



Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e
Clínica Integrada

ISSN: 1519-0501

apesb@terra.com.br

Universidade Federal da Paraíba
Brasil

Bolgueroni BARBOSA, Thiago; Rennó JUNQUEIRA, Simone; FRIAS, Antônio Carlos; de ARAUJO,
Maria Ercilia
Interferência da Saúde Bucal em Funções Biológicas e Sociais Segundo a Percepção de
Adolescentes Brasileiros
Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada, vol. 13, núm. 2, abril-junio, 2013, pp. 171-
176
Universidade Federal da Paraíba
Paraíba, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63730017006>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Interferência da Saúde Bucal em Funções Biológicas e Sociais Segundo a Percepção de Adolescentes Brasileiros

Perception of Brazilian Adolescents about the Influence of Oral Health on Biological and Social Functions

Thiago Bolgueroni BARBOSA¹, Simone Rennó JUNQUEIRA²,
Antônio Carlos FRIAS², Maria Ercília de ARAUJO²

¹ Cirurgião-Dentista, São Paulo/SP, Brasil.

² Professor do Departamento de Odontologia Social da Universidade de São Paulo (USP), São Paulo/SP, Brasil

RESUMO

Objetivo: Analisar a interferência da saúde bucal em funções biológicas e sociais, segundo a percepção de adolescentes brasileiros de 15 a 19 anos.

Método: Estudo transversal a partir do banco de dados do levantamento epidemiológico "SB Brasil 2003" (n=16.112). O banco foi recategorizado, tendo como variáveis dependentes a percepção em relação à saúde bucal e como esta é classificada; a aparência; se há interferência na mastigação; influência na fala e o quanto a saúde bucal interfere nos relacionamentos pessoais. Realizaram-se associações bivariada e multivariada entre variáveis sociodemográficas e de condição de saúde bucal com o desfecho relacionado às funções biológicas (mastigação e fala) e sociais (aparência e relações pessoais). Utilizou-se o modelo de regressão de Poisson, ajustado pela amostragem do tipo complexa, sendo o município sorteado a Unidade Primária de Amostragem. Empregou-se a Razão de Prevalência com IC 95%.

Resultados: A mastigação foi considerada péssima ou ruim entre negros e pardos (RP=1,31), com má oclusão (RP=1,52), doença periodontal (RP=1,33), necessidade de exodontia (RP=1,59) e dor (RP=3,92). A fala pior ou ruim foi associada a jovens com dentes ausentes (RP=1,42), má oclusão (RP=2,14), necessidade de exodontia (RP=1,32) e dor (RP=3,27). A pior aparência foi identificada por negros e pardos (RP=1,20), com dentes ausentes (RP=1,19), má oclusão (RP=1,52), doença periodontal (RP=1,56), cárie dentária (RP=1,49), necessidade de exodontia (RP=1,54) e dor (RP=2,12). A saúde bucal afetou os relacionamentos pessoais de negros e pardos (RP=1,20), com dentes ausentes (RP=1,37), má oclusão (RP=1,27), necessidade de exodontia (RP=1,24) e dor (RP=1,80).

Conclusão: Condições desfavoráveis de saúde bucal e de caracterização sociodemográfica tiveram reflexos negativos nas percepções de saúde bucal e influenciaram a qualidade de vida dos adolescentes brasileiros.

ABSTRACT

Objective: To assess the influence of oral health on biological and social functions as perceived by Brazilian adolescents aged 15 to 19 years.

Method: This investigation was a cross-sectional study based on the data from the epidemiological database "SB Brasil 2003" (n=16,112). The database was re-categorized using as dependent variables perception of oral health and how it is classified; personal appearance; possible influence on mastication; influence on the speech; and how much oral health influences on the personal relationships. Bivariate and multivariate associations were performed among the sociodemographic and oral health condition variables with the endpoint relative to biological (speech and mastication) and social (personal appearance and interpersonal relationships) functions. Poisson's regression model adjusted by complex type sampling was used, with the city chosen by lottery being the Primary Sampling Unit. Prevalence ratio was used with 95% confidence interval.

