



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

MANUELLY PEREIRA DE MORAIS SANTOS CAMPOS

**TRATAMENTO ORTODÔNTICO PARA ADOLESCENTES:
acesso, adesão e fatores associados**

Recife
2018

MANUELLY PEREIRA DE MORAIS SANTOS CAMPOS

**TRATAMENTO ORTODÔNTICO PARA ADOLESCENTES:
acesso, adesão e fatores associados**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutora em Odontologia.

Área de Concentração: Clínica Integrada
Linha de pesquisa: Epidemiologia e prevenção em odontologia

Orientadora: Profa. Dra. Jurema Freire Lisboa de Castro

Co-orientador: Prof. Dr. Paulo Sávio Angeiras de Góes

Recife

2018

Catálogo na Fonte
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

C198t Campos, Manuely Pereira de Moraes Santos.
Tratamento ortodôntico para adolescentes: acesso, adesão e fatores associados / Manuely Pereira de Moraes Santos Campos. – 2018. 99 f.: il.; tab.; quad.; 30 cm.

Orientadora: Jurema Freire Lisboa de Castro.
Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS. Pós-graduação em Odontologia. Recife, 2018.

Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Maloclusão. 2. Adolescente. 3. Saúde bucal. 4. Senso de coerência. I. Castro, Jurema Freire Lisboa de (Orientadora). II. Título.

617.6 CDD (22.ed.) UFPE (CCS2018-301)

MANUELLY PEREIRA DE MORAIS SANTOS CAMPOS

**TRATAMENTO ORTODÔNTICO PARA ADOLESCENTES:
acesso, adesão e fatores associados**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutora em Odontologia.

Aprovada em: 08/08/2018.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Jurema Freire Lisboa de Castro (Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Gustavo Pina Godoy (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a. Dra. Silvia Regina Jamelli (Examinadora Externa)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a. Dra. Marcia Maria Vendiciano Barbosa Vasconcelos (Examinadora Externa)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a. Dra. Niedje Siqueira de Lima (Examinadora Externa)
Universidade Federal de Pernambuco

A Deus, que em nenhum momento me deixou sozinha, sendo sempre meu guia.

Aos meus pais, que com todo o mais puro amor sempre me aconselharam e lutaram para eu alcançar minhas conquistas.

Aos meus filhos Eduardo e Arthur, que me inspiram a viver e são o maior significado do amor de Deus em minha vida.

AGRADECIMENTOS

À Deus, fonte de todo conhecimento, por iluminar meu caminho e permitir a realização de mais este sonho.

Aos meus pais, Maria José e Brivaldo, fundamentais nesta conquista, pelo apoio incansável, imenso amor e por todos os conselhos e ensinamentos.

Aos meus filhos Eduardo e Arthur, grandes expressões de amor em minha vida, tão pequenos mas que me fazem aprender muito e me dão forças para superar tantas dificuldades do dia a dia.

À minha orientadora Profa. Dra. Jurema Freire Lisboa de Castro, pelos ensinamentos e valiosa contribuição neste trabalho, por todo acolhimento e gentileza, sendo um exemplo de pessoa e profissional.

Ao meu co-orientador Prof. Dr. Paulo Sávio Angeiras de Góes, que com todo seu conhecimento e sabedoria ajudou-me a conduzir esta temática, suas intuições e pontuações oportunas foram de grande valia para a construção deste estudo.

À Profa. Dra. Silvia Regina Jamelli, por toda confiança, amizade e doçura, por sempre acreditar em mim e por ter me despertado o interesse em seguir os caminhos da pesquisa científica.

Aos colegas de turma, pela amizade que construímos e por toda a ajuda, pessoas que certamente irão para toda a vida.

A todos os professores da Pós-graduação em Odontologia, por suas grandes contribuições dentro e fora das salas de aula.

Às amigas da secretaria, Oziclere e Tamires, pela presteza, simpatia e competência na realização dos seus trabalhos.

À minha equipe do dia a dia Adelaine, Leonardo, Bruna e Natália por todo empenho e dedicação em prol das nossas pesquisas.

À Secretaria de Educação do município de São Lourenço da Mata, em nome de todos os alunos, professores, gestores e coordenadores das escolas, pelo acolhimento do grupo de pesquisa.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela concessão da bolsa de estudos no doutorado.

“Todo conhecimento começa com o sonho. O sonho nada mais é que a aventura pelo mar desconhecido, em busca da terra sonhada. Mas sonhar é coisa que não se ensina, brota das profundezas do corpo, como a alegria brota das profundezas da terra.” (ALVES, 2005, p. 87).

RESUMO

A maloclusão em adolescentes brasileiros é considerada um problema de saúde pública com uma alta prevalência, correspondendo a 34,9% em adolescentes entre 15 e 19 anos de idade. Tendo em vista que a maloclusão e a estética dentofacial alterada podem comprometer o desenvolvimento emocional, auto-estima e integração social, é importante um entendimento dos fatores que podem comprometer o acesso ao aparelho ortodôntico e a adesão ao tratamento nesta fase de vida. Percebe-se que apesar do progresso nas pesquisas sobre a relação entre senso de coerência e saúde bucal, ainda não há na literatura uma abordagem a respeito da relação entre senso de coerência, maloclusão e tratamento ortodôntico. Assim, este trabalho busca associar este fator psicossocial com a maloclusão dentária, a fim de contribuir mais estreitamente com as necessidades funcionais, estéticas e psicológicas baseadas na individualidade e assim, auxiliar na melhoria da qualidade de vida do adolescente. Trata-se de um estudo transversal com uma amostra de 1.153 adolescentes matriculados nas 11 escolas da rede pública de ensino do município de São Lourenço da Mata-PE-Brasil, onde foram investigados: condições sociodemográficas, comportamentais, fatores psicossociais e de saúde bucal associando estes fatores com o acesso ao tratamento ortodôntico. Destes 1.153 adolescentes, apenas 301 tiveram acesso ao aparelho ortodôntico, obteve-se, então, uma subamostra onde foi avaliada a associação entre o senso de coerência e a adesão ao tratamento ortodôntico. Assim, pôde-se estudar não só o acesso ao tratamento ortodôntico, mas também a adesão a este. Para a coleta de dados, empregou-se um questionário autoaplicável, contendo a versão curta da escala do Senso de Coerência (SOC-13) e foi realizado um exame clínico intrabucal. O estado oclusal foi avaliado através do Índice de Estética Dental (DAI) e a adesão ao tratamento ortodôntico foi definida pela combinação entre as variáveis: ter maloclusão, ter acesso ao aparelho ortodôntico, aquisição do aparelho ortodôntico com profissional habilitado e manutenção periódica do aparelho ortodôntico (visita ao cirurgião-dentista para a manutenção do aparelho com intervalo de, no máximo, 2 meses). A prevalência da adesão ao tratamento ortodôntico foi de 81,2%. A análise de regressão logística revelou que o sexo e o uso de recursos essenciais na higiene bucal (escova, creme e fio dental) estão associados significativamente a adesão ao tratamento ortodôntico na adolescência independentes do senso de coerência. Assim, sugere-se que adolescentes do sexo feminino e com maior cuidado com a saúde bucal têm maior acesso, assim como poder de adesão ao tratamento ortodôntico que os demais adolescentes.

Palavras-chave: Maloclusão. Adolescente. Saúde bucal. Senso de coerência.

ABSTRACT

Malocclusion in Brazilian adolescents is considered a public health problem due to its high prevalence, corresponding to 34.9% in adolescents between 15 and 19 years of age. Because malocclusion and altered dentofacial aesthetics may compromise emotional development, self-esteem and social integration, it is important to understand the factors that may compromise access to the orthodontic appliance and adherence to treatment at this stage of life. It is noticed that despite the progress in research on the relationship between sense of coherence and oral health, there is still in the literature an approach regarding the relationship between sense of coherence, malocclusion and orthodontic treatment. Thus, this work seeks to associate this psychosocial factor with dental malocclusion, in order to contribute more closely to the functional, aesthetic and psychological needs based on individuality and, thus, to increase its contribution in improving the quality of life of the adolescent. This is a cross-sectional study with a sample of 1.153 adolescents enrolled in the 11 public schools in the city of São Lourenço da Mata, Brazil, where they were investigated: socio-demographic, behavioral, psychosocial and oral health factors associated these factors with access to orthodontic treatment. Of these 1.153 adolescents, only 301 had access to the orthodontic appliance, a sub-sample was obtained in which the association between the sense of coherence and adherence to this treatment was evaluated. Thus, it was possible to study not only access to orthodontic treatment, but also adherence to it. For the data collection, a self-administered questionnaire was used, containing the short version of the Senso de Coerência scale (SOC-13), and a clinical examination was performed intrabuccal. Occlusal status was assessed through the Dental Aesthetic Index (DAI) and adherence to orthodontic treatment was defined by the combination of variables: having a malocclusion, access to the orthodontic appliance, orthodontic appliance acquisition with a qualified professional, and periodic maintenance of the orthodontic appliance (visit to the dental surgeon for maintenance of the appliance with a maximum interval of 2 months). The prevalence of adherence to orthodontic treatment was 81.2%. Logistic regression analysis revealed that sex and the use of essential oral hygiene resources (toothbrush, cream and floss) are significantly associated with adherence to orthodontic treatment in adolescence regardless of the sense of consistency. Thus, it is suggested that female adolescents and with greater care with oral health have greater power of adhesion to orthodontic treatment than the other adolescents.

Keywords: Malocclusion. Adolescents. Oral health. Sense of coherence.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Mapa do município de São Lourenço da Mata – PE	27
Figura 2 - Aplicação do questionário nas escolas	29
Figura 3 - Exame clínico intrabucal	30
Quadro 1 - Distribuição dos valores do DAI	31
Quadro 2 - Distribuição dos valores do DAI.....	50

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Associação entre características sociodemográficas e o acesso ao aparelho ortodôntico em adolescentes escolares, São Lourenço da Mata-PE, Brasil, 2014	38
Tabela 2 - Avaliação do comportamento, fatores psicossociais e de saúde bucal no acesso ao aparelho ortodôntico em adolescentes escolares, São Lourenço da Mata-PE, Brasil, 2014.....	40
Tabela 3 - Associação entre o Índice de Estética Dental (DAI) e seus componentes e o acesso ao aparelho ortodôntico em adolescentes escolares, São Lourenço da Mata-PE, Brasil, 2014.....	42
Tabela 4 - Associação entre características sociodemográficas e adesão ao tratamento ortodôntico em adolescentes escolares, São Lourenço da Mata-PE, Brasil, 2014	52
Tabela 5 - Avaliação do comportamento, fatores psicossociais e de saúde bucal na adesão ao tratamento ortodôntico em adolescentes escolares, São Lourenço da Mata-PE, Brasil, 2014.....	54
Tabela 6 - Análise multivariada por regressão logística dos fatores associados à adesão ao tratamento ortodôntico em adolescentes escolares, São Lourenço da Mata-PE, Brasil, 2014	55

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde
DAI	Índice de Estética Dental
DP	Desvio Padrão
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC95%	Intervalo de Confiança de 95%
OMS	Organização Mundial de Saúde
OR	Odds Ratio
PIB	Produto Interno Bruto
SES	Status socioeconômico
SOC	Senso de coerência
SM	Salário Mínimo
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	16
2.1	TEORIA SALUTOGÊNICA E SENSO DE COERÊNCIA	17
2.2	SENSO DE COERÊNCIA E ADOLESCÊNCIA	19
2.2	MALOCCLUSÃO E TRATAMENTO ORTODÔNTICO.....	21
2.3	IMPACTO DO SENSO DE COERÊNCIA NA SAÚDE BUCAL	24
3	MÉTODOS.....	26
3.1	DESENHO DO ESTUDO	26
3.2	POPULAÇÃO DO ESTUDO	26
3.3	CRITÉRIO DE INCLUSÃO	26
3.4	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	26
3.5	LOCAL DO ESTUDO.....	26
3.6	AMOSTRA.....	27
3.6.1	Tamanho da Amostra.....	27
3.6.2	Seleção da Amostra e técnica de amostragem.....	28
3.7	COLETA DE INFORMAÇÕES.....	28
3.8	VARIÁVEIS DO ESTUDO	31
3.8.1	Dependentes.....	31
3.8.2	Explanatórias	31
3.9	PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	32
3.10	ASPECTOS ÉTICOS	33
4	ARTIGO 1: FATORES ASSOCIADOS AO ACESSO DE ADOLESCENTES ESCOLARES AO TRATAMENTO ORTODÔNTICO	34
4.1	RESUMO.....	34

4.2	ABSTRACT	34
4.3	INTRODUÇÃO	35
4.5	RESULTADOS	38
4.6	DISCUSSÃO	43
4.7	CONCLUSÃO	45
5	ARTIGO 2: ASSOCIAÇÃO ENTRE O SENSO DE COERÊNCIA E A ADESAO AO TRATAMENTO ORTODÔNTICO EM ADOLESCENTES ESCOLARES.	46
5.1	RESUMO.....	46
5.2	ABSTRACT	46
5.3	INTRODUÇÃO	47
5.4	METODOLOGIA.....	48
5.5	RESULTADOS	51
5.6	DISCUSSÃO	55
5.7	CONCLUSÃO	58
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	59
	REFERÊNCIAS.....	60
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA RESPONSÁVEL LEGAL PELO MENOR DE 18 ANOS - RESOLUÇÃO 466/12).....	66
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA MAIORES DE 18 ANOS- RESOLUÇÃO 466/12).....	68
	APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE COLETA.....	70
	ANEXO A - CERTIDÃO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	85
	ANEXO B – FICHA CLÍNICA	86
	ANEXO C – NORMAS DOS PERIÓDICOS.....	87

1 INTRODUÇÃO

O atual conhecimento sobre a complexidade do ser humano e o entedimento dos conceitos de saúde e qualidade de vida que são adotados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) incluem as dimensões física, psicológica e social. Estes constructos remetem ao interesse pelo conhecimento dos fatores psicossociais da saúde.

Na busca para contribuir com a qualidade de saúde bucal dos adolescentes, com vistas ao tratamento ortodôntico, este trabalho procurou avaliar a associação de um fator psicossocial – o senso de coerência – na adesão ao tratamento ortodôntico em adolescentes escolares.

A tese está inserida na área de concentração: Clínica Integrada e na linha de pesquisa: Epidemiologia e prevenção em odontologia do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e encontra-se estruturada em quatro capítulos:

O primeiro consiste numa revisão da literatura sobre aspectos relacionados a adolescência, teoria salutogênica e senso de coerência, maloclusão e tratamento ortodôntico. A coleta dos artigos científicos foi realizada através dos bancos de dados LILACS, SCIELO e MEDLINE, entre os anos de 2007 a 2017, utilizando-se os descritores: adolescente; maloclusão; ortodontia; saúde bucal; senso de coerência; impacto psicossocial; promoção da saúde, assistência integral à saúde, ocasionalmente considerou-se estudos fora deste período considerando a relevância histórica dos mesmos para o esclarecimento do objeto.

O segundo capítulo descreve o método, no qual é detalhada a operacionalização e os percursos metodológicos utilizados para execução deste estudo.

O terceiro consiste da apresentação dos resultados na forma de dois artigos originais intitulados: 1) *Fatores associados ao acesso do tratamento ortodôntico em adolescentes escolares* e 2) *Associação entre o senso de coerência e a adesão ao tratamento ortodôntico em adolescentes escolares*. A confecção desses dois artigos em sequência teve o objetivo de perfazer uma linha de raciocínio (ter o agravo à saúde – maloclusão, identificar os fatores que se relacionam ao acesso ao aparelho ortodôntico e elucidar a hipótese de que o senso de coerência é um fator psicossocial que influencia na adesão ao tratamento ortodôntico, ou seja, não basta ter o acesso ao aparelho ortodôntico, mas sim aderir ao tratamento). O primeiro será submetido para publicação na Revista Brasileira de Epidemiologia e o segundo na Brazilian Oral Research.

No quarto capítulo são apresentadas as considerações finais. Com base nas evidências

científicas obtidas, esta pesquisa traz uma nova abordagem sobre os fatores associados ao tratamento ortodôntico e à adesão de adolescentes a este tratamento; abordando variáveis pouco exploradas na literatura, refletindo sobre a associação entre um fator psicossocial e a adesão a um tratamento de saúde bucal. Destaca-se também a importância da interface entre as diversas áreas de conhecimento e da integralidade das ações em busca de um entendimento amplo do tratamento ortodôntico em adolescentes.

2 REVISÃO DA LITERATURA

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 ao processo saúde-doença (CARVALHO et al., 2011). E sendo a adolescência um período que culmina todo o processo da maturação biopsicossocial do indivíduo (MOKSNES; ESPNES; LILLEFJELL, 2012), torna-se importante um entendimento dos fatores psicossociais que podem comprometer a saúde bucal nessa fase de vida (JAMIESON et al., 2011).

Muitas influências existem durante a adolescência que moldam o desenvolvimento físico e psíquico do indivíduo, podendo produzir efeitos na interação social e diminuição na qualidade de vida (VOELKER et al., 2015). A aparência física é um importante fator na interação social (GAVRIC et al. 2015). Sendo a estética facial parte da aparência física, esta pode afetar a forma como as pessoas são percebidas pela sociedade e como elas percebem a si mesmas (VOELKER et al., 2015).

A maloclusão é definida como a disposição dos dentes no arco dentário e a relação destes com as bases ósseas e estruturas relacionadas de forma desarmônica (ALMEIDA et al., 2014). No nível individual, pode trazer graves deficiências funcionais e estéticas, às quais podem interferir na qualidade de vida, prejudicando a interação social e o bem-estar psicológico dos indivíduos acometidos (BORGES; PERES, M.; PERES, K., 2010). Além disso, pode acarretar prejuízos à sociedade com aumento dos gastos através de tratamentos odontológicos ou mesmo interdisciplinares.

De acordo com Borges, Peres, M.; Peres, K. et al. (2010), dentre as alterações que as maloclusões podem acarretar, os aspectos estéticos têm sido apontados como os principais responsáveis por afetar negativamente a qualidade de vida dos indivíduos, muitas vezes causando mais impacto do que outros aspectos físicos como o sobrepeso e a obesidade.

Para Perillo et al. (2014), os principais fatores que influenciam a decisão para o tratamento ortodôntico, do ponto de vista do paciente, são: insatisfação com a aparência dentofacial, recomendação do dentista, preocupação por parte dos pais e influência de colegas da escola que usam aparelho.

