

Aspectos psicossociais dos adolescentes de Aracaju (SE) relacionados à percepção de saúde bucal

Psychosocial aspects of teenager in Aracaju, Sergipe State, related to oral health perception

Ricardo Wathson Feitosa de Carvalho¹
Cléa Núbia Albuquerque Santos¹
Cristiane Costa da Cunha Oliveira¹
Suzane Rodrigues Jacinto Gonçalves¹
Sônia Maria Alves Novais¹
Maria Auxiliadora da Silva Pereira²

Abstract *The objective of this article is to investigate the autoperception of teenagers, age range of 12 to 19 years old in Aracaju, Sergipe State, about their health and relate it with psychosocial aspects. The present work is a quali-quantitative study of transversal cut, carried through with 247 adolescents registered institutions of education, private or public, of the urban zone of the city of Aracaju. Most of the adolescents (85%) consider themselves healthful, while 9% have shame of the oral conditions. Seventy-one percent of the students referred to pain, however it wasn't the main cause to search dentistry services. The subjective pointers of this research may be used to guide programs directed toward education in health.*
Key words *Psychosocial aspect, Oral health, Teenager psychology*

Resumo *O objetivo do estudo é investigar a autopercepção dos adolescentes, entre doze e dezoove anos, da cidade de Aracaju (SE), sobre sua própria saúde e relacioná-la aos aspectos psicossociais. Foi realizado um estudo qualiquantitativo de corte transversal com 247 adolescentes matriculados em instituições de ensino, públicas ou privadas, da zona urbana do município de Aracaju (SE). A maior parte dos adolescentes (85%) se considera saudável, enquanto 9% têm vergonha das condições bucais. Apesar de referida por 71% dos escolares, a dor não foi o principal motivo para procura dos serviços odontológicos. Os indicadores subjetivos desta pesquisa podem ser utilizados para guiar programas voltados para a educação em saúde.*
Palavras-chave *Aspecto psicossocial, Saúde bucal, Psicologia do adolescente*

¹ Faculdade de Odontologia, Universidade de Pernambuco. Av. General Newton Cavalcanti 1650, Jardim Primavera. 54753-220 Camaragibe PE. wathson@ig.com.br
² Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Sergipe.

Introdução

A adolescência é definida, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como o período do desenvolvimento compreendido entre os doze e os dezoito anos de idade.

Nesta fase, o pouco conhecimento das alterações biopsicossociais, aliado às constantes demonstrações de condutas adaptativas a estas transformações, faz destes jovens pacientes difíceis. Por esta razão, para que a promoção de saúde do adolescente se torne uma realidade, o profissional deverá dispensar uma atenção especial ao conhecimento do perfil comportamental do jovem, de forma a obter sua cooperação e participação por meio de uma abordagem psicológica adequada¹.

O adolescente encontra-se na busca de um equilíbrio físico-psíquico-social, apresentando comportamentos extremos; por isso, em alguns momentos, mostra-se negligente com os seus cuidados à saúde. Não raro, a adolescência é tida como um período de risco aumentado à cárie dentária, em decorrência do precário controle de placa e redução dos cuidados com a escovação dentária².

A atenção à saúde possuía um enfoque tradicional centrado nos determinantes biológicos das doenças. Com a percepção cada vez mais clara dos limites desse modelo, evidencia-se um novo paradigma que considera a multidimensionalidade da saúde, incluindo informações subjetivas do processo saúde-doença³. Freire⁴ afirma que a etiologia das doenças bucais é um processo complexo, que envolve fatores sociais, psicológicos e biológicos. Por conseguinte, a evolução do conceito do processo saúde-doença culminou, em épocas mais recentes, na associação do mesmo com qualidade de vida⁵.

A educação em saúde apresenta uma estratégia fundamental no processo de formação de comportamentos, já que é capaz de desenvolver nas pessoas a consciência crítica das causas reais dos seus problemas e, ao mesmo tempo, criar uma prontidão para atuar no sentido da mudança, levando em conta as condições de vida de cada indivíduo⁶.

Estudos mostram que a autopercepção está relacionada a alguns fatores clínicos, como número de dentes cariados, perdidos ou restaurados⁷, com características subjetivas, como sintomas das doenças e capacidade de a pessoa sorrir, falar ou mastigar sem problemas⁸, além de também ser influenciada pela classe social, idade, renda e gênero⁹.