Results: Mastication was considered very bad and bad among blacks and mulattos (PR=1.31) with malocclusion (PR=1.52), periodontal disease (PR=1.33), need of extraction (PR=1.59) and pain (PR=3.92). The worst or bad speech was associated with young people with missing teeth (PR=1.42) malocclusion (PR=2.14), need of extraction (PR=1.32) and pain (PR=3.27). The worst personal appearance was reported by blacks and mulattos (RP=1.20) with missing teeth (PR=1.19), malocclusion (PR=1.52), periodontal disease (PR=1.56), dental caries (PR=1.49), need of extraction (RP=1.54) and pain (RP=2.12). Oral health influenced the personal relationships of blacks and mulattos (RP=1.20) with missing teeth (RP=1.37), malocclusion (RP=1.27), need of extraction (RP=1.24) and pain (RP=1.80).

Conclusion: Unfavorable oral health conditions and sociodemographic characteristics had negative impacts on the oral health perceptions and influenced the Brazilian adolescents' quality of life.

DESCRIÇÕES

Adolescente; Saúde bucal; Percepção.

KEY-WORDS

Adolescent; Oral health; Perception.

INTRODUÇÃO

Embora a prevalência e a severidade das doenças que acometem a cavidade bucal tenham diminuído entre crianças brasileiras nas duas últimas décadas do século passado^{1,2}, persistem as dificuldades para ampliar o acesso aos recursos de prevenção e para assegurar tratamento dentário às pessoas afetadas.

Segundo os resultados preliminares do último levantamento epidemiológico de âmbito nacional, realizado em 2010, com amostra domiciliar e inferência para as capitais e macrorregiões do país, aos 12 anos o índice de cárie foi 25% menor do que em 2003. Para o grupo etário de 15 a 19 anos de idade, o índice CPOD (média de dentes cariados, perdidos e obturados) foi de 4,25³.

Não obstante, o declínio da cárie dentária tenha sido expressivo também entre os adolescentes brasileiros entre os anos de 1986 e 2003 (51,3% de redução), o incremento do índice CPOD (média de dentes cariados, perdidos e obturados) entre a infância e a adolescência (em média 3,3 dentes a mais acometidos pela doença) indica uma deficiência nas possibilidades de atuação no processo saúde-doença.

Este processo é influenciado por fatores socioeconômicos⁴⁻⁸, pelos hábitos alimentares^{9,10} e de higiene bucal¹¹, mas também pelo acesso à fluoretação sistêmica e tópica e pelo acesso às ações e serviços de saúde bucal¹².

A adolescência, período de vida compreendido entre os dez e 20 anos de idade, é considerada uma fase de transição entre a infância e a juventude na qual o jovem se vê surpreendido por inúmeras mudanças físicas, cognitivas, emocionais e sociais¹³.

Os adolescentes constituem a população-alvo do presente estudo, por apresentarem características e atitudes singulares, necessidades igualmente distintas e serem um grupo populacional não-atendido nos programas assistenciais odontológicos.

Este estudo tem como objetivo analisar as interferências da saúde bucal, segundo as percepções de adolescentes brasileiros de 15 a 19 anos em relação às variáveis sociodemográficas e às condições de saúde bucal, a partir do Levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal, realizado em 249 municípios do Brasil em 2002-2003².

Acredita-se ser importante avaliar suas percepções em relação à saúde bucal, pois estas devem modular a conduta adotada em relação às práticas em saúde bucal com consequente declínio no padrão da doença.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo transversal com o banco de dados "Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003", do Ministério da Saúde². A amostra foi

composta pelos dados dos adolescentes de 15 a 19 anos ($n = 16.608$), distribuídos em todo o território nacional.

O delineamento amostral utilizou a técnica de amostragem probabilística por conglomerado em três estágios, estratificados, segundo a disponibilidade de água fluoretada no núcleo urbano (presente ou ausente) e o porte demográfico (até 5.000 habitantes; de 5.001 a 10.000 habitantes; de 10.001 a 50.000 habitantes; de 50.001 a 100.000 habitantes; e mais de 100.000 habitantes). Foram sorteados 250 municípios, 50 por macrorregião, o que permitiu a produção de estimativas para cada uma delas (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste, Sul).