De acordo com Moura et al. (2013) é na adolescência que há grande preocupação com a aparência dentária e facial, havendo maior busca pelo tratamento ortodôntico. Ainda segundo estes autores, é de extrema valia que os fatores psicossociais sejam incorporados aos

critérios clínicos na consideração para o tratamento ortodôntico.

Como a adolescência é um período em que se desenvolve grande parte das potencialidades humanas, o impacto psíquico que incide nessa época pode ser responsável por consequências à adesão a um tratamento (APERS et al., 2013; BRAUN-LEWENSOHN et al., 2017). Logo, é importante que a assistência ortodôntica seja repensada de forma a oferecer não apenas a correção de desvios anatômicos com base em exames radiológicos e análises cefalométricas, mas que haja uma abordagem biopsicossocial do indivíduo.

No Brasil, dados do último levantamento nacional de saúde bucal apontaram uma alta prevalência de maloclusões em adolescentes, com uma magnitude em torno de 35%, (SB BRASIL, 2010), e apesar disso, desconhece-se a existência de estudos de âmbito nacional e internacional que tenham investigado a associação entre maloclusões definidas por critérios clínicos e sua relação com o senso de coerência do indivíduo. Assim, esse estudo pretende contribuir para o esclarecimento da possível associação entre um baixo senso de coerência e a inadequada adesão ao tratamento ortodôntico de adolescentes escolares.

Identificar uma relação causal entre senso de coerência e saúde contribui para o desenvolvimento de estratégias de intervenção. Evidências sugerem que as comunidades com maiores níveis de senso de coerência têm uma saúde melhor (APERS et al., 2013). No entanto, poucos estudos exploraram especificamente essa associação em relação à saúde bucal (BOMAN et al., 2012; NAMMONTRI; ROBINSON; BAKER, et al., 2013).

2.1 TEORIA SALUTOGÊNICA E SENSO DE COERÊNCIA

Sabe-se que um dos objetivos da promoção de saúde é assegurar a igualdade de Oportunidades e proporcionar os meios que permitam a todas as pessoas realizarem completamente seu potencial de saúde. Para tanto, é necessário entender as origens da saúde (LACERDA; PONTES; QUEIROZ, 2012).

Aaron Antonovsky, sociólogo norte-americano, introduziu a Teoria Salutogênica, a qual considera que quanto maior a capacidade para lidar com as dificuldades da vida, mais favoráveis serão as consequências em termos de saúde, o que difere do modelo biomédico, centrado nos determinantes biológicos da doença (MOKSNES; ESPNES; LILLEFJELL, 2012). Além disso, a teoria procura também compreender como os indivíduos conseguem administrar sua vida apesar das condições adversas (ERIKSSON; LINDSTROM, 2007).

O modelo salutogênico concentra-se na identificação de fatores que promovem a saúde, os chamados fatores salutaros, em vez de se concentrar apenas em riscos ou fatores

específicos relacionados às diferentes doenças (GARCIA-MOYA et al., 2012). Esse modelo tem sido útil para orientar a direção da pesquisa e as intervenções na promoção da saúde, porque compartilha o princípio básico de que a promoção da saúde deve ser direcionada à população como um todo no contexto da vida diária, em vez de se concentrar apenas em pessoas em risco de doença (BOMAN et al., 2012).

O constructo central da salutogênese é o Senso de Coerência (SOC), que é definido como uma orientação global do indivíduo, que expressa um forte sentimento de confiança de uma pessoa em relação aos ambientes internos e externos, encarando-os como previsíveis e manejáveis (ANTONOVSKY, 1987). Esse constructo tenta explicar o porquê de alguns indivíduos permanecerem saudáveis face a situações estressantes e outros adoecerem (BOMAN et al., 2012).

Dessa forma, o SOC refere-se à capacidade do indivíduo em aplicar esses recursos no sistema social, ambiente físico e no interior do próprio organismo como forma de adaptação a uma situação de adversidade. Ele é composto por três componentes: Compreensão, Manejo e Significado. A Compreensão traduz-se na orientação global expressada na capacidade de uma pessoa em confiar que os estímulos provenientes do ambiente são estruturados, previsíveis e explicáveis. Manejo é a credibilidade em sua habilidade de lidar e exercer um impacto positivo na vida através dos recursos disponíveis. Finalmente, o Significado é a compreensão de que a vida apresenta um sentido e propósito (COUTINHO; HEIMER, 2014).

O SOC difere entre as pessoas, o que resulta em mais ou menos saudáveis e bem sucedidas. É considerado um conceito transcultural, o que significa que em todas as culturas e em todas as etapas de lidar com um evento estressor, uma pessoa com um SOC baixo possui desvantagem sobre a prevenção de uma tensão se transformar em estresse (BRAUN-LEWENSOHN; SAGY, 2011). É considerado hoje, na área da saúde, como uma nova abordagem para a avaliação de indivíduos em condições crônicas de saúde ou pertencentes a grupos específicos, como idosos, adolescentes, gestantes e crianças (COUTINHO; HEIMER, 2014).

Estudos apontam para o papel protetor do SOC por reduzir o impacto causado por situações adversas, como uma doença (ELFASSI et al., 2016; DEWAKE et al., 2017). No entanto, a relação entre SOC e saúde pode ser recíproca (ANTONOVSKY, 1987; ERIKSSON; LINDSTROM, 2007). Em outras palavras, o SOC potencialmente influencia a saúde, mas a saúde também pode ter impacto no SOC (ANTONOVSKY, 1987).

Para Antonovsky, é possível quantificar o SOC através de uma escala ordinal, cujos escores indicam o grau de adaptabilidade das populações ao ambiente no qual está inserida

(APERS et al., 2013) e, quanto maior o escore, mais forte é o SOC.

A razão pela qual o SOC tornou-se tão popular é dupla: não só o SOC é uma construção relevante na compreensão das percepções do estresse e do enfrentamento, mas também mostra fortes associações positivas com a saúde, o bem-estar emocional e a qualidade de vida (GARCIA-MOYA et al., 2012).

Assim, o SOC pode ser um importante instrumento para subsidiar os setores públicos no planejamento e implementação de políticas sociais. Além disso, a interface da teoria salutogênica com a Promoção da Saúde pode contribuir para a mobilização dos indivíduos no processo de enfrentamento das adversidades, o que pode implicar resultados mais favoráveis em termos de saúde (LACERDA; PONTES; QUEIROZ, 2012).

Nos últimos anos, têm sido desenvolvidos e testados instrumentos de medida que permitem que a condição de saúde bucal e as necessidades de tratamento odontológico sejam investigadas com o objetivo de avaliar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida de um indivíduo e seus familiares (TESCH et al., 2007; ANDIAPPAN et al, 2014).

Dessa forma, o SOC pode prover uma perspectiva mais coerente como a proposta da odontologia de ver o indivíduo como um todo e não apenas como um corpo doente. Avaliar o SOC do indivíduo que está sob os seus cuidados possibilitaria uma melhor compreensão de como ele responderá à doença e seu tratamento (NAMMONTRI; ROBINSON; BAKER, 2013).

2.2 SENSO DE COERÊNCIA E ADOLESCÊNCIA

Durante a adolescência ocorrem várias mudanças fisiológicas e cognitivas, enquanto os indivíduos são confrontados com tarefas e desafios de desenvolvimento (BRAUN-LEWENSOHN et al., 2017). Assim, a adolescência é um período crucial na formação do senso de coerência (APERS et al., 2013). Pode-se afirmar, então, que o estudo sobre a importância do SOC face a esses indivíduos que estão numa fase especial de desenvolvimento de suas vidas é primordial (BRAUN-LEWENSOHN; SAGY, 2011).

É importante destacar que a transição para a adolescência parece ser o ponto de partida para o desenvolvimento de problemas psicológicos como depressão e ansiedade, tornando-se um período particularmente significativo para o desenvolvimento do SOC (MOKSNES; ESPNES; LILLEFJELL, 2012),. Segundo Elfassi et al. (2016), o SOC mede as percepções da juventude sobre sua própria comunidade e sua potencialidade como fonte de fatores e recursos de proteção. Ainda de acordo com Moksnes, Espnes e Lillefjell (2012) é possível que haja

flutuações temporárias no SOC, tornando-se importante investigar o caráter de SOC em adolescentes, com base no impacto de mudanças de desenvolvimento e as muitas transições e desafios que ocorrem durante este período.

Tem sido relatado que o fraco desempenho e controle em diversas situações entre os jovens estão associados com maus hábitos, problemas de saúde mentais, insucesso escolar e marginalização (MOKSNES; ESPNES; LILLEFJELL, 2012; COUTINHO; HEIMER, 2014). É nesta fase de vida que é adquirida uma maior autonomia e são maiores as tomadas de decisões que afetam a saúde do indivíduo (ELFASSI et al., 2016).

Segundo Mattila et al. (2011), o SOC se desenvolve entre a infância e a adolescência. Na adolescência, o SOC já está praticamente moldado e pode contribuir para uma explicação das experiências de estresse, assim como pode desempenhar um papel protetor no enfrentamento às adversidades (BRAUN-LEWENSOHN; SAGY, 2011).

Antonovsky e Sagy (1986) argumentaram que o SOC deve fortalecer-se durante a adolescência e se estabilizar no final desse período de desenvolvimento. No entanto, estudos que abordaram a questão da idade e a estabilidade do SOC revelaram inconsistências (APERS et al., 2013; GARCIA-MOYA et al., 2012; MOKSNES; ESPNES; LILLEFJELL, 2012). Eriksson e Lindstrom (2007) afirmaram que o SOC pode variar durante a adolescência devido a mudanças de desenvolvimento, transições e desafios. Enquanto alguns pesquisadores não encontraram diferenças entre as várias idades (BRAUN-LEWENSOHN; SAGY, 2011).

No estudo transversal de Garcia- Moya et al. (2012) foi explorada a relação entre SOC e várias dimensões familiares de 7.580 adolescentes espanhóis entre 13 e 18 anos de idade. Verificou-se que a idade teve uma influência significativa no SOC. Níveis mais elevados de SOC foram encontrados em adolescentes entre 13 e 14 anos em comparação com participantes mais velhos. As variáveis familiares que explicaram 18% da variabilidade do SOC foram carinho, comunicação fácil com os pais e o conhecimento dos pais como as variáveis mais destacadas. Além disso, relações positivas entre pais e a afluência familiar demonstraram um papel significativo na explicação dos níveis de SOC.

Para Braun-Lewensohn e Sagy (2011), o contexto cultural pode moldar o tipo de eventos estressores experimentados pelo indivíduo e pode afetar a avaliação do evento e a escolha de estratégias de enfrentamento. Em 1987, Antonovsky afirmou que uma pessoa com um SOC forte terá bases motivacionais e cognitivas para transformar seus recursos potenciais em estratégias de enfrentamento adequadas que podem variar de acordo com as culturas.

A literatura demonstra que o contexto familiar desempenha um papel importante no

fornecimento de experiências significativas para o desenvolvimento de um forte SOC na adolescência (GARCIA-MOYA et al., 2012; LACERDA et al., 2012). Segundo Garcia-Moya et al. (2012), é possível que a qualidade das relações entre os pais tenha um efeito significativo no SOC.

De acordo com Antonovsky (1987), as condições de infância relacionadas à posição social da família, à situação econômica e às relações sociais também podem influenciar o SOC de um indivíduo. Estudos sugerem que fatores sociais e estruturais contribuem para a percepção da saúde entre os adolescentes. Achados de diferentes trabalhos mostraram que o ambiente familiar (GARCIA-MOYA et al., 2012), a escola (MATTILA et al., 2011, BRAUN-LEWENSOHN, 2017), o gênero (MOKSNES; ESPNES; LILLEFJELL, 2012) e os fatores de vizinhança (MARSH et al., 2007; BRAUN-LEWENSOHN, 2017) estão significativamente associados ao SOC das pessoas.

Um elevado SOC prevê um estado de saúde promissor e está associado a um bom comportamento de saúde (BRAUN-LEWENSOHN, 2017). Essa informação corrobora com os achados de Mattila et al. (2011) em que foi encontrada uma relação inversamente proporcional entre SOC e comportamentos de saúde como menor uso de álcool, mais visitas ao dentista e menos sobrepeso em adolescentes aos 15 anos de idade.

Assim, investigar o SOC nas várias situações de vida do adolescente se torna importante por ele ser um recurso individual de enfrentamento de eventos estressantes da vida diária e de promoção à saúde, como também para a criação de estratégias preventivas neste grupo etário (COUTINHO; HEIMER, 2014).

2.2 MALOCLUSÃO E TRATAMENTO ORTODÔNTICO

A maloclusão resulta da interação entre fatores genéticos e ambientais, como hábitos bucais, de alimentação e respiração (MOIMAZ et al. 2014). É considerado o terceiro problema de saúde pública mais frequente na odontologia, após a cárie e a doença periodontal (ALMEIDA et al., 2014). Na literatura é também denominada de má-oclusão, oclusopatia e deformidade dentária e facial (PERES; FRAZAO; RONCALLI, 2013). Alguns autores têm empregado a expressão “necessidade de tratamento ortodôntico” para tratar sobre o assunto, talvez, por considerá-la mais abrangente e adequada (BAETS et al. 2012; NALCALCI et al. 2012; PERILLO et al. 2014).

As maloclusões e a estética dentofacial alterada muitas vezes não comprometem a função oral, mas podem influenciar a formação de imagem do corpo de uma pessoa,

desenvolvimento emocional, auto-estima e integração social. Nesta perspectiva, a maloclusão pode ser considerada não só como um problema de saúde bucal, pois está ligada à qualidade de vida geral (PERILLO et al., 2014).

Assim, a maloclusão não é uma doença, mas um agregado de variações naturais das características esqueléticas, musculares e dentárias que são definidas como ideais. Não requer necessariamente o tratamento ortodôntico, pois a maioria das maloclusões não têm um efeito significativo sobre a saúde bucal. Sendo assim, então por que os pacientes escolhem fazer o tratamento ortodôntico que requer muita paciência e disciplina? Apesar dos ortodontistas pensarem sobre oclusão, mastigação e fonação, os pacientes procuram tratamento ortodôntico por causa do desejo de ter uma melhor aparência física (GAVRIC et al. 2015).

Um estudo representativo sobre a saúde bucal da população brasileira realizado em 2010 pelo Ministério da Saúde mostrou que 34,9% de adolescentes brasileiros entre 15 a 19 anos de idade apresentam algum tipo de oclusopatia. Essa pesquisa revelou também que 1,7 milhões destes adolescentes necessitam de tratamento ortodôntico (SB BRASIL, 2010).

Do ponto de vista da Saúde Pública, o propósito do conhecimento de alterações oclusais é permitir a identificação de indivíduos de acordo com a prioridade de suas necessidades. Portanto, é importante uma definição clara de critérios diagnósticos, de modo a permitir a sua aplicação a nível epidemiológico e providenciar o planejamento de ações e a obtenção de recursos para tratamento ortodôntico (CARVALHO et al., 2014).

Para Almeida et al. (2014), os critérios clínicos e epidemiológicos para o diagnóstico da maloclusão superestimam os problemas quando comparados com a percepção dos indivíduos. Assim, os ortodontistas devem incluir no planejamento e diagnóstico instrumentos que destacam a influência de componentes socioculturais e sua relação para a percepção da maloclusão pelo indivíduo (ALMEIDA et al., 2014).

Os índices dentários e faciais atualmente mais empregados são o índice de estética dental (DAI) e índice de necessidade de tratamento ortodôntico (IOTN) (CARVALHO et al. 2014) que avaliam os componentes anatômicos e estéticos da maloclusão, mas eles não dão qualquer informação sobre como a maloclusão afeta o paciente na sua autoimagem e qualidade de vida em termos de bem-estar mental e social (SPALJ et al. 2015). Entretanto, o DAI é considerado um índice com possibilidade de emprego transcultural e por isso adotado pela OMS (SARDENBERG et al. 2011). Mesmo assim, foi observado que o DAI não avalia traços da maloclusão como mordida cruzada, desvio de linha média e sobremordida (NAYAK; WINNIER; RUPESH, 2009; MOURA et al. 2013). Sendo a maloclusão um problema multifacetado, não existe um índice universalmente aceito e que defina todas as suas

características (NALCACI et al. 2012).

Em relação à aparência dentária e facial, a maloclusão tem um impacto psicossocial nos adolescentes, sendo que este aumenta de acordo com a sua gravidade. Os tipos de maloclusão que produzem os maiores impactos são o *overjet* aumentado, apinhamento dentário e sobremordida extrema (BELLOT-ARCIS; MONTIEL-COMPANY; ALMERICH-SILLA, 2013). Assim, o impacto psicossocial da estética dentária pode ser influenciado pela gravidade da maloclusão e satisfação com a aparência dentária e facial (PAULA JR et al. 2011).

Entretanto, muitas vezes, o tratamento ortodôntico é realizado para atender demandas estéticas e não funcionais, uma vez que se assume que o não cumprimento de normas sociais para a estética dentária e facial terá efeito psicossocial negativo, e esse efeito pode exceder o problema biológico (NAYAK; WINNIER; RUPESH, 2009).

A maloclusão grave pode colocar o indivíduo em desvantagem social na medida em que a aparência influencia nas relações interpessoais, seja nas atividades educacionais, como na obtenção de um emprego ou na busca de um parceiro (SCHEFFEL et al. 2014). Para Barnabea e Flores-Mir (2007), uma aparência dentária e facial desagradável pode estigmatizar uma pessoa, dificultar a realização profissional, incentivar os estereótipos negativos, e ter um efeito negativo na autoestima.

Em 2010, um estudo analisou o efeito da maloclusão e autopercepção estética sobre a autoestima entre 410 adolescentes jordanianos de 14 a 16 anos e concluiu que os adolescentes que haviam recebido tratamento ortodôntico tiveram uma autoestima mais elevada do que aqueles que não tinham sido submetidos ao tratamento. Esses autores concluíram que a insatisfação com a aparência dental é um forte preditor para a autoestima baixa. Os adolescentes escolares que tiveram uma menor autoestima foram aqueles que evitavam sorrir para esconder seus dentes; estes acreditavam que ter dentes alinhados melhoraria sua popularidade e sucesso na vida (BADRAN, 2010).

Kojima et al. (2013) investigaram as relações entre autoavaliação de saúde bucal, sintomas subjetivos, comportamento de saúde bucal e condições de saúde bucal entre 2.087 adolescentes e jovens universitários japoneses de 18 e 19 anos de idade. Neste trabalho, a autoavaliação de saúde bucal foi influenciada por sintomas subjetivos, comportamento de saúde bucal, cárie e má-oclusão. Eles consideraram que a avaliação dos sintomas subjetivos no exame bucal de rotina pode ser útil para melhorar a autoavaliação de saúde bucal de adolescentes.