É essencial entender como o indivíduo percebe sua condição bucal, pois o seu comportamento é condicionado pela percepção e pela importância dada a mesma. A principal razão para um grupo não procurar o serviço odontológico é a não percepção de sua necessidade¹⁰. O desenvolvimento dos indicadores que relacionam problemas bucais com a qualidade de vida surgiu da necessidade de conhecer a condição de saúde percebida subjetivamente ou o impacto dos problemas de saúde bucal sobre a qualidade de vida¹¹.

A maioria dos estudos que avaliam mudanças no estado de saúde bucal de indivíduos e populações têm sido baseados em indicadores clínicos da doença, existindo relativamente poucas avaliações relativas à sua saúde e bem-estar a partir da percepção do indivíduo¹². Estas avaliações realizadas através da autopercepção fornecem informações diferentes das obtidas pelo exame clínico, realizado pelo profissional¹³.

Nesse contexto, justifica-se a investigação da percepção que os adolescentes, entre doze e dezoito anos de idade, na cidade de Aracaju (SE), possuem sobre sua própria saúde e a associação da mesma aos aspectos psicossociais.

Metodologia

Trata-se de um estudo qualiquantitativo de corte transversal, com a população-alvo sendo constituída de adolescentes entre doze e dezoito anos, de ambos os sexos e sem distinção de cor, matriculados em instituições de ensino, públicas ou privadas, da zona urbana do município de Aracaju (SE). Sabendo-se que a cidade de Aracaju possui 461.534 habitantes e que, destes, 80.710 estão na faixa etária de doze e dezoito anos¹⁴, foi calculado o tamanho amostral para a população infinita.

De acordo com a fórmula para cálculo de amostra infinita, o objetivo era de avaliar 245 escolares da rede municipal e privada de ensino.

A partir de uma lista de escolas obtida na Secretaria Municipal de Educação, foram sorteadas duas escolas públicas e duas escolas particulares da cidade de Aracaju para a realização da pesquisa. Os critérios de inclusão na amostra compreenderam ter obtido dos pais ou responsáveis o consentimento livre e esclarecido, ser aluno regularmente matriculado na escola e o livre arbítrio em participar da pesquisa. Quanto aos critérios de não inclusão, foram não ser aluno regularmente matriculado na escola e possuir alguma deficiência mental que possa vir a influenciar os resultados.

Ao primeiro contato, foram explicados aos alunos os objetivos da pesquisa como esta seria realizada e também foram esclarecidas as dúvidas. Os adolescentes levaram para casa um termo de consentimento livre e esclarecido, aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Tiradentes, anexado ao questionário a ser respondido por estes, que continha 27 perguntas estruturadas e semi-estruturadas. Optou-se por utilizar um modelo com questões abertas e fechadas como técnica para coleta das informações, já que este permite coletar informações de forma simultânea em um universo maior de pessoas. Tais questionários abordavam os seguintes temas: dados sociais (gênero, faixa etária, nível educacional, renda familiar), cuidados com a higiene, acesso aos serviços de saúde, autopercepção de saúde geral e bucal.

Dos 380 questionários entregues aleatoriamente aos adolescentes, 247 foram devolvidos, formando a amostra total da pesquisa.

Procedeu-se à formação de um banco de dados no programa Excel, no qual foi realizada a análise estatística descritiva e analítica para os dados quantitativos. Enquanto para os dados qualitativos, as respostas obtidas foram lidas, analisadas e agrupadas de acordo com o conteúdo de cada tema abordado no questionário e aplicada a técnica de análise de conteúdo.

Resultados

Dos 247 escolares que responderam os questionários, 149 (60%) eram do gênero feminino e 98 (40%), do masculino.

A faixa etária da amostra de adolescentes variou entre doze e dezenove anos de idade; 127 (51%), o maior número, entre quinze e dezessete anos; 55 (23%), o menor número, entre doze e catorze anos e 65 (26%), de dezoito a dezenove anos.

Quanto a já ter sentido odontalgia, 72 escolares (29%) nunca haviam sentido e 175 (71%) afirmaram a manifestação de dor ao menos uma vez.