Todas as variáveis desse estudo foram selecionadas da pesquisa do Ministério da Saúde, que incluía, além de índices sobre as condições de saúde bucal, variáveis sobre a caracterização socioeconômica, acesso a serviços odontológicos e autopercepção em saúde bucal².

Neste trabalho, as variáveis dependentes de autopercepção em saúde bucal foram consideradas em quatro grupos: a) como os entrevistados avaliam sua aparência em relação à sua saúde bucal; b) se a condição bucal interfere na mastigação; c) se há alguma influência na fala; e d) se ocorre alguma interferência nos relacionamentos pessoais.

Para a análise, as variáveis foram dicotomizadas, segundos as respostas dos jovens para as condições de aparência, mastigação e fala (ótimas/boas/regular vs péssimas e ruins); e para a variável relacionamento (não afeta vs afeta pouco/mais ou menos/muito).

As variáveis independentes foram classificadas, segundo as condições sociodemográficas: sexo (masculino vs feminino); cor de pele (negros/pardos vs brancos), localização da residência (rural vs urbana); condições bucais: ausência de dentes (sim vs não); uso de prótese dentária (sim vs não); má oclusão/índice de estética dental/DAI (severa vs moderada/leve/normal), doença periodontal (sangramento/cálculo/bolsa vs normal), cárie dentária não tratada (presente vs ausente), necessidade de tratamento endodôntico (sim vs não), relato de dor (sim vs não).

Realizou-se associação bivariada e multivariada entre as variáveis dependentes e as variáveis sociodemográficas e de condições de saúde bucal. Foi utilizado o modelo de regressão de Poisson, ajustado pela amostragem do tipo complexa, sendo o município sorteado a Unidade Primária de Amostragem (UPA = 249).

O modelo também foi ajustado para dez estratos considerando-se o porte do município (até 5 mil habitantes; de 5 a 10 mil; de 10 a 50 mil; de 50 a 100 mil; mais de 100 mil) e a presença ou não de flúor na água de abastecimento público.

Empregaram-se, na associação multivariada, o modelo de regressão de Poisson, a Razão de Prevalência e o intervalo de confiança de 95% para parâmetros populacionais. Todas as análises foram realizadas no software STATA versão 10.0.

RESULTADOS

Observou-se que as percepções da condição de saúde bucal categorizadas, segundo a aparência dos dentes e gengiva, a mastigação, a fala e a influência nos relacionamentos pessoais, quando analisadas em relação a variáveis, não apresentaram diferença estatisticamente significativa entre os sexos.

Negros e pardos tiveram uma percepção péssima ou ruim em relação à aparência, à mastigação, à fala e os mesmos relataram que isso afetava suas relações pessoais (RP=1,46; 1,51; 1,27; 1,27, respectivamente), diferente do que ocorreu entre os brancos. Os jovens que residiam em área rural relataram pior aparência que os residentes em área urbana (RP=1,15).

Quanto às variáveis de saúde bucal, para os jovens que apresentaram problemas periodontais, cárie dentária, oclusopatias, necessidades de exodontia, que relataram dor nos últimos seis meses e que tinham ausência de dentes, todas estas variáveis influenciaram na classificação que os jovens fizeram sobre a satisfação com a aparência, mastigação, fala e relacionamentos pessoais. Os resultados foram mais expressivos com diferença estatisticamente significativa na classificação ruim e péssima (Tabela 1).

Todas as variáveis que apresentaram significância estatística no modelo bivariado permaneceram para a análise multivariada (Tabela 2), com ajustes pela amostragem do tipo complexa. Também houve ajuste em função do porte do município e disponibilidade de flúor na água de abastecimento, considerados como estratos no modelo de análise.