Lukez et al. (2015) examinaram 155 adolescentes e adultos jovens croatas e

concluíram que a gravidade da maloclusão foi o mais importante fator preditivo da influência psicossocial da estética do sorriso sobre a autoestima. Neste estudo, uma autoestima elevada parece ser mais influenciada pela menor gravidade de maloclusão, sexo masculino e aumento da idade. Eles sugeriram que a autoestima é provavelmente mais determinada por outros fatores tais como a aparência física, sucesso e popularidade na escola, situação financeira, saúde e/ou tendências impostas pelos meios de comunicação de massa.

2.3 IMPACTO DO SENSO DE COERÊNCIA NA SAÚDE BUCAL

As necessidades de tratamento odontológico de uma população específica são um passo essencial no planejamento de políticas públicas de saúde, no entanto, os indicadores tradicionais clínicos de saúde bucal não indicam claramente as condições subjetivas no que diz respeito a alguns elementos da saúde bucal do indivíduo, tais como problemas na mastigação ou limitações estéticas (JAMIESON et al., 2011).

Um dos fatores que se estruturam a partir do contexto histórico-cultural individual, e que tem sido visto como um forte preditor da saúde bucal, é o senso de coerência (SOC) (ERIKSSON; LINDSTROM, 2007). O senso de coerência está relacionado à forma como os indivíduos dão sentido ao mundo, usam os recursos requeridos para responder a uma demanda e sentem que essas respostas são significantes e fazem sentido emocionalmente (ELFASSI et al., 2016).

Em um estudo longitudinal em 18 meses, com 1.025 adolescentes escolares, Ayo-Yusuf, Reddy; Van Den Borne (2009) observaram que o SOC de adolescentes que moravam com suas mães eram mais fortes e estavam associados com maior higiene oral, assim como, com visitas regulares ao dentista. Esses autores concluíram, então, que o ambiente familiar pode influenciar o comportamento de escovação dentária de adolescentes.

Dorri et al. (2010) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar a associação entre SOC e comportamentos de escovação dentária em 1.054 adolescentes iranianos. Os autores encontraram associação estatisticamente significativa entre pontuações mais elevadas de SOC e maior frequência de escovações dentárias diárias. A associação permaneceu inalterada depois de ajustar o sexo e o nível de educação do pai.

Lindmark, Hakeberg e Hugoson (2011) realizaram um estudo transversal com uma amostra aleatória de 910 indivíduos entre 20 e 80 anos de idade. Eles observaram que aqueles com um SOC mais forte tiveram duas vezes mais chances de ter um comportamento mais saudável, incluindo uma menor frequência de lanches e bebidas entre as refeições, bem como

uma atitude de conservação dos seus próprios dentes à medida que envelhecem, além de uma melhor satisfação com sua saúde bucal em comparação com indivíduos com um SOC mais fraco.

Lacerda, Pontes e Queiroz (2012) exploraram a associação entre senso de coerência materno e variáveis de moradia, renda, escolaridade e percepção em saúde bucal. As mães com menor senso de coerência foram associadas com fatores socioeconômicos desfavoráveis, assim como, em situação de estresse. Essas apresentaram uma situação pessimista em relação a sua própria saúde bucal. Os autores concluíram que é possível afirmar que o senso de coerência materno tem forte influência psicológica e pode ser um determinante de saúde bucal.

Nammontri, Robinson e Baker (2013), em um estudo pioneiro realizado na Inglaterra, realizaram uma intervenção em 261 escolares visando reforçar o SOC. Os dados foram coletados no início, duas semanas após a intervenção, e em três meses de acompanhamento. Foram avaliados parâmetros clínicos como a cárie, trauma dental, saúde gengival e anormalidades dentais. Os resultados do estudo forneceram evidências experimentais de que o senso de coerência influencia a qualidade de vida relacionada à saúde bucal e sugerem que pode ser uma via adequada para promoção de saúde bucal em escolas.

Em um estudo transversal, com 53 idosos, examinou-se as relações entre o SOC, o estado de saúde bucal, o estado nutricional e o nível de necessidade de cuidados de idosos. O estado de saúde bucal foi avaliado com base em dois critérios: número de dentes presentes e uso de próteses. Os participantes com pontuação do SOC elevada, que mostraram uma forte atitude positiva, tiveram um número relativamente grande de dentes, estavam em boas condições nutricionais e apresentaram baixos níveis de necessidade de cuidados. Assim, observou-se que a manutenção de um alto nível de SOC contribui para uma boa saúde bucal e ajuda também a evitar uma piora de sua condição nutricional (DEWAKE et al. 2017).

Ante o exposto, percebe-se que apesar do progresso nas pesquisas sobre a relação entre senso de coerência e saúde bucal, ainda não há na literatura uma abordagem a respeito da relação entre senso de coerência, maloclusão e tratamento ortodôntico. Assim, este trabalho busca associar este fator psicossocial com a maloclusão dentária, com vistas a contribuir mais estreitamente com as necessidades funcionais, estéticas e psicológicas baseadas na individualidade e assim, ampliar sua contribuição na melhoria da qualidade de vida do adolescente. Dessa forma, será possível também atuar de maneira mais ampla sobre a assistência ortodôntica frente a adolescência.

3 MÉTODOS

3.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal com fonte de dados primários, o que permitiu observar o objeto em foco na população estudada.

3.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Adolescentes de 14 a 19 anos de idade, de ambos os sexos, matriculados nas 11 escolas da rede pública da cidade de São Lourenço da Mata – Pernambuco.

3.3 CRITÉRIO DE INCLUSÃO

- Adolescentes matriculados nas instituições de ensino público do município de São Lourenço da Mata-PE.

3.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Adolescentes com dificuldade de compreensão, que os impossibilitassem de responder os questionários e/ou que apresentassem dificuldade na realização do exame clínico.

3.5 LOCAL DO ESTUDO

O presente estudo foi conduzido nas escolas públicas do município de São Lourenço da Mata - PE.

De acordo com o site oficial da Prefeitura (São Lourenço da Mata, 2017), o município está localizado a 19,7 Km da capital pernambucana, Recife; e tem 92% da população residente em zona urbana (Figura 1).

Segundo o censo populacional realizado em 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sua população é estimada em 108.301 habitantes, com uma área de 264,48 km² e densidade demográfica acima dos 100.000 habitantes por km². O Índice de Desenvolvimento Humano do município é em média 0,653, sendo o Produto Interno Bruto (PIB) per capita de R\$ 5.369,34 (BRASIL, 2011).

Figura 1 – Mapa do município de São Lourenço da Mata - PE



Fonte: São Lourenço da Mata (2017)

De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), 2016, o município conta com 44 estabelecimentos de saúde. Dentre eles estão: dois hospitais, 26 Unidades de Saúde da Família, 01 Policlínica, 02 clínicas especializadas, 01 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, 01 unidade móvel terrestre, 03 Centros de Diagnóstico e Terapia, 08 serviços de saúde diversos, entre médicos, odontológicos e de fisioterapia.

Este município foi selecionado por ter sido constituído um dos pólos de desenvolvimento da região metropolitana a partir da instalação do complexo da Arena Pernambuco e grandes investimentos imobiliários, os quais podem repercutir nas condições de vida da população adolescente.

3.6 AMOSTRA

3.6.1 Tamanho da Amostra

A amostra das 11 escolas totalizou 1418 adolescentes, porém foram examinados 1153 alunos representando 80% do poder amostral. Houve perdas devido alguns questionários apresentarem menos que 50% de preenchimento por parte dos adolescentes. Para o cálculo do tamanho da amostra foi utilizada a fórmula de comparação de duas proporções, relação de 1:1 nos grupos de comparação, com um poder de teste de 80% para detectar diferenças quando uma *Odds Ratio* de 1.5 for observada, com um erro aleatório de 2,5% e um Intervalo de Confiança (IC) de 95%. Foram utilizados o programa de cálculo do Epi Info 6, e a base bibliográfica Fleiss (1981).

3.6.2 Seleção da Amostra e técnica de amostragem

Foi solicitada à Secretaria Municipal de Educação do município uma lista das escolas públicas de São Lourenço da Mata. A direção de cada uma dessas instituições foi contatada por telefone a fim de saber a disponibilidade de horários para início das atividades de coleta e conferir os alunos inicialmente listados e presentes em cada escola.

A seleção da amostra foi realizada considerando o quantitativo de alunos na faixa etária de 14 a 19 anos, matriculados em cada uma das escolas participantes. Cada escola contribuiu para a amostra de forma proporcional ao número de matriculados na idade da pesquisa, estabelecendo-se desta forma um coeficiente de proporcionalidade. A seleção se deu a partir da lista nominal dos alunos, fornecidas pelas escolas, a partir do sorteio do primeiro aluno a ser examinado, e a partir daí, de forma sistemática, alternando-se um adolescente selecionado com um não selecionado.

3.7 COLETA DE INFORMAÇÕES

A coleta de dados foi realizada diariamente nas escolas públicas do município, no período de agosto a dezembro de 2014, através de dados não clínicos constantes em um questionário autoaplicável e de um exame clínico intrabucal.

Aplicação do questionário: na ocasião, os adolescentes respondiam um formulário com perguntas fechadas e pré-codificadas sobre aspectos comportamentais, relativos à atenção à saúde do adolescente e a dados sociodemográficos e econômicos. A aplicação do questionário foi realizada em grupos de alunos, após prévia explicação dos objetivos e métodos do estudo, sendo retiradas todas as dúvidas que surgissem no momento da pesquisa. (APÊNDICE C).

Figura 2- Aplicação do questionário nas escolas



Fonte: Manuely Pereira de Moraes Santos Campos (2018).

Para a avaliação do constructo SOC foi utilizado o questionário de Antonovsky (1987) em sua versão adaptada para a língua portuguesa; sendo empregada a versão curta da escala Sense of Coherence 13 (SOC-13) que foi validada no Brasil por Freire et al. (1999).

Durante o preenchimento do questionário, foi solicitado aos indivíduos pesquisados selecionarem uma resposta sobre uma escala tipo Likert de sete pontos que possui duas frases, cada uma ancorada a resposta em cada extremo. Cada item da escala corresponde a um dos três elementos do constructo. Na versão mais longa da escala senso de coerência (SOC-29) existem 11 itens relativos à compreensão, 10 relacionados à capacidade de manejo e 8 relativos à habilidade de dar sentido emocional. A versão mais curta dessa escala (SOC-13), a qual foi usada nesta pesquisa, contém 13 itens. Os itens 05, 08, 10, 12 e 13 são referentes à compreensão. Já os itens 04, 07, 09 e 11 dizem respeito à capacidade de manejo e os demais (01, 02, 03 e 06), à habilidade de conferir sentido emocional.

O escore do SOC é obtido através do somatório dos 13 itens. Quanto maior o escore, mais forte é o senso de coerência (ERIKSSON; LINDSTROM, 2007). O intervalo possível de pontuação varia de 13 a 91.

As questões relativas ao SOC, neste estudo, estão descritas no Apêndice B, de número 73 a 85.

Exame Clínico: em seguida, foram realizados os exames clínicos intrabucais em ambiente escolar sob luz natural indireta e/ou luz artificial, com o adolescente e o examinador sentados frente a frente. O material utilizado para o exame clínico foi composto por espelho plano bucal, espátula de madeira e gaze. Os pesquisadores realizaram os exames trajando

roupas adequadas e os equipamentos de proteção individual (EPI's). Foram observados os padrões de biossegurança, tanto para o controle de infecção quanto para a eliminação de resíduos; assim os instrumentos utilizados para auxiliar no exame visual e tátil eram diariamente esterilizados, conforme as normas de biossegurança do Ministério da Saúde (RDC N° 15, 2012).

Figura 3 - Exame clínico intrabucal



Fonte: Manuely Pereira de Moraes Santos Campos (2018).

Estes exames clínicos foram realizados por três cirurgiões-dentistas auxiliados por três anotadores. Os examinadores participaram de um treinamento e calibração e apresentaram um nível forte de concordância ($Kappa = 0,930$). Os procedimentos de calibração, coleta de dados e exame clínico seguiram a metodologia proposta pelo levantamento nacional de saúde bucal (RONCALLI et al., 2012). Neste levantamento, o estado oclusal dos adolescentes foi registrado seguindo a classificação da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal realizada no ano de 2010 na qual o registro era feito através do Índice de Estética Dental (DAI) (Anexo B). O DAI leva em consideração dez diferentes critérios que recebem pesos específicos, a saber: perda de dentes incisivos, caninos ou pré-molares (peso 6), apinhamento ou espaçamento dentário no seguimento incisal (peso 1 cada), diastema (peso 3), irregularidade da maxila ou mandíbula no segmento anterior (peso 1 cada), *overjet* maxilar ou mandibular (peso 4), mordida aberta (peso 4) e relação ântero-posterior de molar (peso 3). O resultado é obtido através da soma dos escores de cada característica encontrada e adicionada uma constante cujo valor é igual a 13. Esta somatória origina uma classificação que identifica a necessidade de tratamento ortodôntico dos indivíduos determinada pela gravidade das maloclusões presentes, a qual está descrita no Quadro1.

Quadro 1 - Distribuição dos valores do DAI

Severidade da oclusopatia	Indicação de tratamento	Valor do DAÍ
Sem anormalidades ou oclusopatias leves	Sem necessidade ou necessidade leve	≤ 25
Oclusopatia definida	Eletivo	26-30
Oclusopatia severa	Altamente desejável	31-35
Oclusopatia muito severa ou incapacitante	Fundamental	≥ 36

Fonte: Manuely Pereira de Moraes Santos Campos (2018).

3.8 VARIÁVEIS DO ESTUDO

3.8.1 Dependentes

Tratamento ortodôntico: definida pelo acesso ou não ao aparelho ortodôntico;

Adesão ao tratamento ortodôntico: definida pela combinação entre as variáveis: ter maloclusão, ter acesso ao aparelho ortodôntico, aquisição do aparelho ortodôntico com profissional habilitado e manutenção periódica do aparelho ortodôntico (visita ao cirurgião-dentista para a manutenção do aparelho com intervalo de, no máximo, 2 meses).

3.8.2 Explanatórias

Condições sociodemográficas: idade, raça, sexo, razão entre número de pessoas e número de cômodos por domicílio, estrutura familiar, posse da moradia, escolaridade materna, atraso escolar, acesso a bens de consumo e acesso a serviços públicos básicos de água, energia e lixo;

Status socioeconômico: definido pela combinação entre as variáveis: escolaridade materna, propriedade da casa, acesso a bens de consumo e acesso a serviços públicos, sendo classificado em alto, intermediário e baixo status socioeconômico.

Alto: a mãe ter o ensino superior completo, casa própria ou alugada, ter acesso a todos os bens de serviço e de consumo.

Intermediário: a mãe ter ensino médio completo com casa alugada ou ensino fundamental

com casa própria e ter acesso a todos os bens de serviço e de consumo

Baixo: a mãe ser analfabeta ou possuir o ensino fundamental com casa própria ou alugada e não ter acesso a pelo menos 1 bem de serviço ou consumo.

Comportamentais: fumo e consumo de bebidas alcoólicas;

Saúde bucal: prática da escovação dentária diária, recursos essenciais empregados na higiene bucal (uso de escova, creme e fio dental), índice de estética dental (DAI) e seus critérios;

Fatores psicossociais: motivo da busca ao tratamento ortodôntico, satisfação da aparência bucal, grau de satisfação ao usar o aparelho ortodôntico, importância dada à saúde bucal no convívio com amigos e Senso de Coerência (SOC);

O Senso de coerência (SOC) foi classificado em: alto SOC e baixo SOC através do percentil 75%. Em virtude desta variável apresentar uma distribuição do tipo não-normal (Teste Kolmogorov-Smirnov $KS > 0.05$), para operacionalização da análise estatística foi dicotomizada a partir da distribuição percentil, considerando como alto senso de coerência os indivíduos com valores maiores que o percentil 75% (64 pontos da escala).

Relacionadas ao uso do aparelho ortodôntico: forma de aquisição do aparelho, se através do serviço odontológico ou de outras fontes; tipo de serviço utilizado se por clínica particular, plano de saúde ou público (CEO/Universidades); uso do aparelho por algum familiar (pais e/ou irmãos), realização de exames complementares, tempo para instalação do aparelho ortodôntico, custo médio, realização de manutenção mensal do aparelho ortodôntico.

3.9 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram analisados a partir de um banco de dados construído no programa EPI INFO, versão 3.5.2, onde foi realizada a validação do banco (dupla digitação, comparação e correção dos erros) e depois exportado ao *software* SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 18, onde foi realizada a análise. Esta foi feita em duas etapas: uma descritiva e outra analítica.

Para avaliar o perfil pessoal, escolar, familiar, econômico, hábitos e costumes, foram calculadas as frequências percentuais e construídas as respectivas distribuições de frequência. Ainda, foi aplicado o teste Qui-quadrado para comparação de proporção a fim de comparar o percentual dos níveis do fator avaliado.

Para avaliar os fatores associados ao uso do aparelho ortodôntico e à adesão ao tratamento ortodôntico foram construídas as tabelas de contingência e aplicado o teste Qui-quadrado para independência. Nos casos em que as suposições do teste Qui-quadrado não

foram satisfeitas aplicou-se o teste Exato de Fisher.

Realizou-se análise de regressão logística multivariada para verificar o efeito ajustado das variáveis explanatórias na adesão ao tratamento ortodôntico. As variáveis que apresentaram significância estatística com valor de $P \leq 0,20$ nas análises bivariadas foram selecionadas para serem introduzidas na análise de regressão logística multivariada.

A medida de associação utilizada foi a *Odds Ratio* (OR), com seus respectivos intervalos de confiança de 95%. A categoria de referência selecionada para estimar a OR não ajustada e ajustada foi aquela que apresentasse menor risco à adesão ao tratamento ortodôntico. Para permanência dos fatores no modelo foi considerado o nível de significância de 5%.

3.10 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi conduzido de acordo com os princípios éticos, em consonância com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, após ser aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco, conforme parecer CAAE nº 48506115.4.0000.5208 (Anexo A).

Todos participantes e seus responsáveis legais (no caso dos adolescentes menores de 18 anos) foram informados sobre os objetivos da pesquisa e participaram mediante assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) . Os mesmo foram informados ainda sobre a voluntariedade da sua participação, não estando previsto qualquer tipo de pagamento. Foram assegurados aos participantes que tanto a participação, quanto a não concordância em participar da pesquisa não lhes acarretaria prejuízo de qualquer natureza.