A percepção de má posição dentária foi relatada por 180 escolares (73%), enquanto 67 (27%) nunca observaram se os dentes estavam mal posicionados.

No que se refere ao sangramento gengival, 176 escolares (71%) afirmaram nunca ter percebido; já 71 escolares (29%) relataram a percepção do mesmo.

Dos 247 entrevistados, 246 (99,5%) afirmaram realizar a higiene bucal frequentemente.

Quando interrogados sobre a frequência diária da mesma, a maior parte da amostra, 132 escolares (54%), relatou escovar os dentes três vezes; 26%, quatro vezes; 7%, cinco vezes; outros 7%, duas vezes; 4%, seis vezes; e, representando a menor parcela, 1%, sete vezes e 1%, oito vezes ao dia.

Em relação ao motivo de manter os cuidados bucais, 22 adolescentes (9%) disseram escovar os dentes para prevenir doenças bucais como cárie, mau hálito e gengivite; já onze entrevistados (4%) afirmaram se sentir melhor após a realização desses cuidados (Gráfico 1).

Cento e cinquenta e seis entrevistados (63%) relataram não possuir medo algum quando vão ao dentista. Dos 37% restantes, 61 entrevistados (68%) têm medo de sentir dor (Gráfico 2).

No que se refere a possuir ansiedade, 132 escolares (53,5%) responderam positivo, enquanto 115 (46,5%) negaram. Dos que deram resposta positiva, 61 jovens (52%) apresentam ansiedade na sala de espera para ser atendido (Gráfico 3).

Em relação a possuir vergonha, 172 jovens (69,5%) disseram não ter, enquanto 75 afirmaram possuir.

Quando interrogados se sentem desconforto em alguma situação, 172 escolares (62,5%) responderam negativo, enquanto 93 (37,5%) responderam positivamente.

Em relação às atividades diárias, 113 adolescentes (43%) estudam de quatro a seis horas, seguidos por 77 (31%) que estudam de uma a três horas, 48 (19%) estudam de sete a dez horas e apenas nove escolares (4%) estudam mais de dez horas durante o dia. Enquanto ao trabalho, 194 (79%) desses jovens não trabalham, enquanto 6% têm uma carga horária de sete a dez horas; 12%, de quatro a seis horas; 2%, de uma a três horas e 1% , onze horas ou mais.

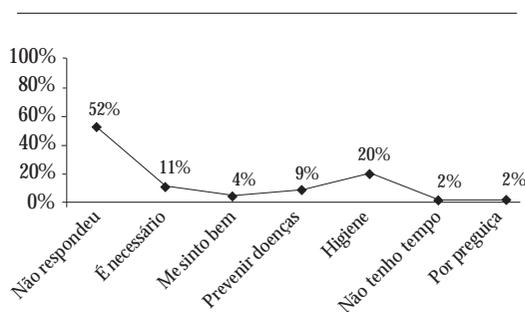


Gráfico 1. Distribuição dos escolares segundo o motivo da manutenção da higiene bucal (n = 247).