O sexo e o local de residência não influenciaram diretamente na autoavaliação que os adolescentes fizeram de sua saúde bucal, diferente do que ocorreu com a cor da pele, em que negros e pardos tiveram piores percepções em relação à aparência, mastigação e interferência nos relacionamentos pessoais (RP=1,20; 1,31; 1,20, respectivamente).

A aparência péssima ou ruim foi identificada por negros e pardos (RP=1,20), por aqueles que apresentaram ausência de dentes (RP=1,19), má oclusão (RP=1,52), doença periodontal (RP=1,56), cárie dentária (RP=1,49), necessidade de exodontia (RP=1,54) e relato de dor (RP=2,12).

A condição de mastigação foi observada como péssima ou ruim entre negros e pardos (RP=1,31), para os que apresentaram má oclusão (RP=1,52), doença periodontal (RP=1,33), necessidade de exodontia (RP=1,59) e relato de dor (RP=3,92).

A fala pior ou ruim foi associada a jovens com dentes ausentes (RP=1,42), má oclusão (RP=2,14), com necessidade de exodontia (RP=1,32) e relato de dor (RP=3,27).

As relações pessoais foram afetadas para os negros e pardos (RP=1,20), com ausência de dentes (RP=1,37), má oclusão (RP=1,27), necessidade de exodontia (RP=1,24) e relato de dor (RP=1,80).

Há que se ressaltar que alguns fatores que se mostraram determinantes para a percepção ruim para um desfecho podem não ter tido influência sobre outro. É o caso da ausência de dentes, que influenciou na classificação da aparência, da fala e do comprometimento nas relações pessoais, mas não da mastigação.

DISCUSSÃO

O presente estudo identificou fatores sociodemográficos e de condições bucais que interferem nas funções biológicas, como a mastigação e a fala, e em funções sociais, como a importância da aparência e dos relacionamentos pessoais, segundo a percepção de adolescentes brasileiros.

Uma das limitações deste trabalho é o fato de utilizar um banco de dados secundário, pois o desenho do modelo de análise fica limitado apenas às variáveis presentes no estudo primário. Sabe-se que há outras variáveis que poderiam ter influência no desfecho da percepção da saúde bucal nos adolescentes.

Dos quatro desfechos estudados, o pior avaliado foi a aparência, embora 54,9% dos adolescentes a tenha considerado boa ou ótima. Esses percentuais foram de 73,7% para a mastigação e 81,7% para a fala. Desta amostra, 71,2% não sentiram que a saúde bucal tenha afetado os relacionamentos pessoais.

A disponibilidade de instrumentos que avaliem o grau de satisfação dos sujeitos com a própria vida ainda é escasso, pois se trata de um conceito novo e, portanto, são necessários estudos mais abrangentes e que incluam componentes sociais, econômicos e culturais para se avaliar a qualidade de vida, principalmente em adolescentes¹⁴.

Parece coerente que não há satisfação com a vida se a mesma não for vivida com qualidade e, na área da saúde, essa qualidade de vida vem sendo perseguida por várias áreas de conhecimento e com diferentes abordagens.

A percepção da própria saúde é considerada como um bom marcador do estado de saúde da população e há associação entre fatores socioeconômicos e a autoavaliação de saúde na população brasileira¹⁵.

Observou-se que 55% dos adolescentes e adultos jovens, moradores de áreas de abrangência das equipes de saúde bucal da estratégia de saúde da família, em Ponta Grossa, no Estado do Paraná, consideraram sua saúde bucal como boa ou muito boa. Mesmo assim, 85% deles considerou ter algum problema bucal (como cárie, sangramento gengival, dentes mal posicionados e ausência de dentes) e 45% relataram impacto da condição bucal na qualidade de vida ao referir dor de dentes nos seis meses anteriores à entrevista¹⁶.

O grau de satisfação com a saúde bucal vem sendo pesquisado em diferentes aspectos¹⁷⁻¹⁹, pois ele pode se mostrar uma ferramenta fundamental no

Tabela 1. Análise bivariada das condições sociodemográficas e de saúde bucal sobre a classificação da aparência, mastigação, fala e comprometimento das relações pessoais de adolescentes brasileiros de 15 a 19 anos de idade. Brasil, 2003.