Foi garantida a preservação da privacidade de todos os participantes da pesquisa, sendo assegurado que as informações coletadas seriam utilizadas pelos pesquisadores para fins acadêmicos e de divulgação da pesquisa, sendo sempre mantido o sigilo da identidade do participante.

4 ARTIGO 1: FATORES ASSOCIADOS AO ACESSO DE ADOLESCENTES ESCOLARES AO TRATAMENTO ORTODÔNTICO

4.1 RESUMO

O objetivo deste trabalho foi avaliar a associação de fatores sociocomportamentais com o acesso ao tratamento ortodôntico em adolescentes. Trata-se de um estudo transversal com uma amostra de 1.153 adolescentes da rede pública de ensino do município de São Lourenço da Mata, PE, Brasil, onde foram investigados: condições sociodemográficas, comportamentais, fatores psicossociais e de saúde bucal. Os dados obtidos foram submetidos à análise estatística por meio do programa SPSS, versão 18. Empregou-se o teste de Qui-quadrado para independência ou o teste Exato de Fisher, sempre ao nível de significância de 5%. A prevalência de acesso ao tratamento ortodôntico foi de 26,1%. No entanto, não houve associação significativa entre a necessidade do tratamento ortodôntico com o acesso ao aparelho. Os resultados revelaram menor acesso ao aparelho ortodôntico naqueles adolescentes que possuíam oclusopatia definida, severa ou muito severa em relação àqueles que apresentavam oclusopatias leves. Conclui-se que o acesso ao tratamento ortodôntico está relacionado ao sexo feminino, alto status socioeconômico e maiores cuidados com a higiene bucal.

Palavras-chave: Maloclusão. Ortodontia. Adolescentes. Assistência integral à saúde.

4.2 ABSTRACT

The objective of this study was to evaluate the association of sociocomportmental factors with access to orthodontic treatment in adolescents. This is a cross-sectional study with a sample of 1.153 adolescents from the public school system in the city of São Lourenço da Mata, PE, Brazil, where they were investigated: sociodemographic, behavioral, psychosocial and oral health conditions. The data were submitted to statistical analysis using the SPSS program, version 18. The Chi-square test for independence or Fisher's Exact test was used, always at a significance level of 5%. The prevalence of access to the orthodontic appliance was 26.1%. However, there was no significant association between the need for orthodontic treatment and the access to the appliance, the results revealed less access to the orthodontic appliance in those adolescents who had definite, severe or very severe occlusion in relation to those who did not have abnormalities. It is concluded that access to orthodontic treatment is related to female sex, high socioeconomic status and greater care with oral

hygiene.

Keywords: Malocclusion. Orthodontics. Adolescents. Comprehensive health care.

4.3 INTRODUÇÃO

A maloclusão é uma desordem no crescimento e desenvolvimento craniofacial que pode levar a problemas funcionais com impacto estético e psicossocial. É considerada um problema de saúde pública e o terceiro mais frequente transtorno oral após cáries dentárias e doenças periodontais (MTAYA; BRUDVIK; ASTROM, 2009; ATASSI; AWARTANI, 2010; CARVALHO et al., 2014). Entretanto, a maloclusão e a estética dentofacial alterada muitas vezes não comprometem a função oral, mas podem influenciar a formação de imagem do corpo de uma pessoa, desenvolvimento emocional, auto-estima e integração social (PERILLO et al., 2014).

Nesta perspectiva, a maloclusão é considerada não só um problema de saúde bucal, pois está ligada à qualidade de vida (PERILLO et al., 2014). Acredita-se que os ortodontistas devem incluir, no diagnóstico e planejamento, instrumentos que destaquem a influência de componentes socioculturais e sua relação com a percepção dessa oclusopatia pelo indivíduo (ALMEIDA et al., 2014, GAVRIC et al., 2015).

Nacionalmente, além da alta prevalência da maloclusão, a maior gravidade está entre os adolescentes e tem sido associada com piores condições socioeconômicas e condições subjetivas de saúde bucal, embora a maioria dos estudos tenham se mostrado inconclusivos (FREITAS et al., 2015). Um estudo representativo sobre a saúde bucal da população brasileira realizado em 2010 pelo Ministério da Saúde mostrou que 34,9% de adolescentes brasileiros entre 15 a 19 anos de idade apresentam algum tipo de oclusopatia. Estimativas feitas por parte desta pesquisa revelam que o número de adolescentes que necessitariam de tratamento ortodôntico poderia chegar a 1,7 milhões (BRASIL, 2010).

Dado o fato de que os tratamentos ortodônticos geralmente são demorados e com alto custo, informações detalhadas sobre a prevalência e distribuição das oclusopatias são cruciais para planejar o tratamento ortodôntico dentro de uma saúde pública (MTAYA; BRUDVIK; ASTROM, 2009). A importância da gestão financeira da saúde pública aumentou devido à recente crise econômica mundial. Por isso, os governos foram forçados a reduzir suas despesas em todos os itens orçamentais, incluindo cuidados de saúde. Este é especialmente importante em países onde muitos pacientes necessitam de subsídios do governo para atender suas necessidades de tratamento ortodôntico (NALCACI et al., 2012).

Como no Brasil a demanda no setor público por este tipo de tratamento excede a oferta, observa-se que o acesso ao tratamento ortodôntico é quase restrito à população de melhor poder aquisitivo, o que contribui ainda mais para o crescimento de desigualdades entre classes sociais (MACIEL; KORNIS, 2006).

Estas iniquidades relacionadas com os aspectos sociais refletem-se no que se refere ao acesso e utilização aos serviços de saúde. Hart (1971), ao analisar o Serviço Nacional de Saúde Britânico, formulou uma teoria denominada Lei do cuidado inverso em saúde a qual apontava que “a disponibilidade de bom atendimento médico tende a variar inversamente com a necessidade da população servida”. Este postulado indica a presença de desigualdades injustas, o que caracterizaria a falta de equidade, a qual ainda se observa nos dias atuais (CARNUT et al., 2011).

Percebe-se que o uso de serviços de saúde é função das necessidades e do comportamento dos indivíduos diante de suas condições de saúde, assim como das formas de financiamento, dos serviços e recursos disponíveis para a população (PAIM et al., 2011; PORTELA, 2017). São poucos os relatos sobre os fatores associados ao acesso ao tratamento ortodôntico. Assim, este estudo teve por objetivo avaliar a associação entre fatores sociocomportamentais e o acesso ao tratamento ortodôntico em adolescentes.

4.4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal com adolescentes de 14 a 19 anos de idade matriculados nas 11 escolas da rede pública de ensino do município de São Lourenço da Mata-PE. A amostra foi calculada com a utilização da fórmula de comparação de duas proporções, relação de 1:1 nos grupos de comparação, com um poder de teste de 80% para detectar diferenças quando uma *Odds Ratio* de 1.5 for observada, com um erro aleatório de 2,5% e um Intervalo de Confiança (IC) de 95%, perfazendo uma amostra de 1.153 adolescentes. Cada escola contribuiu para a amostra de forma proporcional ao número de matriculados na idade da pesquisa, estabelecendo-se desta forma um coeficiente de proporcionalidade. A seleção se deu a partir da lista nominal dos alunos, fornecidas pelas escolas, sorteava-se o primeiro nome da lista e a partir disso se alternava um adolescente selecionado com um não selecionado.

Para a coleta de dados foi utilizado um questionário autoaplicável e realizado um exame clínico intrabucal. Na ocasião, os adolescentes respondiam um formulário com perguntas fechadas e pré-codificadas sobre aspectos comportamentais, relativos à atenção à

saúde do adolescente e a dados sociodemográficos e econômicos. A aplicação do questionário foi realizada em grupos de alunos, após prévia explicação dos objetivos e métodos do estudo, sendo retiradas todas as dúvidas que surgissem no momento da pesquisa. Neste questionário, foi acrescida a ficha clínica contendo o Índice de Estética Dental (DAI) para registro do estado oclusal dos adolescentes, que seguiu a classificação da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal realizada no ano de 2010, na qual o registro era feito através do DAI preconizado pela OMS (1997). O DAI leva em consideração dez diferentes critérios que recebem pesos específicos, a saber: perda de dentes incisivos, caninos ou pré-molares (peso 6), apinhamento ou espaçamento dentário no seguimento incisal (peso 1 cada), diastema (peso 3), irregularidade da maxila ou mandíbula no segmento anterior (peso 1 cada), *overjet* maxilar ou mandibular (peso 4), mordida aberta (peso 4) e relação ântero-posterior de molar (peso 3). O resultado é obtido através da soma dos escores de cada característica encontrada e adicionada uma constante cujo valor é igual a 13. Esta somatória origina uma classificação que identifica a necessidade de tratamento ortodôntico dos indivíduos determinada pela gravidade das maloclusões presentes, a qual está descrita no Quadro1.

Os exames clínicos foram realizados por três cirurgiões-dentistas auxiliados por três anotadores. Os examinadores participaram de um treinamento e calibração e apresentaram um nível forte de concordância ($Kappa = 0,930$). Os procedimentos de calibração, coleta de dados e exame clínico seguiram a metodologia proposta pelo levantamento nacional de saúde bucal (RONCALLI et al., 2012).

O status socioeconômico foi delineado com base na combinação dos seguintes indicadores socioeconômicos: escolaridade materna, propriedade da casa, acesso a bens de consumo e acesso a serviços públicos. Sendo classificado em alto, intermediário e baixo status socioeconômico.

Os dados obtidos foram submetidos a análise estatística por meio do programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 18. Para avaliar os fatores que influenciaram no uso do aparelho ortodôntico foi aplicado o teste do Qui-quadrado para independência ou o teste Exato de Fisher, nos casos em que as suposições do teste Qui-Quadrado não foram satisfeitas, sempre ao nível de significância de 5%.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco, conforme parecer CAAE nº 48506115.4.0000.5208. Foram seguidos todos os procedimentos normativos e formais, como assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por todos os participantes e seus responsáveis legais (no caso dos adolescentes menores de 18 anos).

4.5 RESULTADOS

A amostra foi composta por 1.153 adolescentes, com predominância do sexo feminino. Mais da metade das famílias possuíam estrutura familiar nuclear (composta por pai, mãe e irmãos), 85,7% possuíam casa própria e 90,8%, acesso a serviços como abastecimento de água, coleta de lixo e luz com registro próprio. Observou-se também que 43,8% dos adolescentes possuíam reprovação no histórico escolar. Em relação à escolaridade materna, apenas 26,3% das mães possuíam ensino superior (Tabela 1).

Tabela 1 - Associação entre as características sociodemográficas e o acesso ao tratamento ortodôntico em adolescentes escolares, São Lourenço da Mata-PE, Brasil, 2014

	Tratamento ortodôntico				
	N	%	Sim (%)	Não (%)	P*
Sexo					
Masculino	536	46,5	121 (22,6)	415 (77,4)	0,011
Feminino	617	53,5	180 (29,2)	437 (70,8)	
Idade					
<16 anos	601	52,5	144 (24,0)	457 (76,0)	0,060
≥16 anos	544	47,5	157 (28,9)	387 (71,1)	
Raça					
Branca	257	22,3	75 (29,2)	186 (70,8)	0,068
Preta	156	13,5	31 (19,9)	125 (80,1)	
Parda	649	56,4	166 (25,6)	483 (74,4)	
Amarela	38	3,3	9 (23,7)	29 (76,3)	
Indígena	52	4,5	20 (38,5)	32 (61,5)	
Atraso escolar					
Sim	501	43,8	140 (27,9)	361(72,1)	0,197
Não	643	56,2	158 (24,6)	485 (75,4)	
Escolaridade materna					
Analfabeta	16	1,8	4 (25,0)	12 (75,0)	0,943
Ensino fundamental	466	53,0	122 (26,2)	344 (73,8)	
Ensino médio	166	18,9	46 (27,7)	120 (72,3)	
Ensino superior	231	26,3	65 (28,1)	166 (71,9)	
Estrutura familiar					
Nuclear padrão	635	55,1	180 (28,2)	455 (71,7)	0,055
Não padrão	518	44,9	121 (23,4)	397 (76,6)	
Pessoas por cômodos					
< 1 pessoa	796	72,8	223 (28,0)	573(72,0)	0,009

≥ 1 pessoa	297	27,2	60 (20,2)	237 (79,8)	
Posse da moradia					
Própria	972	85,7	262 (27,0)	710 (73,0)	0,077
Não própria	162	14,3	33 (20,4)	129 (79,6)	
Acesso a serviços públicos (água, energia e lixo)					
Sim	1038	90,8	279 (26,9)	759 (73,1)	0,017
Não	105	9,2	17 (16,2)	88 (83,8)	
Acesso a bens de consumo					
Sim	1073	93,1	284 (26,5)	789 (73,5)	0,305
Não	80	6,9	17 (21,3)	63 (78,8)	
Status socioeconômico					
Alto	317	34,7	97 (30,6)	220 (69,4)	0,003
Intermediário	351	38,4	99 (28,2)	252 (71,8)	
Baixo	246	26,9	45 (18,3)	201 (81,7)	

Através do Teste Qui-quadrado de Pearson.

Fonte: Manuely Pereira de Moraes Santos Campos (2018).

Houve maior prevalência do tratamento ortodôntico nos adolescentes com 16 anos ou mais de idade (28,9%), que possuíam uma estrutura familiar nuclear (28,0%), moravam em casa própria (27,0%), possuíam acesso a bens de consumo (26,5%) e a serviços públicos de água, energia e coleta de lixo (26,9%), e com alto status socioeconômico (30,6%). Observa-se que mesmo sendo encontrada maior prevalência neste grupo, o teste de independência foi significativo apenas para o sexo feminino, número de pessoas por cômodo, acesso a serviços públicos de água, energia e coleta de lixo e status socioeconômico, indicando que esses fatores são determinantes no acesso ao tratamento ortodôntico.

Observou-se um maior percentual de adolescentes com características comportamentais adequadas – não fumantes, não consumidores de bebida alcoólica e com realização de escovação dentária diária. A análise bivariada revelou que os adolescentes com maior preocupação com a saúde bucal, que fazem uso de recursos apropriados na higiene bucal como fio, escova e creme dental; apresentaram associação significativa com o tratamento ortodôntico (Tabela 2).

Tabela 2 - Avaliação do comportamento, fatores psicossociais e de saúde bucal no acesso ao tratamento ortodôntico em adolescentes escolares, São Lourenço da Mata-PE, Brasil, 2014

	Tratamento ortodôntico				P*
	N	%	Sim (%)	Não (%)	
Fumo					
Sim	15	1,3	3 (20,0)	12 (80,0)	0,771 ²
Não	1135	98,7	297 (26,2)	838 (73,8)	
Bebida alcoólica					
Sim	74	6,4	18 (24,3)	56 (75,7)	0,724 ¹
Não	1077	93,6	282 (26,2)	795 (73,8)	
Escovação dentária diária					
Sim	1100	96,6	291 (26,5)	809 (73,5)	0,056 ¹
Não	39	3,4	5 (12,8)	34 (87,2)	
Uso de recursos na higiene bucal (fio dental, creme dental e escova)					
Sim	517	44,8	169 (32,7)	348 (67,3)	<0,001 ¹
Não	636	55,2	132 (20,8)	504 (79,2)	
Satisfação da aparência bucal					
Sim	1133	98,4	297 (26,2)	836 (73,8)	0,432 ²
Não	18	1,6	3 (16,7)	15 (83,3)	
Importância da saúde bucal no convívio com amigos					
Sim	1124	97,9	295 (26,2)	829 (73,8)	0,290 ¹
Não	24	2,1	4 (16,7)	20 (83,3)	
SOC					
Baixo	842	73,1	213 (25,3)	629 (74,7)	0,342 ¹
Alto	310	26,9	87 (28,1)	223 (71,9)	

(1): Através do Teste Qui-quadrado de Pearson. (2): Através do Teste Exato de Fisher.

Fonte: Manuely Pereira de Moraes Santos Campos (2018).

Neste estudo, verificou-se maior prevalência do acesso ao tratamento ortodôntico no grupo de adolescentes com oclusopatias leves (27,6%). Sendo que dos 904 adolescentes que apresentaram algum tipo de oclusopatia, apenas 301 tiveram acesso ao tratamento ortodôntico, assim a prevalência do tratamento ortodôntico nesses alunos foi de 25,7%. Ainda observou-se que aqueles com perda de incisivos, caninos ou pré-molares foram os que apresentaram maior prevalência no tratamento ortodôntico (53,3%).

Verificou-se também que a quase totalidade dos adolescentes adquiriram o aparelho ortodôntico no serviço odontológico, sendo que em apenas 1,3% da amostra esse aparelho foi adquirido de outras fontes.

Ao se analisar a relação entre os componentes do Índice de Estética Dental (DAI) e o tratamento ortodôntico, percebeu-se associação estatisticamente significativa entre a perda de incisivos, caninos ou pré-molares, apinhamento na região dos incisivos, desalinhamento maxilar ou mandibular anterior e relação molar (Tabela 3).

Os resultados da tabela 3 ainda revelam que houve menor prevalência do tratamento ortodôntico naqueles adolescentes que possuíam oclusopatia definida, severa ou muito severa em relação àqueles que possuíam oclusopatias leves; embora não tenha havido associação estatisticamente significativa entre o DAI e o tratamento ortodôntico.