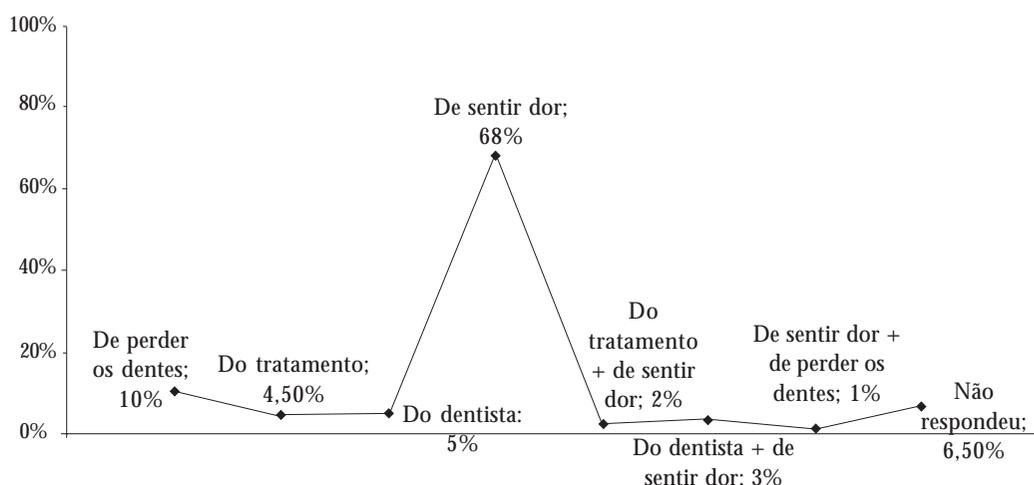


Gráfico 2. Distribuição dos escolares segundo o motivo do medo quando vão ao dentista (n = 91).

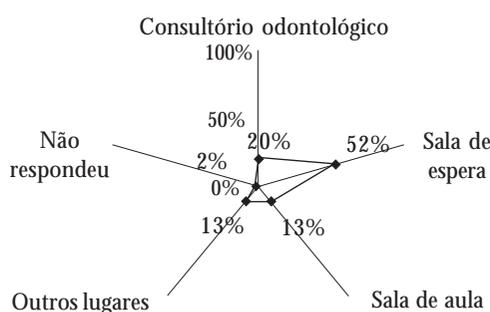


Gráfico 3. Distribuição dos escolares segundo o motivo da ansiedade (n = 132).

Cento e vinte e oito escolares (52%) estudavam em escola particular e 119 (48%), em escola pública.

Quanto à renda familiar, 145 adolescentes (58%) disseram que a renda mensal da família era superior a mil reais, salientando que 100% dos alunos das instituições de ensino particular estão inclusos nesta faixa. Em contrapartida, 20% dos jovens possuem renda mensal da família entre 261 e 520 reais; 12%, entre 521 e mil reais e 10%, até 260 reais.

Em relação ao nível de escolaridade, 190 adolescentes (77%) estavam cursando o segundo grau e 57 (23%) cursavam o primeiro grau.

Quanto ao serviço de saúde utilizado pelo jovem e sua família, 40%, a maior parte, utilizavam convênios, enquanto 1% utilizava o sistema público e convênio (Gráfico 4).

De acordo com o motivo da última consulta ao dentista, 66 entrevistados (27%) foram ao dentista para dar continuidade ao tratamento ortodôntico e 54 (22%), para consultas de rotina (Gráfico 5).

Quando questionados se residem com a família em casa própria, 222 escolares (90%) responderam afirmativo, contra 25 (10%) que não moravam em casa própria. Duzentos e quarenta e cinco jovens (99%) tinham acesso à água encanada e 219 adolescentes (89%) possuíam tratamento de esgotos onde residem.

Ao perguntar se os adolescentes se consideram saudáveis, 211 (85%) disseram que sim e 36 (15%), que não.

Na classificação da saúde bucal, 121 jovens (49%) consideraram sua saúde boa, 27%, regular, 22%, ótima, 1%, ruim e 1%, péssima.

Discussão

Nas últimas décadas, evidências têm sido acumuladas, direcionando a atenção para a impor-

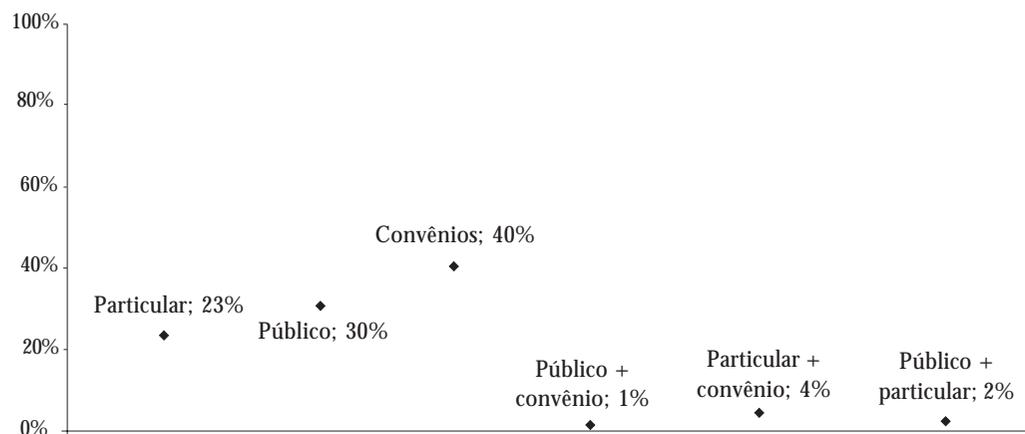


Gráfico 4. Distribuição dos escolares segundo o serviço de saúde utilizado pela família (n = 247).