Variáveis	Aparência			Mastigação			Fala			Afeta as relações pessoais		
	Péssima ou ruim			Péssima ou ruim			Péssima ou ruim			Péssima ou ruim		
	sim	não	RP IC 95%	sim	não	RP IC 95%	sim	não	RP IC 95%	sim	não	RP IC 95%
Sexo												
Masculino	714	6189	0,92	418	6484	0,88	314	9391	1,02	667	6235	1,02
Feminino	1094	8611	0,84—1,00	666	9039	0,76—1,00	219	6684	0,86—1,21	917	8788	0,93—1,12
Etnia												
Negro/Pardo	1155	7931	1,46	701	8385	1,51	323	8763	1,27	958	8128	1,27
Branco	653	6869	1,34—1,60	384	7138	1,34—1,71	210	7312	1,07—1,51	626	6896	1,15—1,39
Residência												
Rural	273	1941	1,15	138	2076	0,95	68	2145	0,95	231	1983	1,11
Urbana	1535	12859	1,02—1,30	947	13447	0,80—1,13	465	13929	0,24—1,22	1353	13041	0,97—1,27
Dente ausente												
Sim	192	800	1,88	109	883	1,76	71	921	2,43	154	338	1,70
Não	1599	13930	1,64—2,15	967	14562	1,46—2,13	458	15071	1,91—3,09	1417	14112	1,46—1,98
Má oclusão												
Severa	503	2265	1,94	265	2503	1,62	161	2606	2,27	348	2420	1,41
Normal ou moderada	1287	12461	1,77—2,13	810	12938	1,42—1,86	367	13381	1,88—2,74	1223	12525	1,26—1,58
Doença												
Periodontal												
Presente	1284	7614	2,13	729	8169	1,79	343	8555	1,58	1005	7893	1,50
Ausente	520	7138	1,93—2,34	551	7307	1,58—2,02	187	7471	1,32—1,88	575	7083	1,36—1,66
Cárie Dentária												
Presente	1482	9428	2,37	865	10045	2,05	404	10506	1,35	1167	9743	1,46
Ausente	325	5372	2,12—2,67	220	5478	1,78—2,37	129	5569	1,35—1,99	417	5281	1,31—1,63
Exodontia												
Necessita	541	1926	2,45	324	2143	2,44	130	2337	1,85	329	2138	1,50
Não Necessita	1267	12874	2,23—2,68	761	13380	2,15—2,76	403	13738	1,52—2,24	1255	12886	1,34—1,68
Dor												
Relato de dor	1069	4854	2,61	772	5150	4,45	354	5568	3,57	814	5108	1,91
Não relatou	739	9945	2,39—2,85	313	10371	3,92—5,05	179	10505	2,99—4,26	769	9915	1,74—2,10

RP – Razão de prevalência ajustado pelo modelo de amostragem por conglomerado

Tabela 2. Análise multivariada das condições sociodemográficas e de saúde bucal sobre a classificação da aparência, mastigação, fala e comprometimento das relações pessoais de adolescentes brasileiros de 15 a 19 anos de idade. Brasil, 2003.

Variáveis	Aparência			Mastigação			Fala			Afeta as relações pessoais		
	RP	erro	IC 95%	RP	erro	IC 95%	RP	erro	IC 95%	RP	erro	IC 95%
			p			p			p			p
Negro/pardo	1,20	0,07	1,07—1,35 0,002	1,31	0,10	1,12—1,55 0,001	-	-	-	1,20	0,10	1,02—1,42 0,023
Dente Ausente	1,19	0,08	1,03—1,38 0,013	-	-	-	1,42	0,20	1,10—1,89 0,014	1,37	0,13	1,12—1,67 0,002
Má oclusão severa	1,52	0,09	1,34—1,73 0,000	1,52	0,13	1,27—1,82 0,000	2,14	0,29	1,64—2,80 0,000	1,27	0,13	1,03—1,56 0,020
Doença Periodontal	1,56	0,10	1,37—1,78 0,001	1,33	0,11	1,12—1,58 0,001	-	-	-	-	-	-
Cárie Dentária	1,49	0,12	1,27—1,75 0,000	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Necessidade de Exodontia	1,54	0,08	1,38—1,71 0,000	1,59	0,11	1,38—1,83 0,000	1,32	0,17	1,02—1,70 0,032	1,24	0,09	1,07—1,43 0,003
Relato de Dor	2,12	0,14	1,85—2,43 0,000	3,92	0,37	3,25—4,72 0,000	3,27	0,49	2,43—4,42 0,000	1,80	0,11	1,58—2,05 0,000