Tabela 3 - Associação entre o Índice de Estética Dental (DAI) e seus componentes e o acesso ao tratamento ortodôntico em adolescentes escolares, São Lourenço da Mata-PE, Brasil, 2014

Fator avaliado	Tratamento ortodôntico		P*
	Sim	Não	
DAI			
Sem anormalidade/Oclusopatia leve	68(27,6%)	178(72,4%)	0,674 ¹
Oclusopatia definida	57(23,2%)	189(76,8%)	
Oclusopatia severa	65(26,6%)	179(73,4%)	
Oclusopatia muito severa	111(26,8%)	303(73,2%)	
Perda de incisivos, caninos ou pré-molares			
Sim	16(53,3%)	14(46,7%)	0,001 ¹
Não	285(25,4%)	835(74,6%)	
Apinhamento na região de incisivos			
Sim	120(19,7%)	488(80,3%)	<0,001 ¹
Não	181(33,4%)	361(66,6%)	
Espaçamento na região de incisivos			
Sim	66(28,0%)	170(72,0%)	0,482 ¹
Não	235(25,7%)	679(74,3%)	
Diastema			
Sim	43(27,4%)	114(72,6%)	0,709 ¹
Não	258(26,0%)	735(74,0%)	
Desalinhamento maxilar anterior			
Sim	85(20,6%)	327(79,4%)	0,001 ¹
Não	216(29,3%)	522(70,7%)	
Desalinhamento mandibular anterior			
Sim	89(21,1%)	332(78,9%)	0,003 ¹
Não	212(29,1%)	517(70,9%)	
Overjet maxilar			
Sim	265(25,7%)	768(74,3%)	0,233 ¹
Não	36(30,8%)	81(69,2%)	
Overjet mandibular			
Sim	5(25,0%)	15(75,0%)	0,904 ¹
Não	296(26,2%)	834(73,8%)	
Mordida aberta vertical			
Sim	23(31,1%)	51(68,9%)	0,312 ¹
Não	278(25,8%)	798(74,2%)	
Relação molar ântero-posterior			
Sim	258(27,4%)	684(72,6%)	0,046 ¹
Não	43(20,7%)	165(79,3%)	

¹p-valor do teste Qui-quadrado para independência (Se p-valor < 0,05 o fator avaliado influencia o uso do aparelho ortodôntico). ²p-valor do teste Exato de Fisher.

Fonte: Manuely Pereira de Moraes Santos Campos (2018).

4.6 DISCUSSÃO

Os resultados desta pesquisa revelam que os adolescentes com algum tipo de oclusopatia foram os que menos tiveram acesso ao aparelho ortodôntico, pode-se sugerir, então, que não seria a necessidade de tratamento que faz com que esses indivíduos façam uso do aparelho. Este achado deverá remeter a uma análise dos fatores associados ao acesso ao tratamento ortodôntico nesta fase de vida, com avaliação de fatores sociodemográficos, psicossociais e comportamentais.

Um aspecto a ser observado é que o tratamento ortodôntico entre os adolescentes parece sofrer influência do seu status socioeconômico, já que naqueles adolescentes com menor status socioeconômico houve menor prevalência no acesso ao aparelho ortodôntico. Evidências científicas com crianças e adolescentes oferecem respaldo a esta associação, alguns autores (OKUNSERI et al., 2007; SILVEIRA et al., 2016) observaram que crianças e adolescentes de famílias de baixa renda e sem plano privado de saúde eram menos propensos a relatar uma visita ortodôntica.

Para Silveira et al. (2016), os serviços públicos evidenciam problemas de acesso ao tratamento da maloclusão entre os adolescentes cujos pais não têm renda familiar suficiente para arcar com os elevados custos desse tratamento em consultórios particulares. Ainda segundo esse autor, esses jovens poderão enfrentar dificuldades de inserção social, já que as maloclusões podem representar uma desvantagem social para aqueles que não têm acesso ao tratamento.

Assim, neste estudo, parece existir uma complexa inter-relação entre os determinantes sociais da saúde bucal e o acesso ao aparelho ortodôntico. As condições socioeconômicas influenciam o tratamento ortodôntico, por influenciarem outros determinantes, como número de pessoas por cômodo no domicílio, acesso a serviços públicos, posse de moradia, acesso a bens de consumo, assim como padrões de comportamento da higiene bucal.

Embora as estratégias de saúde bucal desenvolvidas pelo SUS tenham trazido resultados positivos para muitos brasileiros, as desigualdades com base em fatores sociodemográficos persistem (PAIM et al., 2011). Portanto, o sistema público ainda tem de cumprir as suas metas de prestação de cuidados equitativos, universais e inclusivos para atender às necessidades de saúde bucal de todos os cidadãos brasileiros.

Vale ressaltar que os centros públicos de saúde bucal para especialidades odontológicas (CEOs) foram abertos com, no mínimo, especialistas em diagnóstico bucal, pequenas cirurgias orais, especialistas em endodontia e tratamento para pacientes com

necessidades especiais. Nota-se que a oferta de tratamento ortodôntico gratuito nos CEOs é recente, começou apenas em 2011, após a Reunião Ordinária da Comissão Tripartite em Brasília (BRASIL, 2011).

Ao se observar a caracterização do acesso à saúde bucal, nos diferentes níveis de atenção à saúde, se percebe que este ainda permanece com um desafio (LIMA et al., 2014). Assim, pode-se inferir que apesar dos esforços teóricos e práticos para a reversão da lei do cuidado inverso em saúde proposta por Hart, esta ainda é constatada (CAMPOS, GUERREIRO, 2010). Portanto, para melhor atender aos princípios fundamentais do sistema de saúde pública, como a universalidade, integralidade e equidade com relação à saúde bucal e, conseqüentemente, à saúde geral, o acesso ao tratamento ortodôntico no setor dos cuidados de saúde pública precisa ser aprimorado, independentemente das condições econômicas, culturais ou religiosas da população (CAMPOS, GUERREIRO, 2010).

Outro fato a destacar é a prevalência do tratamento ortodôntico maior entre os adolescentes do sexo feminino. Isso pode ocorrer devido ao tamanho menor da mandíbula no sexo feminino, o que pode levar à falta de espaço adequado para os dentes ou, talvez, porque as mulheres geralmente estão mais preocupadas com a estética e aceitação social, além de serem mais propensas a procurar atendimento preventivo (FREITAS et al., 2015; BADRAN, 2010; LEVORATO et al., 2014; PERILLO et al., 2014).

No estudo de Levorato et al. (2014) observou-se que as mulheres buscaram os serviços de saúde 1,9 vezes mais em relação aos homens. A associação observada entre o sexo e a procura por serviço de saúde vai ao encontro de muitos estudos publicados (LEVORATO et al., 2014; MANTEUFFEL et al., 2014; PERILLO et al., 2014), uma vez que ser do sexo feminino foi um fator preditor de maior busca por assistência à saúde, sendo mensurado com magnitude de 2,43 vezes em relação ao sexo masculino. Estudos mostram que, no caso brasileiro, as mulheres utilizam mais os serviços de saúde do que os homens (GOMES; NASCIMENTO; ARAUJO, 2007; LEVORATO et al., 2014), sendo que tais diferenças são determinantes do consumo pelos serviços entre os sexos.

Houve maior associação estatisticamente significativa entre os componentes do DAI relacionados a questões estéticas anteriores (perda de incisivos, caninos ou pré-molares, apinhamento de incisivos, desalinhamentos anteriores e relação molar ântero-posterior) e o tratamento ortodôntico, o que corrobora a percepção da estética dentária pelos adolescentes desta pesquisa. Sabe-se que na adolescência aumenta a consciência corporal e a estética facial ganha prioridade, indivíduos nesta idade tendem a se comparar com seus pares ou pessoas que se consideram modelo (NAYAK; WINNIER; RUPESH, 2009). Resultados semelhantes

foram encontrados no trabalho de Freitas et al. (2015) o qual revelou maior prevalência de apinhamento dentário e relações molares ântero-posteriores anormais na avaliação dos componentes do DAI.

No presente estudo observou-se também maior preocupação dos adolescentes com sua saúde bucal entre aqueles que tiveram acesso ao tratamento ortodôntico, já que estes faziam uso de recursos apropriados e contínuos para higiene bucal. Esse é um fator importante no que diz respeito à manutenção da saúde bucal e sua percepção pelo adolescente. Sabe-se que os métodos mecânicos de higiene bucal, utilizados domesticamente, ou seja, a escova e o fio dental, são de fundamental importância nos cuidados profiláticos cotidianos, especialmente naqueles indivíduos que usam aparelho ortodôntico (FISHO et al., 2014).

Assim, os adolescentes mostraram ter um maior cuidado com sua saúde bucal quando faziam uso do aparelho ortodôntico. Estes resultados se aproximam dos encontrados por FISHO et al. (2014), cujo os adolescentes em fase ativa do tratamento ortodôntico apresentaram maior higiene bucal. No entanto, diferem dos achados encontrados por alguns autores (MARTIGNON et al., 2010 e ATASSI; AWARTANI, 2010), os quais avaliaram indivíduos com média de 20 anos de idade e foi verificado que não houve um bom nível de higiene bucal entre os participantes.

Destaca-se, porém, que apesar do rigor metodológico deste estudo, seu delineamento transversal não possibilitou avaliar relações de causalidade entre o tratamento ortodôntico e os fatores investigados.

Ressalta-se que, em saúde bucal, a questão do mau posicionamento dos dentes e dos maxilares revela uma infinidade de implicações biológicas e psicossociais mais complexas do que simples problemas estéticos, fazendo com que a questão mereça se tornar alvo de políticas públicas e da preocupação dos gestores públicos.

4.7 CONCLUSÃO

A determinação de um adolescente ter acesso ao tratamento ortodôntico não é só apresentar a maloclusão, este estudo sugere que há interferência da sua condição socioeconômica, do sexo e de seu cuidado com a saúde bucal. Como as oclusopatias podem causar impacto negativo nas atividades diárias dos adolescentes, torna-se fundamental um cuidado integral com ampliação na promoção da equidade do tratamento ortodôntico entre os procedimentos de saúde acessíveis a essa população, sobretudo aos menos favorecidos socioeconomicamente.

5 ARTIGO 2: ASSOCIAÇÃO ENTRE O SENSO DE COERÊNCIA E A ADESÃO AO TRATAMENTO ORTODÔNTICO EM ADOLESCENTES ESCOLARES

5.1 RESUMO

Esta pesquisa teve como objetivo avaliar a associação entre o senso de coerência e a adesão de adolescentes escolares ao tratamento ortodôntico. Trata-se de um estudo transversal com 301 adolescentes de 14 a 19 anos de idade, matriculados em escolas da rede pública de São Lourenço da Mata, PE, Brasil. Foram investigados: condições sociodemográficas, comportamentais, senso de coerência e dados de saúde bucal. Empregou-se um questionário autoaplicável, contendo a versão curta da escala do SOC (SOC-13) e realizado um exame clínico intra-bucal, onde o estado oclusal foi avaliado através do Índice de Estética Dental (DAI) e a adesão ao tratamento ortodôntico foi definida pela combinação entre as variáveis: ter malocclusão, ter acesso ao aparelho ortodôntico, forma de aquisição do aparelho ortodôntico e frequência da manutenção desse aparelho. A prevalência da adesão ao tratamento ortodôntico foi de 80,4%. A análise de regressão logística revelou que o sexo e o cuidado com a higiene bucal estão associados significativamente à adesão ao tratamento ortodôntico na adolescência, independentes do senso de coerência. Assim, sugere-se que adolescentes do sexo feminino e que dão maior importância ao cuidado com a saúde bucal têm maior poder de adesão ao tratamento ortodôntico que os demais adolescentes.

Palavras-chave: Malocclusão. Adolescente. Ortodontia. Senso de coerência.

5.2 ABSTRACT

This study aimed to evaluate the association between the sense of coherence and the adherence of school adolescents to orthodontic treatment. It is a cross-sectional study of 301 adolescents between the ages of 14 and 19 using orthodontic appliances enrolled in public schools in São Lourenço da Mata, PE, Brazil. Sociodemographic, behavioral, sense of coherence and oral health data were investigated. A self-administered questionnaire containing the short version of the SOC scale (SOC-13) and an intra-oral clinical examination was performed, the occlusal state was evaluated through the Dental Aesthetics Index (DAI) and adherence to orthodontic treatment was defined by the combination of variables: malocclusion, orthodontic appliance, orthodontic appliance and frequency of maintenance of this appliance. The prevalence of adherence to orthodontic treatment was 80.4%. Logistic

regression analysis revealed that sex and oral hygiene care are significantly associated with adherence to orthodontic treatment in adolescence independent of the sense of consistency. Thus, it is suggested that female adolescents and that give greater importance to oral health care have greater power of adherence to orthodontic treatment than other adolescents.

Keywords: Malocclusion. Adolescent. Orthodontics. Sense of coherence.

5.3 INTRODUÇÃO

A redução do índice de cárie em crianças e adolescentes nas últimas décadas tem direcionado mais atenção a outros problemas bucais como a maloclusão. Esta não é uma doença, mas um agregado de variações naturais das características esqueléticas, musculares e dentárias que são definidas como ideais. Apesar do tratamento ortodôntico considerar a oclusão, mastigação e fonação, os pacientes buscam o tratamento ortodôntico não só por problemas funcionais, mas também pelo desejo de ter uma melhor aparência física (MOURA et al., 2013; GAVRIC et al. 2015).

Muitas influências existem durante a adolescência que moldam o desenvolvimento físico e psíquico do indivíduo, podendo produzir efeitos na interação social e diminuição na qualidade de vida (VOELKER et al., 2015). A aparência física é um importante fator na interação social (GAVRIC et al. 2015). Sendo a estética facial parte da aparência física, esta pode afetar a forma como as pessoas são percebidas pela sociedade e como elas percebem a si mesmas (VOELKER et al., 2015).

A adolescência é um período em que se desenvolve grande parte das potencialidades humanas, o impacto psíquico que incide nessa época pode ser responsável por consequências à adesão a um tratamento (APERS et al., 2013; BRAUN-LEWENSOHN et al., 2017). Logo, é importante que a assistência ortodôntica seja pensada de forma a oferecer não apenas a correção de desvios anatômicos com base em exames radiológicos e análises cefalométricas, mas que haja uma abordagem biopsicossocial do indivíduo. Para Moura et al. (2013) é justamente nesta fase da vida que há grande preocupação com a aparência dentária e facial, havendo maior busca pelo tratamento ortodôntico.

No Brasil, dados do último levantamento nacional de saúde bucal apontaram uma alta prevalência de maloclusões em adolescentes, com uma magnitude em torno de 35%, (SB BRASIL, 2010), e apesar disso, desconhece-se a existência de estudos de âmbito nacional e internacional que tenham investigado a associação entre maloclusões determinadas por critérios clínicos e sua relação com o senso de coerência do indivíduo.

O Senso de Coerência (SOC) é definido como uma orientação global do indivíduo, que expressa um forte sentimento de confiança de uma pessoa em relação aos ambientes internos e externos, encarando-os como previsíveis e manejáveis (ANTONOVSKY, 1987). Esse constructo tenta explicar o porquê de alguns indivíduos permanecerem saudáveis face a situações estressantes e outros adoecerem (BOMAN et al., 2012). Dessa forma, o SOC refere-se à capacidade do indivíduo em aplicar esses recursos no sistema social, ambiente físico e no interior do próprio organismo como forma de adaptação a uma situação de adversidade (COUTINHO; HEIMER, 2014).

A adolescência é um período crucial na formação do senso de coerência (APERS et al., 2013), já que ocorrem várias mudanças fisiológicas e cognitivas, enquanto os indivíduos são confrontados com tarefas e desafios de desenvolvimento (BRAUN-LEWENSOHN et al., 2017). Pode-se afirmar, então, que o estudo sobre a importância do SOC face a esses indivíduos é primordial (BRAUN-LEWENSOHN; SAGY, 2011).

Embora o impacto estético da maloclusão influencie muito o desenvolvimento biopsicossocial de um indivíduo, pouca atenção foi dada à sua associação com valores normativos de necessidades de tratamento (ALMEIDA et al., 2014). Assim, o presente estudo é pioneiro na avaliação entre o senso de coerência e a adesão ao tratamento ortodôntico em adolescentes.

5.4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal com adolescentes de 14 a 19 anos de idade, de ambos os sexos, matriculados nas 11 escolas da rede pública do município de São Lourenço da Mata – Pernambuco. De acordo com o *site* oficial da Prefeitura (2018), o município está localizado na Região Metropolitana, a 18 km do Recife, e tem 92% da população residente em zona urbana.

A população de adolescentes das escolas totalizou 1.418 adolescentes, porém foram examinados 1.153 alunos representando 80% do poder amostral. Para o cálculo do tamanho da amostra foi utilizada a fórmula de comparação de duas proporções, relação de 1:1 nos grupos de comparação, com um poder de teste de 80% para detectar diferenças quando uma *Odds Ratio* de 1.5 for observada, com um erro aleatório de 2,5% e um Intervalo de Confiança (IC) de 95%. Foram excluídos da amostra: a) adolescentes portadores de déficit cognitivo que os impossibilitassem de responder os questionários e/ou que apresentassem dificuldade na realização do exame clínico, b) questionários com menos que 50% de preenchimento por

parte dos adolescentes. Destes adolescentes, apenas 26 % faziam uso do aparelho ortodôntico, ou seja, 301 adolescentes, os quais formaram a amostra deste estudo.

Cada escola contribuiu para a amostra de forma proporcional ao número de matriculados na idade da pesquisa, estabelecendo-se desta forma um coeficiente de proporcionalidade. A seleção se deu a partir da lista nominal dos alunos, fornecidas pelas escolas, a partir do primeiro nome da lista, alternando-se um adolescente selecionado com um não selecionado.

A coleta de dados foi realizada diariamente, no período de agosto a dezembro de 2014, através de dados não clínicos constantes em um questionário autoaplicável e de um exame clínico intrabucal.

Na ocasião, os adolescentes preenchem um formulário com perguntas fechadas e pré-codificadas sobre aspectos comportamentais, relativos à atenção à saúde do adolescente e a dados sociodemográficos e econômicos. A aplicação do questionário foi realizada em grupos de alunos, após prévia explicação dos objetivos e métodos do estudo, sendo retiradas todas as dúvidas que surgissem no momento da pesquisa. Neste questionário, foi acrescida a ficha clínica contendo o DAI para registro do estado oclusal dos adolescentes.

Para a avaliação do constructo SOC foi utilizado o questionário de Antonovsky (1987) em sua versão adaptada para a língua portuguesa; sendo empregada a versão curta da escala Sense of Coherence 13 (SOC-13) que foi validada no Brasil por Freire et al. (1999).

Durante o preenchimento do questionário, foi solicitado aos indivíduos pesquisados selecionarem uma resposta sobre uma escala tipo Likert de sete pontos que possui duas frases, cada uma ancorada a resposta em cada extremo. Cada item da escala corresponde a um dos três elementos do constructo. Na versão mais longa da escala senso de coerência (SOC-29) existem 11 itens relativos à compreensão, 10 relacionados à capacidade de manejo e 8 relativos à habilidade de dar sentido emocional. A versão mais curta dessa escala (SOC-13), a qual foi usada nesta pesquisa, contém 13 itens. Os itens 05, 08, 10, 12 e 13 são referentes à compreensão. Já os itens 04, 07, 09 e 11 dizem respeito à capacidade de manejo e os demais (01, 02, 03 e 06), à habilidade de conferir sentido emocional.