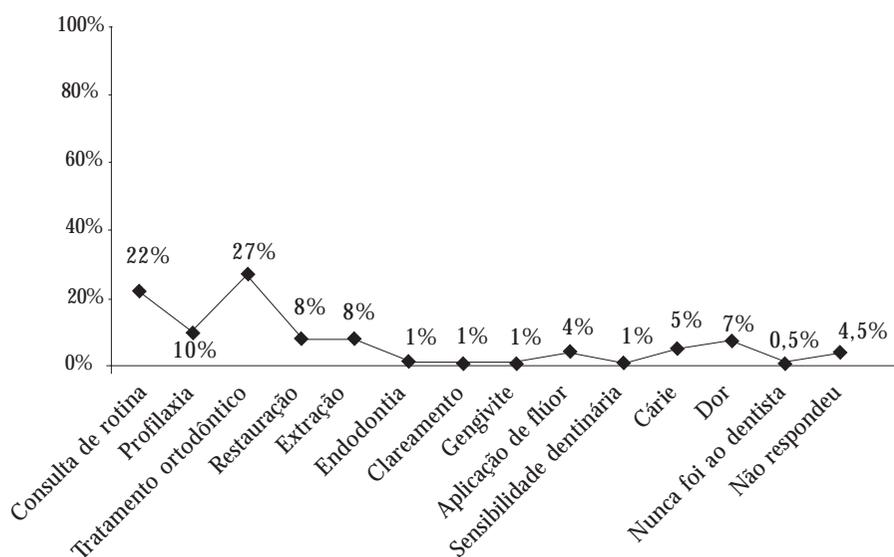


Gráfico 5. Distribuição dos escolares segundo o motivo da última consulta ao dentista (n = 247).

tância entre os fatores psicossociais e doença⁴. Holst e Schuller¹⁵ têm evidenciado a influência do contexto social sobre os aspectos comportamentais e psicológicos e, destes últimos, sobre o processo biológico em saúde bucal.

Lacerda¹⁶ considerou a percepção da condição de saúde bucal uma importante medida para a odontologia, por estar associada à predisposi-

ção dos indivíduos ao acesso aos serviços de saúde e à condição clínica presente.

Observou-se que 71% dos escolares já haviam sentido dor. Em estudo realizado por Honkala *et al*¹⁷, a experiência de odontalgia entre adolescentes finlandeses de doze a dezoito anos foi de 65%.

A maloclusão é considerada um problema de saúde pública, pois apresenta alta prevalência e

pode interferir negativamente na qualidade de vida, prejudicando a interação social e o bem-estar psicológico dos indivíduos acometidos¹⁸.

A percepção da má posição dos dentes foi observada em 73% dos adolescentes desta pesquisa. De acordo com Marques *et al*¹⁹, o desejo de tratamento ortodôntico manifestado pelo adolescente através da percepção foi de 87,7%.

Souza *et al*²⁰, realizando um estudo sobre a condição periodontal em escolares na faixa etária de quinze a dezoito anos, encontrou um índice de 46,6% de gengivite. Analisando os dados do presente estudo, pôde-se verificar que 29% dos escolares percebem sangramento gengival.

Flores e Drehmer²¹, em trabalho com adolescentes realizado em Porto Alegre, encontraram que todos (100%) os participantes faziam a escovação, sendo que 90,55% tinham uma frequência de três a quatro vezes ao dia. Pode-se observar que o percentual dos adolescentes desta pesquisa que afirmaram fazer a higiene bucal com frequência diária de três a quatro vezes foi alto, em concordância com a literatura. Entretanto, sabe-se que essa é uma idade em que a estética é a sua principal motivação. A falta de tempo, negligência e falta de informação são relatadas pelos pacientes como motivos ao não desenvolvimento do autocuidado.

