederico Cunha

1. **Natureza da pesquisa:** o(a) sr.(a) está sendo convidado (a) a participar desta pesquisa que tem como finalidade avaliar os resultados de ações de orientação e prevenção aplicados na Bebê Clínica e se os mesmos perduram até os dias atuais.
2. **Participantes da pesquisa:** serão atendidos 100 pacientes que participaram da Bebê clínica no período de 1996 a 2002.
3. **Envolvimento na pesquisa:** ao participar deste estudo o (a) sr. (a) permitirá que as pesquisadoras Larissa Carla Rodrigues realizar uma avaliação odontológica que compreende em um questionário, um exame clínico e radiográfico em seu filho (a). O (a) sr. (a) pai ou responsável também participará de forma ativa no projeto respondendo a um questionário que será aplicado aos mesmos. O (a) sr.(a) tem liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para o(a) sr.(a). Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone do (a) pesquisador (a) do projeto (18) 9764-6271 e, se necessário através do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa (18) 3636-3234.
4. **Sobre as entrevistas:** os pacientes e seus responsáveis serão entrevistados, sendo que os mesmos responderão a perguntas abertas e de múltipla escolha.
5. **Riscos e desconforto:** a participação nesta pesquisa não infringe as normas legais e éticas *estando somente expostos a riscos mínimos inerentes aos procedimentos (exame clínico e radiográfico) a que serão submetidos tais como contaminação*. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade.
6. **Confidencialidade:** todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente o (a) pesquisador (a) e seu (sua) orientador (a) (e/ou equipe de pesquisa) terão conhecimento de sua identidade e nos comprometemos a mantê-la em sigilo ao publicar os resultados dessa pesquisa.
7. **Benefícios:** ao participar desta pesquisa o(a) sr.(a) não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo resulte em informações importantes sobre a influência de iniciar o atendimento odontológico na primeira década de vida e suas percepções em pais e filhos sobre cuidados em saúde bucal, de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa

possa nos dar um parâmetro sobre a influência desses cuidados após a alta do paciente no programa da Bebê Clínica, onde pesquisador se compromete a divulgar os resultados obtidos, respeitando-se o sigilo das informações coletadas, conforme previsto no item anterior.

8. **Pagamento:** o (a) sr.(a) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem: Confiro que recebi cópia deste termo de consentimento, e autorizo a execução do trabalho de pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

Obs: Não assine esse termo se ainda tiver dúvida a respeito.

Consentimento Livre e Esclarecido

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa.

Nome do Participante da Pesquisa

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do Orientador

Pesquisador: Larissa Carla Rodrigues (11) 98335-0542

Orientador: Robson Frederico Cunha (18) 36363314

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa: Profa. Dra. Ana Cláudia de Melo Stevanato Nakamune

Vice-Coodenador: Prof. Wilson Galhego Garcia

Telefone do Comitê: (18) 3636-3234

E-mail cep@foa.unesp.br

Anexo C – Questionário de autopercepção paciente

1. Após o término de sua participação no programa você foi ao dentista novamente?

SIM

NÃO

1.1. Qual a periodicidade de suas consultas ao dentista?

Menos de 1 ano Mais de 1 ano De 1 a 2 anos Há 3 anos

ou mais

1.2. Qual o motivo da consulta?

dor

consulta de rotina/ reparos/ manutenção

sangramento gengival cavidade no dente feridas, caroços ou manchas

outros _____

1.3. Onde a consulta foi realizada?

Particular

Planos e Convênios

Posto de Saúde

FOA

2. Você participa de algum programa de prevenção nos dias atuais?

Sim

Não

Se sim, onde é realizado este programa: _____

3. Como você classificaria sua saúde bucal?

Não sabe

Péssima

Ruim

Regular

Boa

Ótima

4. Você tem algum problema com seus dentes?

Sim

Não

5. Você tem algum problema com suas gengivas?

Sim

Não

6. Qual a sua reação durante o atendimento odontológico?

Medo

Tranquilo

Ansioso(a)

7. O que você aprendeu no programa sobre a higiene e dieta são seguidos ainda hoje?

Sim Não Às vezes

7.1- É possível dar um exemplo do que você aprendeu sobre higiene na Bebê Clínica?

7.2- É possível dar um exemplo do que você aprendeu sobre dieta na Bebê Clínica?

8. Quantas vezes ao dia você escova os dentes?

1 vez 2 vezes 3 vezes 4 vezes 5 vezes

9. Faz uso de fio dental?

Sim Não

10. Faz uso de produtos fluoretados?

Sim Não

Quais? _____

Anexo D – Índice Oral Health Impact Profile - short form (OHIP-14)

Questionário de Saúde Bucal

Oi. Obrigado (a) por nos ajudar em nosso estudo.