O escore do SOC é obtido através do somatório dos 13 itens. Quanto maior o escore, mais forte é o senso de coerência (ERIKSSON, LINDSTROM, 2007). O intervalo possível de pontuação varia de 13 a 91.

Em seguida, foram realizados os exames clínicos intrabucais em ambiente escolar, sob luz natural indireta e/ou luz artificial, com o adolescente e o examinador sentados frente a frente. O material utilizado para o exame clínico foi composto por espelho plano bucal,

espátula de madeira e gaze. Os pesquisadores realizaram os exames trajando roupas adequadas e os equipamentos de proteção individual (EPI's). Foram observados os padrões de biossegurança, tanto para o controle de infecção quanto para a eliminação de resíduos; assim os instrumentos utilizados para auxiliar no exame visual e tátil eram diariamente esterilizados, conforme as normas de biossegurança do Ministério da Saúde (RDC N° 15, 2012).

Estes exames clínicos foram realizados por três cirurgiões-dentistas auxiliados por três anotadores. Os examinadores participaram de um treinamento e calibração e apresentaram um nível forte de concordância (Kappa = 0,930). Os procedimentos de calibração, coleta de dados e exame clínico seguiram a metodologia proposta pelo levantamento nacional de saúde bucal (RONCALLI et al., 2012). Neste levantamento, o estado oclusal dos adolescentes foi registrado seguindo a classificação da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal realizada no ano de 2010 na qual o registro era feito através do Índice de Estética Dental (DAI) preconizado pela OMS (1997). O DAI leva em consideração dez diferentes critérios que recebem pesos específicos, a saber: perda de dentes incisivos, caninos ou pré-molares (peso 6), apinhamento ou espaçamento dentário no seguimento incisal (peso 1 cada), diastema (peso 3), irregularidade da maxila ou mandíbula no segmento anterior (peso 1 cada), *overjet* maxilar ou mandibular (peso 4), mordida aberta (peso 4) e relação ântero-posterior de molar (peso 3). O resultado é obtido através da soma dos escores de cada característica encontrada e adicionada uma constante cujo valor é igual a 13. Esta somatória origina uma classificação que identifica a necessidade de tratamento ortodôntico dos indivíduos determinada pela gravidade das maloclusões presentes, a qual está descrita no Quadro2.

Quadro 2 - Distribuição dos valores do DAI

Severidade da oclusopatia	Indicação de tratamento	Valor do DAI
Sem anormalidades ou oclusopatias leves	Sem necessidade ou necessidade leve	≤ 25
Oclusopatia definida	Eletivo	26-30
Oclusopatia severa	Altamente desejável	31-35
Oclusopatia muito severa ou incapacitante	Fundamental	≥ 36

Fonte: Manuely Pereira de Moraes Santos Campos (2018).

A adesão ao tratamento ortodôntico foi definida pela combinação entre as variáveis: ter maloclusão, ter acesso ao aparelho ortodôntico, aquisição do aparelho ortodôntico com profissional habilitado e manutenção periódica do aparelho ortodôntico (visita ao cirurgião-

dentista para a manutenção do aparelho com intervalo de, no máximo, 2 meses).

Os dados coletados foram analisados a partir de um banco de dados construído no programa EPI INFO, versão 3.5.2, onde foi realizada a validação do banco (dupla digitação, comparação e correção dos erros) e depois exportado ao *software* SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 18, onde foi realizada a análise. Esta foi feita em duas etapas: uma descritiva e outra analítica.

Realizou-se análise de regressão logística multivariada para verificar o efeito ajustado das variáveis explanatórias na adesão ao tratamento ortodôntico. As variáveis que apresentaram significância estatística com valor de $p \leq 0,20$ nas análises bivariadas foram selecionadas para serem introduzidas na análise de regressão logística multivariada.

A medida de associação utilizada foi a *Odds Ratio* (OR), com seus respectivos intervalos de confiança de 95%. A categoria de referência selecionada para estimar a OR não ajustada e ajustada foi aquela que apresentasse menor risco à adesão ao tratamento ortodôntico. O teste de significância empregado foi o do qui-quadrado, tomando-se o valor de $p \leq 0,05$ como estatisticamente significativo.

A pesquisa foi conduzida de acordo com os princípios éticos, em consonância com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, após ser aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco, conforme parecer CAAE nº 48506115.4.0000.5208.

Todos participantes e seus responsáveis legais (no caso dos adolescentes menores de 18 anos) foram informados sobre os objetivos da pesquisa e participaram mediante assinatura de Termo de Assentimento Livre e Esclarecido e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

5.5 RESULTADOS

A amostra foi composta por 301 adolescentes que faziam uso de aparelho ortodôntico, com predominância do sexo feminino, idade maior ou igual a 16 anos e da cor parda. Mais da metade das famílias possuíam estrutura familiar nuclear (composta por pai, mãe e irmãos), 88,7% possuíam casa própria e 94,2%, acesso a serviços como abastecimento de água, coleta de lixo e luz com registro próprio. Observou-se também que 47,1% dos adolescentes possuíam reprovação no histórico escolar. Em relação à escolaridade materna, apenas 26,9% das mães possuíam ensino superior (Tabela 4).

Tabela 4 - Associação entre características sociodemográficas e adesão ao tratamento ortodôntico em adolescentes escolares, São Lourenço da Mata-PE, Brasil, 2014

	N	%	Adesão ao tratamento		p-valor
			Ortodôntico		
			Sim(%)	Não(%)	
Sexo					
Masculino	119	39,9	88(73,9)	31(26,1)	0,009 ¹
Feminino	179	60,1	154(86,0)	25(14,0)	
Idade					
<16 anos	143	48,0	122(85,3)	21(14,7)	0,081 ¹
≥16 anos	155	52,0	120(77,4)	35(22,0)	
Raça					
Branca	74	24,8	64(86,5)	10(13,5)	0,161 ²
Preta	31	10,4	22(71,0)	9(29,0)	
Parda	165	55,4	136(82,4)	29(17,6)	
Amarela	8	2,7	5(62,5)	3(37,5)	
Indígena	20	6,7	15(75,0)	5(25,0)	
Atraso escolar					
Sim	139	47,1	107(77,0)	32(23,0)	0,068 ¹
Não	156	52,9	133(85,3)	23(14,7)	
Escolaridade materna					
Analfabeta	4	1,7	3(75,0)	1(25,0)	0,924 ²
Ensino fundamental	121	51,7	99(81,8)	22(18,2)	
Ensino médio	46	19,7	37(80,4)	9(19,6)	
Ensino superior	63	26,9	52(82,5)	11(17,5)	
Estrutura familiar					
Nuclear padrão	178	59,7	141(79,2)	37(20,8)	0,283 ¹
Não padrão	120	40,3	101(84,2)	109(15,8)	
Pessoas por cômodos					
< 1 pessoa	220	78,6	183(83,2)	37(16,8)	0,385 ¹
≥ 1 pessoa	60	21,4	47(78,3)	13(21,7)	
Posse da moradia					
Própria	259	88,7	213(82,2)	46(17,8)	0,188 ¹
Não própria	33	11,3	24(72,7)	9(27,3)	
Acesso a serviços públicos (água, energia e lixo)					
Sim	276	94,2	223(80,8)	53(19,2)	0,748 ²
Não	17	5,8	15(88,2)	2(11,8)	
Acesso a bens de consumo					

Sim	281	94,3	228(81,1)	53(18,9)	1,000 ²
Não	17	5,7	14(82,4)	3(17,6)	
SES					
Alto	95	39,9	78(82,1)	17(17,9)	0,770 ¹
Intermediário	98	41,2	81(82,7)	17(17,3)	
Baixo	45	18,9	35(77,8)	10(22,2)	

(1): Através do Teste Qui-quadrado de Pearson. (2): Através do teste Exato de Fisher.

Fonte: Manuely Pereira de Moraes Santos Campos (2018).

Neste estudo, 242 adolescentes aderiram ao tratamento ortodôntico, assim a prevalência da adesão ao tratamento ortodôntico foi de 81,2%. O teste de independência entre as características sociodemográficas e a adesão ao tratamento ortodôntico foi significativo apenas para o sexo demonstrando que esse fator é determinante à adesão dos alunos ao tratamento ortodôntico (Tabela 4).

Observou-se um maior percentual de adolescentes com características comportamentais adequadas – não fumantes (99,0%), não consumidores de bebida alcoólica (93,9%), praticantes de alguma atividade religiosa (65,5%) e realiza escovação dentária diária (98,3%). Ainda foi verificado que a maioria dos adolescentes relatou estar satisfeito com a aparência bucal (99,0%) e considera importante ter uma boa saúde bucal no convívio com os amigos da escola (98,6%). Observou-se também que a maioria dos adolescentes deste grupo, embora não tenha sido encontrada associação estatisticamente significativa, aderiram mais ao tratamento ortodôntico (Tabela 5).

A maioria dos adolescentes relatou que a melhora da aparência facial foi o principal motivo da busca ao tratamento ortodôntico (74,2%), e destes 84,0% aderiram ao tratamento ortodôntico havendo uma associação significativa entre essas variáveis. No entanto ao sofrer influência do sexo e do uso apropriado dos recursos essenciais de higiene bucal (escova, creme e fio dental) essa associação perdeu a significância.

Ainda de acordo com a tabela 5, pode-se observar que a maioria dos adolescentes possuía um baixo senso de coerência (71,4%). Porém, observou-se que a maior prevalência entre os adolescentes que aderiram ao tratamento ortodôntico foi constatada naqueles que tiveram um alto SOC (84,7%). Contudo, não foi observada uma associação estatisticamente significativa.

Tabela 5 - Avaliação do comportamento, fatores psicossociais e de saúde bucal na adesão ao tratamento ortodôntico em adolescentes escolares, São Lourenço da Mata-PE, Brasil, 2014

	N	%	Adesão ao tratamento ortodôntico		p-valor
			Sim(%)	Não(%)	
Fumo					
Sim	3	1,0	1(33,3)	2(66,7)	0,092 ²
Não	294	99,0	240(81,6)	54(18,4)	
Bebida alcoólica					
Sim	18	6,1	15(83,3)	3(16,7)	1,000 ²
Não	279	93,9	226(81,0)	53(19,0)	
Escovação dentária					
Sim	288	98,3	235(81,6)	53(18,4)	1,000 ²
Não	5	1,7	4(80,0)	1(20,0)	
Uso de recursos na higiene bucal					
Sim	167	56,0	145(86,8)	22(13,2)	0,005¹
Não	131	44,0	97(74,0)	34(26,0)	
Motivo da busca ao tratamento					
Melhorar a aparência	219	74,2	184(84,0)	35(16,0)	<0,001
Problema funcional	62	21,0	52(83,9)	10(16,1)	
Devido à moda	14	4,7	4(28,6)	10(71,4)	
Satisfação da aparência bucal					
Sim	294	99,0	240(81,6)	54(18,4)	0,092 ²
Não	3	1,0	1(33,3)	2(66,7)	
Importância da saúde bucal no convívio com amigos					
Sim	292	98,6	238(81,5)	54(18,5)	0,163 ²
Não	4	1,4	2(50,0)	2(50,0)	
SOC					
Baixo	212	71,4	169(79,7)	43(20,3)	0,320 ¹
Alto	85	28,6	72(84,7)	13(15,3)	

(1): Através do Teste Qui-quadrado de Pearson. (2): Através do Teste Exato de Fisher.
Fonte: Manuelly Pereira de Moraes Santos Campos (2018).

A tabela 6 mostra que o grupo de alunos do sexo feminino possui 2 vezes mais chance para aderir ao tratamento ortodôntico quando comparado com o grupo masculino (IC95%: 1,12-3,63). Nesta, ainda se pode observar que apesar de não ter sido encontrada associação estatisticamente significativa entre o senso de coerência e a adesão ao tratamento ortodôntico,

na análise multivariada, os adolescentes com alto senso de coerência apresentam 38% mais chance de aderirem ao tratamento ortodôntico (IC_{95%}: 0,69-2,77).

Tabela 6 - Análise multivariada por regressão logística dos fatores associados à adesão ao tratamento ortodôntico em adolescentes escolares, São Lourenço da Mata-PE, Brasil, 2014

Fator avaliado	N	n	Adesão ao tratamento ortodôntico				
			OR	p-valor	OR	IC 95%	p-valor
			Bruta		Ajustada		
<u>Modelo Final</u>							
Sexo							
Masculino	119	88	1,00	0,009¹	1,00		- -
Feminino	179	154	2,17		2,02	1,12 - 3,63	0,019
Uso de recursos na higiene bucal							
Sim	167	145	2,31	0,005¹	2,10	1,16 – 3,80	0,015
Não	131	97	1,00		1,00	-	-
SOC							
Baixo	212	169	1,00	0,320¹	1,00	-	-
Alto	85	72	1,41		1,38	0,69 – 2,77	0,369

p-v(1) P* da estatística de Wald (se p-valor < 0,05, o nível avaliado possui risco significativamente maior para a adesão ao tratamento ortodôntico).

Fonte: Manuely Pereira de Moraes Santos Campos (2018).

Ao se analisar o uso de recursos essenciais na higiene bucal, a tabela 6 revela que os adolescentes que fazem o uso de escova, creme e fio dental também apresentam 2 vezes mais chance de aderir ao tratamento ortodôntico (OR= 2,10; IC_{95%}: 1,16-3,80).

A análise multivariada revelou que o sexo e o uso de recursos essenciais empregados na higiene bucal do adolescente são fatores interdependentes na determinação da adesão ao tratamento ortodôntico dos adolescentes analisados neste estudo.

5.6 DISCUSSÃO

Os resultados desta pesquisa revelam que os fatores relacionados ao sexo do indivíduo e o uso de recursos essenciais na higiene bucal (escova, creme e fio dental) estão associados à adesão ao tratamento ortodôntico em adolescentes, independente do senso de coerência. Torna-se importante, então, discutir a adesão ao tratamento ortodôntico nesta fase de vida, com a avaliação não apenas de fatores funcionais, mas de fatores psicossociais e biológicos.

Embora o senso de coerência e a adesão ao tratamento ortodôntico não tenham sido associados estatisticamente, percebe-se que aqueles adolescentes com alto SOC apresentaram 1,38 vezes mais chance de aderir ao tratamento ortodôntico. O senso de coerência tem sido associado a melhores buscas por tratamento, no entanto, é razoável supor que a amostra deste estudo, embora representativa numericamente e de escola pública, apresenta gradientes sociais, ou seja, não é homogênea em relação ao nível socioeconômico. Talvez esse fato poderia explicar a não significância na associação estatística.

Esta pesquisa é pioneira na avaliação entre o SOC e a adesão ao tratamento ortodôntico. Sabe-se que o SOC influencia os hábitos que interferem diretamente na saúde e os comportamentos adaptativos que podem minimizar a gravidade da doença (BOMAN et al., 2012). Entretanto, existem alguns fatores sociais e estruturais que contribuem para a percepção da saúde entre os adolescentes, como padrão socioeconômico, cultura, gênero e experiência de vida (COUTINHO; HEIMER, 2014). De acordo com Vetorre et al. (2012), os adolescentes, tal qual a população em geral, comportam-se não apenas movidos por suas capacidades e escolhas individuais, mas também são condicionados por determinantes sociais, tais como renda e educação, capazes de definir gradientes e retratar iniquidades em saúde geral e bucal. Segundo esses autores, estudos baseados em teorias psicológicas, cognitivas e comportamentais não são tão efetivos para adolescentes, que estão em estágios diferentes de desenvolvimento de suas capacidades.

Neste estudo, encontramos associação estatisticamente significativa entre o sexo feminino e a adesão ao tratamento ortodôntico. Os resultados encontrados estão em concordância com os da literatura (MANTEUFFEL et al., 2014; FREITAS et al., 2015) que apontam maior prevalência de mulheres aderentes a um tratamento de saúde, em relação aos homens. Isso pode ser explicado porque geralmente as mulheres estão mais preocupadas com a estética e a saúde, e são mais propensas a procurar atendimento preventivo (FREITAS et al., 2015). Pode-se observar que, historicamente, nas mulheres sempre houve maior busca por um tratamento de saúde do que nos homens, ao se observar as políticas de saúde, percebe-se também que estas surgiram primeiramente para mulheres que para os homens. No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX; e em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (BRASIL, 2004); já a política de saúde do homem só ganhou autonomia em 2008 com a PNAISH - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (BRASIL, 2009).

A análise de regressão logística revelou que não houve associação estatisticamente

significativa entre o senso de coerência e a adesão ao tratamento ortodôntico, mesmo quando ajustado no modelo de comportamentos, fatores biológicos e socioeconômicos demonstrando que o SOC não media a relação entre status socioeconômico e as condições biológicas.

O termo adesão a um tratamento envolve aspectos referentes ao sistema de saúde, fatores socioeconômicos, além de aspectos relacionados ao tratamento, paciente e à própria doença. A adesão é um fenômeno multidimensional determinado pela interação desses cinco fatores, denominados como “dimensões”, no qual os fatores relacionados ao paciente são apenas um determinante (WHO, 2003). Assim, a opinião comum de que os pacientes são unicamente responsáveis por seguir seu tratamento é enganadora e reflete o equívoco mais comum de como outros fatores afetam o comportamento e a capacidade da pessoa aderir a seu tratamento (GUSMAO, 2006).

Os adolescentes com maior status socioeconômico também apresentaram maiores valores de SOC que aqueles com status socioeconômico baixo. Sendo assim, sugere-se que estes adolescentes tem maior facilidade em lidar com os fatores estressores. O SOC tem sido considerado um preditor psicossocial, embora a associação com problemas bucais ainda não esteja bem elucidada (BAKER et al., 2010). Sugere-se que adolescentes com maior status socioeconômico teriam maior acesso ao tratamento ortodôntico e continuação de seu tratamento com a realização periódica da manutenção deste aparelho. Isso pode explicar a maior adesão ao tratamento ortodôntico nesse grupo, embora não tenha sido encontrada associação estatisticamente significativa. Alguns autores (FREIRE; SHEIHAM; HARDY, 2001) demonstraram a relação de doenças como a cárie dentária com fatores socioeconômicos. Seus resultados apontam que as condições de vida das populações influenciam diretamente a motivação dos indivíduos para a adoção dos comportamentos adequados à manutenção da saúde bucal.