Quando questionados sobre a razão pela qual mantinham uma frequência de escovação, 29% dos escolares pesquisados disseram que era para manter a higiene e prevenir doenças. Flores e Drehmer²¹, em conversa com adolescentes sobre hábitos de higiene, mostraram que a principal motivação para realizá-los era a questão do mau hálito, pois o evitando, facilitaria a sociabilização.

Tomita *et al*² relataram um estudo em seu trabalho que teve como objetivo verificar a relação entre alguns fatores de estilo de vida e motivação para a escovação dentária na adolescência, realizaram um trabalho com 7.700 adolescentes entre catorze e quinze anos de idade. Entre os indivíduos que escovavam os dentes com menor frequência, a escovação era realizada por motivos cosméticos – ter dentes que apresentassem uma estética mais satisfatória e hálito com cheiro e frescor agradável. No entanto, os adolescentes de níveis socioeconômicos mais elevados estavam mais preocupados com a prevenção das doenças bucais.

Em estudo realizado por Flores e Drehmer²¹, 87% dos adolescentes não reconheceram ter medo quando vão ao dentista. Já no presente trabalho, noventa e um escolares (37%) relataram sentir medo; destes, 68% apresentavam medo de sentir

dor – índice bem acima do encontrado por Barreto e Barreto²², que foi de 33%.

A dor e o próprio medo de senti-la afastam o indivíduo do consultório odontológico, o que possibilita a ausência da prevenção e a instalação das doenças, devido principalmente à falta de promoção da saúde bucal. Os hábitos relacionados à saúde, uma vez estabelecidos na infância, são mantidos por toda vida²³.

A dor exerce um importante impacto na qualidade de vida dos indivíduos, devido ao sofrimento e às limitações causadas no cotidiano¹⁶. A dor impulsiona o indivíduo ao tratamento que, por sua vez, tem grande probabilidade de produzir mal-estar. Pode ser observado, neste estudo, que 40% dos adolescentes sentiam desconforto relacionado ao atendimento odontológico.

Quando questionados os adolescentes sobre ficarem ansiosos em determinadas situações, 53,5% disseram que sim; destes, 20% ficavam ansiosos nas salas de aula e outros 53% apresentavam ansiedade na sala de espera do consultório odontológico. No trabalho realizado por Barreto e Barreto²², 19% dos jovens diziam “antecipar o que havia por vir”. Pode-se perceber o grau de ansiedade dos pesquisados em relação ao tratamento odontológico. Se pensarmos que esse adolescente é o mesmo que precisa permanecer com uma boa aparência, incluindo a de seus dentes, e que essa necessidade é também psicológica e social e não só biológica, reforça-se o fato de que a atenção a essa faixa etária é de importância fundamental para a sociedade.

Atualmente, nota-se uma mudança de paradigma na odontologia no tocante às razões das consultas. A dor já não aparece como principal demanda nessa faixa etária. Neste estudo, 27% dos adolescentes procuraram o serviço odontológico pela última vez devido ao tratamento ortodôntico, 22% para consultas de rotina, 12% por dor ou cárie e 10% para fazer limpeza/profilaxia. O estudo de Lacerda¹⁶ mostrou o índice de 42,4% para revisão ou consulta de controle, 15,6% para limpeza ou profilaxia e 13,9% relacionados à dor. Entretanto, alguns autores com Costa *et al*²⁴ afirmaram que a procura pelo dentista estaria mais relacionada à dor ou à cavidade nos dentes.

Para que os referenciais para o diagnóstico, a prevenção e o tratamento dos problemas odontológicos em adolescente não estejam pautados, predominantemente, em registros clínicos e epidemiológicos, evidencia-se um novo enfoque que considera a multidimensionalidade da saúde, incluindo informações subjetivas do processo saú-

de-doença, como afirmou Matos³, sendo importantes a representação social e entender como a pessoa percebe sua condição bucal¹⁰.

A percepção da condição de saúde dos entrevistados foi satisfatória; 85% disseram se achar saudáveis. A maioria dos adolescentes (30%) citou a ausência de doença o motivo para se considerar saudável; para Campos *et al.*⁶, este índice foi de 15,1%. Problemas de saúde foram informados por 8% dos escolares, incidência menor que a encontrada por Lacerda¹⁶, que foi de 16,5%.