Este estudo está sendo realizado para compreender melhor os problemas causados por seus dentes, boca, lábios e maxilares. Respondendo a estas questões, você nos ajudará a aprender mais sobre as experiências de pessoas jovens.

POR FAVOR, LEMBRE-SE:

- Não escreva seu nome no questionário;
- Isto não é uma prova e não existem respostas certas ou erradas;
- Responda sinceramente o que você puder. Não fale com ninguém sobre as perguntas enquanto você estiver respondendo-as. Suas respostas são sigilosas, ninguém irá vê-las;
- Leia cada questão cuidadosamente e pense em suas experiências nos últimos meses quando você for responde-las.
- Antes de você responder, pergunte a si mesmo: “Isto acontece comigo devido a problemas com meus dentes, lábios, boca ou maxilares? ”
- Coloque um (X) no espaço da resposta que corresponde melhor á sua experiência.

Data: ___/___/___.

As perguntas referem-se aos problemas com seus dentes, sua boca ou sua dentadura

- 1- Você teve algum problema para falar alguma palavra?
() Nunca () Raramente () Às vezes () Repetidamente () Sempre
- 2- Você sentiu que o sabor dos alimentos tem piorado?
() Nunca () Raramente () Às vezes () Repetidamente () Sempre
- 3- Você sentiu dores fortes em sua boca?
() Nunca () Raramente () Às vezes () Repetidamente () Sempre
- 4- Você tem se sentido incomodado ao comer algum alimento?
() Nunca () Raramente () Às vezes () Repetidamente () Sempre
- 5- Você tem ficado pouco à vontade?
() Nunca () Raramente () Às vezes () Repetidamente () Sempre
- 6- Você se sentiu estressado?
() Nunca () Raramente () Às vezes () Repetidamente () Sempre
- 7- Sua alimentação tem sido prejudicada?
() Nunca () Raramente () Às vezes () Repetidamente () Sempre
- 8- Você teve que parar suas refeições?
() Nunca () Raramente () Às vezes () Repetidamente () Sempre
- 9- Você tem encontrado dificuldade em relaxar?
() Nunca () Raramente () Às vezes () Repetidamente () Sempre
- 10- Você já se sentiu um pouco envergonhado?
() Nunca () Raramente () Às vezes () Repetidamente () Sempre
- 11- Você tem estado irritado com outras pessoas?
() Nunca () Raramente () Às vezes () Repetidamente () Sempre
- 12- Você teve dificuldade em realizar suas atividades diárias?
() Nunca () Raramente () Às vezes () Repetidamente () Sempre
- 13- Você já sentiu que a vida em geral ficou pior?
() Nunca () Raramente () Às vezes () Repetidamente () Sempre
- 14- Você tem estado sem poder fazer suas atividades diárias?
() Nunca () Raramente () Às vezes () Repetidamente () Sempre



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

Câmpus de Araçatuba

ATA N° 098

ATA DA DEFESA PÚBLICA DA DISSERTAÇÃO DE Mestrado de LARISSA CARLA RODRIGUES, DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA ODONTOLÓGICA, DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA.

Aos 02 dias do mês de maio do ano de 2016, às 09:00 horas, no(a) Anfiteatro do CAOE - Câmpus Rodovia, reuniu-se a Comissão Examinadora da Defesa Pública, composta pelos seguintes membros: Prof. Dr. ROBSON FREDERICO CUNHA - Orientador(a) do(a) Departamento de Odontologia Infantil e Social / Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP, Profa. Dra. SANDRA MARIA HERONDINA COELHO AVILA DE AGUIAR do(a) Departamento de Odontologia Infantil e Social / Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP, Prof. Dr. MAX DOUGLAS FARIA do(a) Curso de Odontologia / Faculdades Integradas de Santa Fé do Sul - FUNEC, sob a presidência do primeiro, a fim de proceder a arguição pública da DISSERTAÇÃO DE Mestrado de LARISSA CARLA RODRIGUES, intitulada **Influência da assistência odontológica na primeira década de vida sobre a percepção de saúde em adolescentes**. Após a exposição, a discente foi arguida oralmente pelos membros da Comissão Examinadora, tendo recebido o conceito final: APROVA DA. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que após lida e aprovada, foi assinada pelos membros da Comissão Examinadora.

Prof. Dr. ROBSON FREDERICO CUNHA

Profa. Dra. SANDRA MARIA HERONDINA COELHO AVILA DE AGUIAR

Prof. Dr. MAX DOUGLAS FARIA

Confere com o original.

SPG/DTA, aos 16 / 05 / 2016

Valéria de Queiroz Marcondes Zagatto
Supervisor de Sessão