RP – Razão de prevalência ajustado pelo modelo de amostragem por conglomerado

combate a diversos problemas bucais, tendo influência direta na qualidade de vida das pessoas^{20,21}. Apenas considerando a importância atribuída aos problemas bucais da população é que se pode pensar na organização de ações e serviços que atendam à necessidade sentida.

Quando demandados sobre o grau de importância dos dentes em suas vidas, a maioria dos adolescentes de Campina Grande, no Estado da Paraíba, declarou ser muito importante para a mastigação, beleza, conseguir emprego, comunicação e sexualidade, havendo diferença no padrão de resposta em função do

gênero, pois a beleza foi mais importante para o gênero feminino e a sexualidade para o masculino. A própria saúde bucal foi ainda considerada boa pela maioria dos jovens, sem diferença entre os grupos²².

Conhecer as necessidades e a estrutura psicossocial da comunidade em que os adolescentes estão inseridos é essencial, incorporando-as em programas de educação e, dessa forma, permitindo que novas ideias e ações se ajustem, surjam e cresçam nesta realidade²³.

Segundo o Estatuto da Criança e Adolescente – ECA²⁴, compete ao Sistema Único de Saúde (SUS) promover programas de assistência médica e odontológica para a prevenção das enfermidades que afetam a população infantil.

Embora um dos princípios do SUS seja a universalização do acesso às ações e serviços de saúde, inclusive os de saúde bucal, certos grupos são priorizados em ações programáticas, como crianças e gestantes, restando aos adolescentes os serviços de emergência odontológica.

Em trabalho avaliativo sobre a implantação do Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), no Rio de Janeiro, percebeu-se, pela observação geral da leitura das evocações realizadas pelos adolescentes, um enfoque mais positivo em relação à saúde²⁵.

Dados do “Levantamento Epidemiológico das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003”² revelaram que 86,6% dos adolescentes brasileiros tiveram acesso aos serviços odontológicos, sendo que 55,6% utilizaram os serviços públicos. A porcentagem de jovens que relatou uma situação de saúde bucal péssima, ruim ou regular foi de 44,7%. A importância da aparência para os jovens pode se confirmar pelo fato de todas as variáveis terem se relacionado com este desfecho, o que não aconteceu necessariamente com os demais.

Em estudo realizado com adolescentes do município de Embu das Artes (SP), mais de um terço dos jovens declarou que alguma coisa os incomodava na aparência, e o dente ou o sorriso foi os elementos mais citados, superando o descontentamento com as espinhas, típicas da idade e o excesso de peso¹⁷.

Numa sociedade cada vez mais individualista e competitiva, o desejo de possuir uma boa aparência não é mais encarado como sinal de vaidade e sim de necessidade. A preocupação com a estética pelos adolescentes também foi observada em outros estudos^{26,27}.

A preocupação com a aparência e com o bom hálito foi o que motivou jovens mineiros a realizar a higiene bucal²⁸. Ainda que não seja atribuída ao mau hálito a responsabilidade pelo surgimento de problemas bucais como a cárie e periodontopatia, é importante estimular o bom hábito da escovação.

Embora possa parecer paradoxal para o cirurgião-dentista que a ausência de elementos dentais não tenha afetado a classificação da mastigação, era de se esperar que esse desfecho fosse ainda influenciado pela dor, pela má oclusão severa, pela presença de doença periodontal e pela necessidade de exodontia;

somou-se a esse desfecho o fato de ser negro ou pardo.