Quando perguntado sobre sua condição de saúde bucal, 1% classificou como péssima, 1%, como ruim, 27%, como regular, 49%, como boa e 22%, como ótima. Os índices para estas condições de saúde encontrados por Campos *et al.*⁶ foram: péssima (7%), ruim (13%), regular (37%), boa (26%) e ótima (17%). Trinta e nove por cento dos entrevistados afirmaram seguir as orientações dos dentistas. Se compararmos esse dado com outro dado da pesquisa, devemos nos preocupar, pois apesar dessa percepção de uma maioria de uma saúde boa e ótima, nove por cento dos escolares pesquisados ainda relataram ter vergonha de suas condições bucais.

Na amostra, 52% dos adolescentes eram de escolas particulares e 48%, do ensino público. De acordo com a renda mensal da família, 58% dos entrevistados disseram ser superior a R\$1.000,00, salientado que 100% dos escolares da rede privada de ensino estão incluídos neste índice. Em estudo realizado por Maltz e Silva²⁵ com escolares de doze anos de idade, verificou-se que, na rede particular, 68% têm renda superior a três salários mínimos.

Quanto ao serviço de saúde utilizado, 40% disseram utilizar-se de convênios, 30%, do serviço público e 23%, do particular. Estes achados divergem tanto dos encontrados por Cangussu *et al.*²⁶, em que os convênios foram citados por apenas 14,9% dos adolescentes, quanto dos de Maltz e Silva²⁵, em que 55% das famílias relataram buscar atendimento odontológico em clínicas particulares.

Duzentos e vinte e dois entrevistados (90%) moravam com a família em casa própria. As condições de moradia foram satisfatórias em sua maioria; 99% das casas apresentavam água de abastecimento da rede pública e 89% tinham tratamento de esgoto.

Considerações finais

A maior parte dos adolescentes estudados (85%) relatou se achar saudável. Apesar de a maioria perceber sua saúde bucal como boa e ótima, 9% dos escolares pesquisados ainda afirmaram ter vergonha de suas condições bucais.

A percepção da má posição dos dentes foi observada em 73% da amostra. O percentual dos adolescentes pesquisados que afirmaram fazer a higiene bucal com frequência de três a quatro vezes ao dia foi alta, em concordância com a literatura.

Em relação à procura por atendimento odontológico, a dor não aparece como principal motivo, apesar de 71% dos escolares já terem sentido dor.

A utilização de indicadores subjetivos pode contribuir ao planejamento dos programas de educação, prevenção, promoção de saúde e políticas públicas direcionadas aos adolescentes.

Colaboradores

RWF Carvalho, CNA Santos e CCC Oliveira trabalharam na pesquisa de campo, metodologia e redação do artigo. RWF Carvalho, CCC Oliveira, SRJ Gonçalves, MAS Pereira e SMA Novais trabalharam na concepção, delineamento e análise e interpretação dos dados, bem como na revisão crítica do artigo. Todos participaram igualmente da aprovação da redação final do artigo.

Agradecimentos

O presente trabalho foi realizado com o apoio do Programa de Bolsa Científica (FACEPE). Agradecemos às instituições privadas de ensino e à Secretaria Municipal de Educação da cidade de Aracaju (SE).