Como todo estudo transversal, este apresenta a limitação de não estabelecer uma relação causal. Todavia, para obtenção de informações mais consistentes sobre a influência do SOC sobre a adesão ao tratamento ortodôntico, são necessárias novas pesquisas com desenhos caso-controle e longitudinais. Ainda deve-se ressaltar que, o uso de diferentes escalas de SOC, desigual definição das variáveis dependentes e variadas formas de análise dos estudos dificulta a comparação dos resultados. Sendo assim, faz-se necessária a investigação destas variáveis em outros desenhos de estudo para validar os achados deste estudo e comprovar o quão esta variável psicossocial pode influenciar na adesão ao tratamento ortodôntico.

Outro fator limitante deste estudo é o questionário utilizado ter sido autoaplicado, o que pode gerar erros de aferição por sub-relato ou mesmo dificuldades na compreensão das

questões pelos adolescentes.

Entretanto, este estudo traz uma nova abordagem sobre os fatores associados à adesão ao tratamento ortodôntico em adolescentes e com variáveis pouco exploradas na literatura. Já que lança luz a refletir sobre a influência de um fator psicossocial sobre a adesão a um tratamento de saúde bucal.

5.7 CONCLUSÃO

A adesão ao tratamento ortodôntico não foi influenciada pelo senso de coerência do adolescente. Entretanto, foi mais frequente entre os adolescentes do sexo feminino e com maior cuidado com a saúde bucal, através do emprego de recursos essenciais de higiene bucal.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este estudo, percebe-se que o fator determinante para o acesso de um adolescente ao tratamento ortodôntico, assim como aderir ao mesmo não é apenas a presença de uma maloclusão. Há interferência de sua condição socioeconômica, do sexo e do cuidado com a saúde bucal. É interessante perceber que embora as estratégias de saúde bucal desenvolvidas pelo SUS tenham trazido resultados positivos para muitos brasileiros, as desigualdades sociodemográficas persistem. Dessa forma, ainda há necessidade de melhorar o acesso ao tratamento ortodôntico, já que as maloclusões podem representar uma desvantagem social e impactar na interação social e qualidade de vida desses adolescentes.

A análise de regressão logística revelou que não houve associação estatisticamente significativa entre o senso de coerência e a adesão ao tratamento ortodôntico, mesmo quando ajustado no modelo de comportamentos, fatores biológicos e socioeconômicos, demonstrando que o SOC não media a relação entre status socioeconômico e as condições biológicas.

Assim, este estudo evidencia um aspecto pouco explorado na literatura segundo o qual o sexo e o uso de recursos essenciais na higiene bucal estão associados à adesão ao tratamento ortodôntico.

Destaca-se também a importância da interface entre as diversas áreas de conhecimento e a integralidade das ações, através de uma abordagem multidisciplinar, em busca de um entendimento amplo das maloclusões. Dessa forma, percebe-se que as ações em equipe são fundamentais e devem transcender a dimensão meramente técnica, com vistas a contribuir mais estreitamente com as necessidades funcionais, estéticas e psicológicas; e assim auxiliar também na melhoria da qualidade de vida do adolescente.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. B. et al. Dissatisfaction with dentofacial appearance and the normative need for orthodontic treatment: determinant factors. **Dental Press J Orthod**, v. 19, n. 3, p. 120-126, 2014.
- ALVES, R. **A alegria de ensinar**. 9. ed. Campinas: Papirus, 2005.
- ANDIAPPAN, M. et al. Malocclusion, orthodontic treatment, and the Oral Health Impact Profile (OHIP-14) Systematic review and meta-analysis. **Angle Orthodontist**, 2014.
- ANTONOVSKY, A. **Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well**. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1987.
- ANTONOVSKY, H.; SAGY, S. The development of a sense of coherence and its impact on responses to stress situations. **The Journal of Social Psychology**, v. 126, n. 2, p. 213-225, 1986.
- APERS, S. et al. Sense of coherence is a predictor of perceived health in adolescents with congenital heart disease: A cross-lagged prospective study. **Int J Nurs Stud**, v. 50, p. 776-785, 2013.
- ATASSI, F.; AWARTANI, F. Oral hygiene status among orthodontic patients. **J Contemp Dent Pract**, v.11, p. 25-3, 2010.
- AYO-YUSUF, O. A.; REDDY, P. S.; VAN DEN BORNE, B. W. Longitudinal association of adolescents' sense of coherence with tooth-brushing using an integrated behaviour change model. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 37, p. 68-77, 2009.
- BAETS, E. et al. Impact of self-esteem on the relationship between orthodontic treatment need and oral health-related quality of life in 11- to 16-year-old children. **European Journal of Orthodontics**, v. 34, p. 731-737, 2012.
- BADRAN, S. A. The effect of malocclusion and self-perceived aesthetics on the self-esteem of a sample of Jordanian adolescents. **European Journal of Orthodontics**, v. 32, p. 638-644, 2010.
- BAKER SR, MAT A, ROBINSON, PG. What psychosocial factors influence adolescents' oral health? **J Dent Res**, v. 89, p. 1230-1235, 2010.
- BELLOT-ARCIS, C.; MONTIEL-COMPANY, J.M.; ALMERICH-SILLA, J. M. Psychosocial impact of malocclusion in Spanish adolescents. **Korean J Orthod**, v.43, n.4, p.193-200, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2010: condições de saúde bucal da população brasileira 2009-2010: resultados principais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da família: passo a passo das ações do departamento de atenção básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Plano de Ação Nacional 2009-2011 da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRAUN-LEWENSOHN, O; SAGY, S. Salutogenesis and culture: Personal and community sense of coherence among adolescents belonging to three different cultural groups. **International Review of Psychiatry**, v. 23, n. 6, p. 533-541, 2011.

BRAUN-LEWENSOHN, O. et al. Salutogenesis: Sense of Coherence in Adolescence. **Springer**, v.14, p. 123-135, 2017.

BERNABEA, E.; FLORES-MIRB, C. Influence of anterior occlusal characteristics on self-perceived dental appearance in young adults. **Angle Orthodontist**, v.77, n. 5, p. 831-836, 2007.

BOMAN, U. W. et al. Oral health-related quality of life, sense of coherence and dental anxiety: An epidemiological cross-sectional study of middle-aged women. **BMC Oral Health**, v. 12, p. 14, 2012.

BORGES, C. M.; PERES, M. A.; PERES, K. G. Associação entre presença de oclusopatias e insatisfação com a aparência dos dentes e gengivas: estudo com adolescentes brasileiros. **Rev Bras Epidemiol**, v. 13, n. 4, p. 713-723, 2010.

CAMPOS, G. W. S.; GUERREIRO, A. V. P. (Org.). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada.** São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2010.

CARNUT L, Filgueiras LV, Figueiredo N, Goes PSA. Validação inicial do índice de necessidade de atenção à saúde bucal para as equipes de saúde bucal na estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3083-3091, 2011.

CARVALHO, R. W. F. et al. Aspectos psicossociais dos adolescentes de Aracaju (SE) relacionados à percepção de saúde bucal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, p. 1621-1628, 2011.

CARVALHO, F. S. et al Epidemiology of malocclusion in children and adolescents: a critic review. **RGO**, v. 62, n. 3, p. 253-260, 2014.

COUTINHO, V. M.; HEIMER, M.V. Senso de coerência e adolescência: uma revisão integrativa de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 819-827, 2014.

DEWAKE, N. et al Relationships among sense of coherence, oral health status, nutritional status and care need level of older adults according to path analysis. **Geriatrics & Gerontology International**, v. 17, n.11, p. 2083-2088, 2017.

DORRI, M. et al. The relationship between Sense of Coherence and toothbrushing behaviours

in Iranian adolescents in Mashhad. **J Clin Periodontol**, v. 37, p. 46-52, 2010.

ELFASSI, Y. et al. Community sense of coherence among adolescents as related to their involvement in risk behaviors. **Journal of Community Psychology**, v. 44, n.1, p. 22-37, 2016.

ERIKSSON, M.; LINDSTROM, B. Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. **J Epidemiol Community Health**, v. 59, n.6, p. 460-466, 2007.

FISHO, A. C. et al. Avaliação da higiene bucal em pacientes ortodônticos. **Ortodontia SPO**, v. 47, p. 421-431, 2014.

FLEISS, J. L. **Statistical methods for rates and proportions**. 2 ed. [S.l.]: Wiley-Interscience, 1981. p. 38-45.

FREIRE, M. C. M. **Oral health and sense of coherence: a study of Brazilian adolescents and their mothers**. (Thesis) - University Colloee London, London, England, 1999.

FREIRE, M.C.; SHEIHAM, A.; HARDY, R. Adolescents' sense of coherence, oral health status, and oral health-related behaviours. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 29, n. 3, p. 204-212, 2001.

FREITAS, J. S. S. et al. Necessidade de tratamento ortodôntico em adolescentes brasileiros: avaliação com base na saúde pública. **Rev Paul Pediatr**, v. 33, n. 2, p. 204-210, 2015.

GARCÍA-MOYA, I. et al Analysis of the importance of family in the development of sense of coherence during adolescence. **Scandinavian Journal of Public Health**, v. 40, p. 333-339, 2012.

GAVRIC, A. et al. Craniodentofacial characteristics, dental esthetics–related quality of life, and self-esteem. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, v.147, p. 711-718, 2015.

GOES, P. S. A. et al. The prevalence and severity of dental pain in 14-15 years old Brazilian schoolchildren. **Community Dental Health**, v. 24, p. 217-224, 2007.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAUJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, v.23, p. 565-574, 2007.

HART, J. T. The inverse care law. **Lancet**, p. 405- 412, 1971.

JAMIESON, L. M. et al. Oral health and social and emotional well-being in a birth cohort of Aboriginal Australian young adults. **BMC Public Health**, v. 11, p. 656, 2011.

KOJIMA, A. et al. Relationships between self-rated oral health, subjective symptoms, oral health behavior and clinical conditions in Japanese university students: a cross-sectional survey at Okayama University. **BMC Oral Health**, v. 13, n. 62, p. 1-7, 2013.

LACERDA, V. R.; PONTES, E. R. J. C.; QUEIROZ, C. L. Relação entre senso de coerência materno, condições socioeconômicas e percepção da saúde bucal. **Estudos de Psicologia**, v. 29, n. 2, p. 203-208, 2012.

LEVORATO, C.D. et al. A. A. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, v, 19, p.1263-1274, 2014.

LINDMARK, U.; M. HAKEBERG, M.; HUGOSON, A. Sense of coherence and its relationship with oral health-related behaviour and knowledge of and attitudes towards oral health. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 39, p. 542-553, 2011.

LIMA, A. C. S. et al. Abordagem de saúde bucal por ciclo de vida. In: Goes PSA, organizador. **Gestão da prática em Saúde Bucal**. São Paulo: Artes Médicas, p. 57- 83, 2014.

LUKEZ, A. et al. The unique contribution of elements of smile aesthetics to psychosocial well-being. **Journal of Oral Rehabilitation**, v. 42, p. 275-281, 2015.

MACIEL, S. M.; KORNIS, G. E. M. A ortodontia nas políticas públicas de saúde bucal: um exemplo de equidade na Universidade Federal de Juiz de Fora. **Rev. Saúde Coletiva**, v. 16, p. 59-81, 2006.

MANTEUFFEL, M. et al. Influence of Patient Sex and Gender on Medication Use, Adherence, and Prescribing Alignment with Guidelines. **Journal of Women's Health**, v. 23, p.112-119, 2014.

MARTIGNON, S. et al. Plaque, caries level and oral hygiene habits in young patients receiving orthodontic treatment. **Community Dent Health**, v. 27, p. 133-138, 2010.

MARSH, S.C. et al. Risk and protective factors predictive of sense of coherence during adolescence. **J Health Psychol**, v.12, n. 2, p. 281-284, 2007.

MATTILA, M. L. et al. Sense of coherence and health behaviour in adolescence. **Acta Paediatrica**, p. 1590-1595, 2011.

MOIMAZ, S. A. S. et al. Longitudinal study of habits leading to malocclusion development in childhood. **BMC Oral Health**, v. 14, n. 1, p. 96, 2014.

MOKSNES, U. K.; ESPNES, G. A.; LILLEFJELL, M. Sense of coherence and emotional health in adolescents. **Journal of Adolescence**, v. 35, p. 433-441, 2012.

MOURA, C. et al. Negative self-perception of smile associated with malocclusions among Brazilian adolescents. **European Journal of Orthodontics**, v. 35, p. 483-490, 2013.

MTAYA, M.; BRUDVIK, P.; ASTROM, A.N. Prevalence of malocclusion and its relationship with sociodemographic factors, dental caries, and oral hygiene in 12- to 14-year-old Tanzanian schoolchildren. **European Journal of Orthodontics**, v. 31, p. 467-476, 2009.

NALCADI, R. et al. The Relationship of Orthodontic Treatment Need with Periodontal Status, Dental Caries, and Sociodemographic Factors. **The ScientificWorld Journal**, p. 1-6, 2012.

NAMMONTRI, O.; ROBINSON, P. G.; BAKER, S. R. Enhancing oral health via sense of coherence: a cluster-randomized trial. **J Dent Res**, v. 92, n. 1, p. 26-31, 2013.

NAYAK, U. A.; WINNIER, J.; RUPESH S. The Relationship of Dental Aesthetic Index with

Dental Appearance, Smile and Desire for Orthodontic Correction. **International Journal of Clinical Pediatric Dentistry**, v.2, n.2, p. 6-12, 2009.

OKUNSERI, C. et al. Racial/Ethnic disparities in self-reported pediatric orthodontic visits in the United States. **Journal of public health dentistry**, v. 67, n. 4, p. 217-223, 2007.

PAIM, J. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **Lancet**, v. 377, p. 1778-1797, 2011.

PAULA JR, D. F. et al Effect of anterior teeth display during smiling on the self-perceived impacts of malocclusion in adolescents. **Angle Orthodontist**, v. 81, n. 3, p. 540-545, 2011.

PERES, K. G.; FRAZAO, P.; RONCALLI, A. G. Padrão epidemiológico das oclusopatias muito graves em adolescentes brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 3, p. 109-117, 2013.

PERILLO, L. et al. Orthodontic treatment need for adolescents in the Campania region: the malocclusion impact on self-concept. **Patient Preference and Adherence**, v. 8, p. 353-359, 2014.

PORTELA, G. Z. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, p. 255-276, 2017.

RONCALLI, A.G. et al. Aspectos metodológicos do Projeto SB Brasil 2010 de interesse para inquéritos nacionais de saúde. **Cad Saúde Pública**, v.28, n. 3, p. 40-57, 2012.

SARDENBERG, F. et al. Validity and reliability of the Brazilian version of the psychosocial impact of dental aesthetics questionnaire. **The European Journal of Orthodontics**, v. 33, n. 3, p. 270-275, 2011.

SÃO LOURENÇO DA MATA. Prefeitura Municipal de São Lourenço da Mata. **Apresentação do município de São Lourenço da Mata**. 2017. Disponível em: <<http://slm.pe.gov.br/a-prefeitura/sao-lourenco-da-mata/>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

SÃO LOURENÇO DA MATA. Prefeitura Municipal de São Lourenço da Mata. **Secretaria de Educação de São Lourenço da Mata**. Disponível em: <<http://slm.pe.gov.br/secretarias/educacao/>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

SILVEIRA, M.F. et al. Severity of malocclusion in adolescents: populational-based study in the north of Minas Gerais, Brazil. **Rev. Saúde Pública**, v. 50, p.1-10, 2016.

SPALJ, S. et al. Mediation and moderation effect of the big five personality traits on the relationship between self-perceived malocclusion and psychosocial impact of dental esthetics. **Angle Orthodontist**, v. 86, n. 3, p. 413-420, 2016.

SCHEFFEL, D. L. S. et al. Esthetic dental anomalies as motive for bullying in schoolchildren. **Eur J Dent**, v. 8, n.1, p.124-128, 2014.

TESCH, F. C.; OLIVEIRA, B. A.; LEÃO, A. Mensuração do impacto dos problemas bucais sobre a qualidade de vida de crianças: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad Saúde Pública**, v. 23, n.11, p. 2555-2564, 2007.

VOELKER, D.K.; REEL, J.J.; GREENLEAF, C. Weight status and body image perceptions in adolescents: current perspectives. **Adolescent Health, Medicine and Therapeutics**, v. 6, p.149-158, 2015.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA RESPONSÁVEL LEGAL PELO MENOR DE 18 ANOS - RESOLUÇÃO 466/12)

Solicitamos a sua autorização para convidar o (a) seu/sua filho (a) (ou menor que está sob sua responsabilidade) para participar, como voluntário (a), da pesquisa *“Associação entre saúde bucal e fatores psicossociais”*. Esta pesquisa é da responsabilidade do (a) pesquisador (a) Manuely Pereira de Moraes Santos, endereço Universidade Federal de Pernambuco, Departamento de Pós-Graduação em Odontologia - Av. Jorn. Aníbal Fernandes, Cidade Universitária, Recife, 50740-560. Fone: 81 998056130 – e-mail: manuelyp@hotmail.com e está sob a orientação de: Prof. Dr. Paulo Sávio Angeiras de Goes, Telefone: 81 991755763 - e-mail: psgoes@uol.com.br.

Este documento se chama Termo de Assentimento pode conter alguns tópicos que o/a senhor/a não entenda. Caso haja alguma dúvida, pergunte à pessoa a quem está lhe solicitando, para que o/a senhor/a esteja bem esclarecido (a) sobre tudo que será feito. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar que o (a) menor faça parte do estudo, rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa nem o (a) Sr.(a) nem o/a voluntário/a que está sob sua responsabilidade serão penalizados (as) de forma alguma. O (a) Senhor (a) tem o direito de retirar o consentimento da participação do (a) menor a qualquer tempo, sem qualquer penalidade. Esta pesquisa tem por objetivo avaliar a associação entre os fatores psicossociais na manifestação das doenças periodontais em adolescentes escolares da rede pública de São Lourenço da Mata - PE. Para a realização deste trabalho serão utilizados os seguintes métodos:

1 - O adolescente responderá um questionário com perguntas sobre sua identificação; seus hábitos de higiene bucal e de alimentação; uso de cigarro e álcool; sobre os serviços de dentista que usa; sobre o que ele faz em algumas situações com os dentes; sobre dor de dente que ele tenha sentido; sobre o que ele pensa a respeito da vizinhança e dos políticos; sobre como ele se vê e se sente; sobre sua satisfação/insatisfação com o corpo; sobre problemas que os dentes deles causaram na sua vida.

2- A boca do adolescente será examinada por um dentista, que verificará a saúde dos dentes e da gengiva.