A condição de saúde bucal, medida pela presença de cárie não-tratada, também se associou à autopercepção negativa da saúde bucal entre adolescentes do Distrito Federal. Esta esteve ainda associada com o sexo (masculino), classe social mais baixa, autopercepção de saúde geral ruim e com a aparência da boca²⁹.

Com relação à fala, fatores específicos dos elementos dentários, como a ausência de um ou mais dentes, a necessidade de tratamento dentário, a exodontia e a má oclusão severa mostram-se muito relevantes, uma vez que os adolescentes que apresentam estes quadros classificam mal sua saúde bucal com relação a esse desfecho. E estes mesmos fatores dificultaram o relacionamento pessoal dos adolescentes.

Em trabalho de revisão sistemática, a halitose apareceu como fator de interferência negativa para o estabelecimento de vínculos³⁰. Sendo os relacionamentos pessoais um dos pilares do constructo qualidade de vida, é importante destacar que a saúde bucal pode interferir no processo de socialização.

Como a saúde é um estado percebido subjetivamente pelo sujeito, indicadores de autopercepção podem ser importantes por estarem correlacionados às necessidades de atenção¹⁹ e podem ser incluídos em estudos que avaliem as condições de saúde bucal para a formulação de ações específicas para essa população.

CONCLUSÃO

A maioria dos adolescentes brasileiros teve boa percepção de sua saúde bucal, mas condições desfavoráveis de saúde bucal e de caracterização socioeconômica tiveram reflexos negativos na avaliação que os jovens fizeram de sua aparência e socialização, assim como na sua mastigação e fala.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil, zona urbana, 1986. Brasília: CD-MS; 1989.
2. Brasil. Ministério de Saúde. Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Resultados principais. Brasília: Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Ministério da Saúde, 2004.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Bucal. Banco de dados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Projeto SBBrazil 2010. Disponível em www.saude.gov.br/bucal. Acesso em 06/12/2011.
4. Peres KGA, Bastos JRM, Latorre MRDO. Severidade de cáries em crianças e relação com aspectos sociais e comportamentais. *Rev Saúde Pública* 2002; 34(4):402-8.
5. Narvai PC, Frazão P, Roncalli AG, Antunes JLF. Cárie dentária no Brasil: Declínio, polarização, iniquidade e exclusão