Referências

1. Córrea MSNP. *Sucesso no atendimento odontopediátrico – aspectos psicológicos*. São Paulo: Santos; 2002.
2. Tomita NE, Pernambuco RA, Lauris JRP, Lopes ES. Educação em saúde bucal: uso de métodos participativos. *Rev da Fac Odont de Bauru* 2001; 9(1/2):63-69.
3. Matos M. Saúde bucal e qualidade de vida. 2006. [site da Internet] [acessado 2007 jul 30]. Disponível em: http://www.odontocloseup.com.br/web/artigo/saude_bucal.aspx
4. Freire MCM. Fatores psicossociais, cárie dentária e comportamentos em saúde bucal. *Rev ABOPREV* 2001; 4(1):21-28.
5. Abreu MHNG, Pordeus IA, Modena CM. Representações sociais de saúde bucal entre mães no meio rural de Itaúna (MG), 2002. *Cien Saude Colet* 2005; 10(1):245-259.
6. Campos JADB, Zuanon ACC, Guimarães MS. Educação em saúde na adolescência. *Ciênc Odontol Bras* 2003; 6(4):48-53.
7. Steele JG, Ayatollahi SMT, Wallis AWG, Murray JJ. Clinical factors related to reported satisfaction with oral function amongst dentate older adults in England. *Community Dent Oral Epidemiol* 1997; 25(2):143-149.
8. Slade GD, Spencer AJ. Social impact of oral conditions among older adults. *Austr Dent J* 1994; 39(6):358-364.
9. Reisine ST, Bailit HL. Clinical oral health status and adult perceptions of oral health. *Soc Sci Med* 1980; 14(6):597-605.
10. Kiyak HA. Age and culture: influences on oral health behaviour. *Int Dent J* 1993; 43(1):9-16.
11. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Commun Dent Oral Epidemiol* 1997; 25(4):284-290.
12. Locker D, Jokovic A. Three-year changes in self-perceived oral health status in an older Canadian population. *J Dent Res* 1997; 76(6):1292-1297.
13. Kressin NR, Atchison KA, Miller DR. Comparing the impact of oral disease in two populations of older adults: application of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *J Public Health Dent* 1997; 57(4):224-232.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [site da Internet] [acessado 1999 ago 22]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
15. Holst D, Shuller AAA. Oral health changes in an adult Norwegian population: a cohort analytical approach. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000; 28(2):102-111.
16. Lacerda JT. *Impacto da saúde bucal na qualidade de vida*. São Paulo: Medicina Preventiva; 2005.
17. Honkala E, Honkala S, Rimpelä A, Rimpelä M. The trend and risk factors of perceived tooth ache among Finnish adolescents from 1977 to 1997. *J Dent Res* 2001; 80(9):1823-1827.
18. Peres KG, Latorre MRDO, Peres MA, Traebert J, Panizzi M. Impacto da cárie dentária na satisfação com a aparência e com a mastigação de crianças de 12 anos de idade. *Cad Saude Publica* 2003; 19(1):323-330.
19. Marques LS, Barbosa CC, Ramos-Jorge ML, Pordeus IA, Paiva SM. Prevalência da maloclusão e necessidade de tratamento ortodôntico em escolares de 10 a 14 anos de idade em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: enfoque psicossocial. *Cad Saude Publica* 2005; 21(4):1099-1106.
20. Souza CH, Araújo IC, Araújo MVA, Teixeira TS. Estudo da prevalência da doença periodontal em adolescentes na cidade de Belém do Pará. [site da Internet] 2006 [acessado 2007 jul 30]. Disponível em: <http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=641&idesp=15&ler=s>
21. 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. *Cien Saude Colet* 2003; 8(3):743-752.
22. Barreto RA, Barreto MAC. Os pensamentos dos adolescentes durante o atendimento odontológico. *J Bras Odonto-Psicol Odontol Pacientes Espec* 2003; 1(4):342-345.
23. Araújo IC, Silva KBF, Costa MC, Menezes RN, Araújo AJG. Análise da imagem que as crianças constroem em relação ao cirurgião-dentista e a importância para a prática odontológica. [site da Internet] 2004 [acessado 2007 jul 30]. Disponível em: <http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=515&idesp=13&ler=s>
24. Costa MSS, Amorim ECM, Rodrigues MP. A percepção de saúde bucal e prevalência de cárie dos adolescentes da área de abrangência do programa de interiorização do trabalho em saúde (PITS) no município de Caraúbas – RN. *R Saude Natal* 2002; 16(2):25-34.
25. Maltz M, Silva BB. Relação entre cárie, gengivite e fluorose e nível socioeconômico em escolares. *Rev Saude Publica* 2001; 35(2):170-176.
26. Cangussu MCT, Castellanos RA, Pinheiro MF, Albuquerque SR, Pinho C. Cárie dentária em escolas de 12 e 15 anos de escolas públicas e privadas de Salvador, Bahia, Brasil, 2001. *Pesqui Odontol Bras* 2002; 16(4):379-384.

Artigo apresentado em 08/03/2008

Aprovado em 11/11/2008

Versão final apresentada em 19/01/2009