- social. *Rev Panam Salud Publica* 2006; 19(6):385-93.
6. Meneghim MC, Koslowski FC, Pereira AC, Ambrosano GMB, Meneghim ZMAP. Classificação sócio-econômica e sua discussão em relação à prevalência de cárie e fluorose dentária. *Ciênc Saúde Coletiva* 2007; 12(2) 523-9.
 7. Lucas SD, Portela MC, Mendonça LL. Variações nos níveis de cárie dentária entre 5 e 12 anos em Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(1):55-63.
 8. Gushi LL, Soares MC, Forni TIB, Vieira V, Wada RS, Souza MLR. Relationship between dental caries and social-economic factors in adolescents. *J Appl Oral Sci* 2005; 13(3):305-11.
 9. Bruno-Ambrosius K, Swanholm G, Twetman S. Eating habits, smoking and toothbrushing in relation to dental caries: a 3-year study in Swedish female teenagers. *Int J Paediatr Dent* 2005; 15(3):190-6.
 10. Carmo MB, Toral N, Silva MV, Slater B. Consumo de doces, refrigerantes e bebidas com adição de açúcar entre adolescentes da rede pública de ensino de Piracicaba, São Paulo. *Rev Bras Epidemiol* 2006; 9(1):121-30.
 11. Chaves SCL, Vieira-da-Silva LM. A efetividade do dentifrício fluoretado no controle da cárie dental: uma meta-análise. *Rev Saúde Pública* 2002; 36(5):598-606.
 12. Narvai PC, Frazão P, Castellanos RA. Declínio na experiência de cárie em dentes permanentes de escolares brasileiros no final do século XX. *Odontol Soc* 1999; 1(1):25-9.
 13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/Área da Saúde do Adolescente e do Jovem. Marco Legal Saúde, um direito de adolescentes. Brasília. Ministério da Saúde, 2005.
 14. Barros LP, Gropo LN, Petribú K, Colares V. Avaliação da qualidade de vida em adolescentes – revisão da literatura. *J Bras Psiquiatr* 2008; 57(3):212-7.
 15. Szwarcwald CL, Leal MC, Gouveia GC, Souza WV. Desigualdades socioeconômicas em saúde no Brasil: resultados da Pesquisa Mundial de Saúde, 2003. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2005; 5 (Supl 1):11-22.
 16. Baldani MH, Pupo YM, Lawder LAC, Silva FFM, Antunes JLF. Determinantes individuais da utilização recente de serviços odontológicos por adolescentes e adultos jovens de baixa renda. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* 2011; 11(1):91-8.
 17. Sousa GB, Sá PHRN, Junqueira SR, Frias AC. Avaliação dos procedimentos coletivos em saúde bucal: percepção de adolescentes de Embu, SP. *Saúde Soc* 2007; 16(3):138-48.
 18. Flores EMTL, Drehmer TM. Conhecimentos, percepções, comportamentos e representações de saúde e doença bucal dos adolescentes de escolas públicas de dois bairros de Porto Alegre. *Ciênc Saúde Coletiva* 2003; 8(3):743-52.
 19. Silva SRC, Rosell FL, Valsecki Júnior A. Percepção das condições de saúde bucal por gestantes atendidas em uma unidade de saúde no município de Araraquara, São Paulo, Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2006; 6(4):405-10.
 20. Elias MS, Cano MAT, Mestrinier Jr W, Ferriani MGC. A importância da saúde bucal para adolescentes de diferentes estratos sociais do município de Ribeirão Preto. *Rev Latinoam Enferm* 2001; 9(1):88-95.
 21. Silva DD, Sousa MLR, Wada RS. Autopercepção e condições de saúde bucal em uma população de idosos. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(4):1251-9.
 22. Granville-Garcia AF, Fernandes LV, Farias TSS, Bento PM, Medeiros CLSG, Menezes VA. Importância da saúde bucal entre adolescentes de escolas públicas de Campina Grande/PB, Brasil. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* 2011; 11(3):425-31.
 23. Santos VA, Alves CRA, Ciamponi AL, Corrêa MSNP. Hábitos de saúde bucal em crianças e adolescentes residentes na cidade de São Paulo. *Rev Odontopediatr* 1992; 1(3):183-93.
 24. Brasil. Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o estatuto da criança e do adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 16 jul.
 25. Cromack LMF, Bursztyn I, Tura LFR. O olhar do adolescente sobre saúde: um estudo de representações sociais. *Ciênc Saúde Coletiva* 2009; 14(2):627-34.
 26. Benigeri M, Brodeur JM, Olivier M, Bedos C. Connaissances et perceptions des adolescents face à la santé dentaire. *Can J Public Health* 2002; 93(1):54-8.
 27. Misrachi, C.L. Arellano, M.O. Conductas y factores determinantes em salud oral de los adolescentes. *Rev Chil Pediatr* 1995; 66(6):317-22.
 28. Silva TA, Paixão HE, Pordeus IA. Fatores do comportamento relacionado à higiene bucal em adolescentes. *Arq Odontol* 1997; 33(1):5-14.
 29. Pattussi MP; Olinto MT; Hardy R; Sheiham A. Clinical, social and psychosocial factors associated with self-rated oral health in Brazilian adolescents. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007; 35(5):377-86.
 30. Elias MS; Ferriani MGC. Aspectos históricos e sociais da halitose. *Rev Latinoam Enferm* 2006; 14(5):821-3.

Recebido/Received: 07/05/2012

Revisado/Reviewed: 10/10/2012

Aprovado/Approved: 15/11/2012

Correspondência:

Simone Rennó Junqueira

Faculdade de Odontologia – Departamento de Odontologia Social

Av. Prof. Lineu Prestes, 2227 – Cidade Universitária

São Paulo/SP - 05508-900

Tel: (11) 3091-7891

E-mail: srj@usp.br