Quanto aos riscos e desconfortos, estes se referem a algum constrangimento mínimo que pode ser gerado ao responder o questionário, ou a algum desconforto ou pequeno sangramento durante o exame da sua gengiva. Caso o adolescente venha a sentir algo dentro desses padrões, comunicar imediatamente ao pesquisador para que sejam tomadas as devidas providências.

O benefício direto será o exame clínico e os benefícios indiretos esperados com o resultado desta pesquisa serão o conhecimento das condições de saúde bucal e dos fatores psicossociais a elas associados, nos adolescentes escolares da cidade, o que poderá ajudar no planejamento das políticas de saúde e sociais do município. O adolescente também saberá, ao final do exame, como está a sua saúde bucal, e será encaminhado para tratamento nas Unidades de Saúde de São Lourenço da Mata, se houver necessidade.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a participação do/a voluntário (a). Os dados coletados nesta pesquisa (entrevistas) ficarão armazenados em (pastas de arquivo e computador pessoal), sob a responsabilidade do pesquisador, no endereço acima informado, pelo período de (mínimo 5 anos).

O (a) senhor (a) não pagará nada para ele/ela participar desta pesquisa. Se houver necessidade, as despesas para a participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento com transporte e alimentação). Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação do voluntário/a na pesquisa, conforme decisão judicial ou

extrajudicial.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – Prédio do CCS - 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600 Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).

Assinatura do pesquisador (a)

CONSENTIMENTO DO RESPONSÁVEL PARA A PARTICIPAÇÃO DO/A VOLUNTÁRIO

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, responsável por _____, autorizo a sua participação no estudo

“Associação entre saúde bucal e fatores psicossociais”, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da participação dele (a). Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade para mim ou para o (a) menor em questão.

Local Data: ____/____/____

Responsável

Presenciamos a solicitação de assentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do/a voluntário/a em participar. 02 testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: Assinatura:

Nome: Assinatura:

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA MAIORES DE 18 ANOS- RESOLUÇÃO 466/12)

Convidamos você, para participar como voluntário (a) da pesquisa: “*Associação entre saúde bucal e fatores psicossociais*”. Esta pesquisa é da responsabilidade do (a) pesquisador (a) Manuely Pereira de Moraes Santos Campos, com endereço Universidade Federal de Pernambuco, Departamento de Pós-Graduação em Odontologia - Av. Jorn. Aníbal Fernandes, Cidade Universitária, Recife, 50740-

560. Fone: 81 998056130 – e-mail: manuelyp@hotmail.com e está sob a orientação de: Prof. Dr. Paulo Sávio Angeiras de Goes, Telefone: 8191755763 - e-mail: psgoes@uol.com.br.

Este Termo de Consentimento pode conter alguns tópicos que o/a senhor/a não entenda. Caso haja alguma dúvida, pergunte à pessoa a quem está lhe entrevistando, para que o/a senhor/a esteja bem esclarecido (a) sobre tudo que está respondendo. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, caso aceite em fazer parte do estudo, rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa o (a) Sr.

(a) não será penalizado (a) de forma alguma. Também garantimos que o (a) Senhor (a) tem o direito de retirar o consentimento da sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalidade.

1 - O adolescente responderá um questionário com perguntas sobre sua identificação; seus hábitos de higiene bucal e de alimentação; uso de cigarro e álcool; sobre os serviços de dentista que usa; sobre o que ele faz em algumas situações com os dentes; sobre dor de dente que ele tenha sentido; sobre o que ele pensa a respeito da vizinhança e dos políticos; sobre como ele se vê e se sente; sobre sua satisfação/insatisfação com o corpo; sobre problemas que os dentes deles causaram na sua vida.

2 - A boca do adolescente será examinada por um dentista, que verificará a saúde dos seus dentes e gengivas.

Ao final da pesquisa, a folha com a identificação do adolescente será destacada do restante do questionário e da ficha de exame, não ficando seus dados associados às suas respostas nem ao seu exame, não restando nada que venha a comprometer-lo agora ou futuramente.

Quanto aos riscos e desconfortos, estes se referem a algum constrangimento mínimo que pode ser gerado ao responder o questionário, ou a algum desconforto ou pequeno sangramento durante o exame da sua gengiva.

Caso o adolescente venha a sentir algo dentro desses padrões, comunicar imediatamente ao pesquisador para que sejam tomadas as devidas providências.

O benefício direto será o exame clínico e os benefícios indiretos esperados com o resultado desta pesquisa serão o conhecimento das condições de saúde bucal e dos fatores psicossociais a elas associados, nos adolescentes escolares da cidade, o que poderá ajudar no planejamento das políticas de saúde e sociais do município. O adolescente também saberá, ao final do exame, como está a sua saúde bucal, e será encaminhado para tratamento nas Unidades de Saúde de São Lourenço da Mata, se houver necessidade.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a participação do/a voluntário (a). Os dados coletados nesta pesquisa (entrevistas) ficarão armazenados em (pastas de arquivo e computador pessoal), sob a responsabilidade do pesquisador, no endereço acima informado, pelo período de (mínimo 5 anos).

O (a) senhor (a) não pagará nada para ele/ela participar desta pesquisa. Se houver necessidade, as despesas para a participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento com transporte e alimentação). Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação do voluntário/a na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – Prédio do CCS - 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600 Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).

Assinatura do pesquisador (a)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DO/A VOLUNTÁRIO

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo *“Associação entre saúde bucal e fatores psicossociais”*, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da participação dele (a). Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade para mim ou para o (a) menor em questão.

Local Data: ____/____/____

Assinatura do participante

Presenciamos a solicitação de assentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do/a voluntário/a em participar. 02 testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: Assinatura

Nome: Assinatura:

APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE COLETA

Pesquisa: **Influência do senso de coerência na adesão ao tratamento ortodôntico em adolescentes escolares.**

Doutorado em Odontologia -UFPE

Pesquisador Responsável: Manuely Pereira de Moraes Santos Campos



Gostaríamos de pedir licença e um pouco do seu tempo para que possa responder algumas questões abaixo. Cada questão consta de alternativas claras, objetivas e bastante simples que devem ser marcadas com (x). Algumas delas, poderão ser marcadas mais de uma alternativa. Qualquer dúvida, favor perguntar a um dos nossos pesquisadores. Desde já, agradecemos sua participação.

IDENTIFICAÇÃO – Todos os dados utilizados abaixo são confidenciais e serão utilizados somente para fins de pesquisa.

Número do questionário: _____ Data da entrevista: ____/____/____

Nome do entrevistado: _____

Endereço:

Ponto de referência:

Telefones: () _____ () _____

Nome da mãe:

Responsável:

A) Dados Sociodemográficos

01) Qual o seu sexo?

- (1) Masculino (2) Feminino

SEXO

☐

02) Data de Nascimento: ____/____/____

Qual sua idade atual? Caso, não tenha nenhuma das idades abaixo, favor não marcar.

- (1) 15 anos (4) 18 anos
(2) 16 anos (5) 19 anos
(3) 17 anos

IDAD

☐

03) Qual sua cor ou raça?

- (1) Branca (4) Amarela
(2) Preta (5) Indígena
(3) Parda

RACA

☐

04) Qual sua série/ano atual na escola? _____

ANOESC

05) Você já foi reprovado?

- (1) Sim
(2) Não
(3) Algumas vezes

REPROV

☐

06) Com quem você mora? Pode marcar mais de uma alternativa

- (1) pai (4) irmãos
(2) mãe (5) tios
(3) avós (6) outros

MORAQUEM

☐

07) Quantas pessoas vivem na sua casa? _____

QUANTPES

☐

08) Na sua casa, você é o:

- (1) primeiro filho (4) quarto filho ou mais
(2) segundo filho (5) não sei
(3) terceiro filho

ORDFILH

☐

09) Você tem irmão participando dessa pesquisa?

- (1) Sim
(2) Não
(3) Não sei

IRMAO

☐
☐

B) Dados Socioeconômicos

10) Você poderia nos dizer qual foi a última série que sua mãe completou na escola?

- (1) 1º grau menor (1º a 4º series) (4) 3º grau e ensino superior
(2) 1º grau maior (5º a 8º series) (5) Ela nunca foi a escola

ULTIMSER

☐

11) Você trabalha? (1) Sim (2) Não Se sim, favor informar quanto você ganha nesse trabalho R\$ _____	VCTRAB
12) Quem trabalha na sua casa? (1) meu pai apenas (2) minha mãe apenas (3) ambos trabalham, pai e mãe (4) nenhum trabalha	QUEMTRB
13) A casa que você mora é: (1) própria (2) alugada (3) moram de favor (4) cedida (emprestada) por algum parente	CASA
14) Quantos cômodos (quartos, banheiro, sala e cozinha) tem sua casa? _____	QTCOM
15) De que material são feitas as paredes da sua casa? (1) alvenaria/tijolo (2) taipa (3) papelão/ e latão (4) outro: _____	MATCASA ☐
16) De que material é feito o piso da sua casa? (1) Cerâmica (2) Cimento / Granito (3) Terra (barro) (4) Tábua (5) Outro: _____	PISCASA ☐
17) De que material é feito o teto da sua casa? (1) Laje de concreto (2) Telha de barro (3) Telha de cimento-amianto (Eternit) (4) Outro: _____	TETOCASA ☐
18) De onde vem a água que você usa em casa? (1) Água encanada, dentro de casa (2) Água encanada, no terreno (3) Água carregada do vizinho ou de bica pública	AGUACASA ☐
19) Como é o sanitário de sua casa? (1) Com descarga (2) Sem descarga (3) Não tem (campo aberto)	SANITCASA ☐
20) Qual o destino do lixo da sua casa? (1) Coleta direta (domiciliar) (2) Coleta indireta (lixeira pública) (3) Colocado em terreno baldio (4) Enterrado / Queimado (5) Outro: _____	LIXOCASA ☐
21) Sua casa tem iluminação elétrica? (1) Sim, com registro próprio (2) Sim, com registro único para várias casas do meu bairro (3) Não, sem iluminação	ILUMCASA ☐

Você tem algum desses aparelhos funcionando em casa?			
22) Geladeira	(1) Sim	(2) Não	GELD ☐
23) Rádio	(1) Sim	(2) Não	RADIO ☐
24) Televisão	(1) Sim	(2) Não	TV ☐
25) Fogão a gás	(1) Sim	(2) Não	FOGAO ☐
26) DVD / CD	(1) Sim	(2) Não	DVDCD ☐
27) Telefone celular	(1) Sim	(2) Não	CEL ☐
C) Dados Socioculturais/Atividades			
28) Como você ocupa o seu tempo livre? (Aqui você poderá marcar mais de uma resposta). (1) assisti televisão (2) conversa com amigos (3) navegar na internet (4) lê (jornais, revistas e livros) (5) ouve música (6) realiza atividades físicas e/ou esportivas (7) participa de atividades socio-recreativas no seu bairro ou cidade (8) não faz nenhuma atividade (9) outros (10) não sei responder			
29) Você participa de alguma atividade associativa? (1) associação cultural (canto,danço, teatro) (2) associação gremio escolar (estudantil) (3) associação esportiva (4) associação sindical (5) associação comunitária (6) associação de caridade (7) associação religiosa (8) não faz parte de associação (9) outros (10) não sei responder			

30) Pratica alguma atividade religiosa?

- (1) Sim
 (2) Não
 (3) Não sei responder

ATVRELIG ☐**31) Você acha que a religião é importante na sua vida?**

- (1) Sim
 (2) Não
 (3) Não sei responder

IMPTRELIG ☐**D) Dados Comportamentais (Higiene bucal, alimentação, fumo e álcool e acesso aos serviços odontológicos)****32) Você escova (limpa) os dentes? (se a resposta for "Não", pule para questão**

- (1) Sim, escovo todos os dias
 (2) Sim, mas não todos os dias
 (3) Não

ESCV DENT

33) O que você usa para limpar seus dentes? (pode marcar mais de uma questão)

- (1) escova dental
 (2) creme dental
 (3) fio dental
 (4) palito de dente
 (5) solução bucal para bochechos
 (6) outra coisa
 (7) Não costumo limpar meus

LIMPDENT ☐**Quantas vezes ao dia você costuma comer cada alimento abaixo?****34) Pão, massas e salgados coxinha, empada, esfirras, bolachas, etc;)**

- (1) 3 a 5 vezes ao dia
 (2) 1 vez ao dia
 (3) menos de 3 dias por semana
 (4) nunca

QTPAO ☐**35) Doces em geral (biscoito recheado, chocolates, balas, chicletes, doce caseiro, etc;)**

- (1) 3 a 5 vezes ao dia
 (2) 1 vez ao dia
 (3) menos de 3 dias por semana
 (4) nunca

QTDOCES

36) Refrigerantes e bebidas açucaradas como sucos em caixa e achocolatados

- (1) 3 a 5 vezes ao dia
 (2) 1 vez ao dia
 (3) menos de 3 dias por semana
 (4) nunca

QIREF ☐

37) Café, suco natural, leite e chá (1) 3 a 5 vezes ao dia (2) 1vez ao dia (3) menos de 3 dias por semana (4) nunca	QTCAF ☐
38) Frutas, hortaliças e cereais em geral (feijão,arroz, aveia, soja etc;) (1) 3 a 5 vezes ao dia (2) 1vez ao dia (3) menos de 3 dias por semana (4) nunca	QTFRUT ☐
39) Você fuma? (Caso a resposta seja “Não”, pule para a questão 41) (1) Sim (2) Não	FUMA ☐
40) Quantas vezes ao dia você fuma? (1) 1 vez ao dia (2) 2 a 4 vezes ao dia (3) 5 vezes ao dia (4) mais de 5 vezes ao dia	QTFUMA ☐
41) Você consome bebida alcoólica? (Caso a resposta seja “Não”, pule para a questão 43) (1) Sim (2) Não	ALCOOL ☐
42) Quantas vezes por semana você bebe? (1) 1 vez ao dia (2) 2 a 4 vezes ao dia (3) 5 vezes ao dia (4) mais de 5 vezes ao dia	QTALCOOL ☐
Sobre o seu acesso aos serviços odontológicos e médicos, por favor responda:	
43) Você já foi ao dentista? (Caso a resposta seja “Não”, pule para a questão 52) (1) Sim (2) Não	DENTISTA ☐
44)Você já realizou alguma consulta médica? (1) Sim (2) Não	MEDICO ☐
45)Se você realizou alguma consulta médica, em qual tipo de serviço foi atendido? (1)Público (2)Privado (3)Público/Privado (4)Não lembro/ Não sei	TIPOMED ☐
46)Você é portador de alguma doença crônica? (1)Pressão alta (2)Diabetes mellitus (3)Asma (4)Outra _____	DOENCRO ☐

47) Quando você foi ao dentista pela última vez?

- (1) menos de 1 ano (3) 3 ou mais
 (2) de 1 a 2 anos (4) não sei,não me lembra

QUANDENT

☐**48) Qual o tipo de serviço odontológico você usa quando precisa ir ao dentista?**

- (1) particular
 (2) plano de saúde/convênio
 (3) público (PSF)
 (4) público (UBS/centro de saúde)
 (5) público (Faculdade de Odontologia/Hospital Universitário)
 (6) público (consultório móvel)
 (7) Não sei,não me lembro

49) Em geral, qual o principal motivo da sua consulta ao dentista?

- (1) revisão, prevenção ou *check up* geral (5) outros
 (2) dor (6) não se aplica
 (3) extração (7) não sabe/não respondeu
 (4) tratamento de limpeza

MOTDENT

☐**50) Qual(is) outro(s) motivo(s) faz(em) você procurar o dentista? (pode marcar mais de uma questão)**

- (1) Quando algum dente está escurecido (macha escura no dente)
 (2) Quando algum dente está cariado (com "buracos")
 (3) Quando algum dente esta amarelado
 (4) Quando apenas sente dor de dente
 (5) Quando sua gengiva sangra ao comer,falar ou escovar os dentes
 (6) Quando algum dente está amolecido
 (7) Quando sai pus da gengiva
 (8) Nunca procuro um dentista
 (9) outras razões

51)Caso você precise de um tratamento dentário e gengival,você?

- (1) aceita a indicação do dentista
 (2) procura outro dentista
 (3) tenta tratar com remédios ou outros
 (4) espera o dente parar de doer
 (5) espera a gengiva para de sangrar
 (6) não faz nada
 (7) faz outras coisas

52) Sua gengiva já sangrou nos últimos 06 meses?

- (1) Sim
 (2) Não
 (3) Não sei, não me lembro

SANGENGI

53) Com que frequência sua gengiva sangra?

- (1) raramente
 (2) toda vez que escovo os dentes
 (3) toda vez que me alimento
 (4) toda vez que eu me acordo
 (5) Não sei/ não me lembro

FREQSANG **54) Você já percebeu a presença de tártaro (depósito de cálculo) na sua gengiva?**

- (1) Sim
 (2) Não
 (3) Não sei/ Não me lembro

TART

55) Você já percebeu algum dente amolecido e saindo pus?

- (1) Sim
 (2) Não
 (3) Não sei/ Não me lembro

AMOPUS **56) Sua gengiva já inchou e ficou dolorida nos últimos 6 meses?**

- (1) Sim
 (2) Não
 (3) Não sei/ Não me lembro

INCHGENG

Vamos testar a sua autopercepção? Por favor, gostaria de saber como você se vê em relação ao seu corpo e sua saúde.

57) Você acha que manter a saúde do seu corpo e da sua mente é essencial?

- (1) Sim
 (2) Não
 (3) Não ligo/não me importo

SAUDMENT **58) Como você se vê em relação a seu corpo (físico) no geral?**

- (1) Satisfeito
 (2) Insatisfeito
 (3) Não ligo/não me importo

RELCORPO **59) A aparência dos seus dentes e da sua gengiva é importante para vc?**

- (1) Sim
 (2) Não
 (3) Não faz nenhuma diferença

APARDENT **60) Você acha que é importante ter os dentes e gengivas saudáveis na hora de arrumar emprego?**

- (1) Sim
 (2) Não
 (3) Não faz nenhuma diferença

IMPORTEM

61) Você acha que é importante ter os dentes e gengivas saudáveis no seu convívio com amigos da escola ou fora dela?

- (1) Sim
(2) Não
(3) Não faz nenhuma diferença

IMPORTBOCA

☐

62) Para você, ter um sorriso saudável ajudará na sua conquista amorosa (arrumar namorado/a)?

- (1) Sim
(2) Não
(3) Não faz nenhuma diferença

SAUNAMOR

☐

Cada frase corresponde a uma afirmação sobre si próprio. Você irá marcar se discorda, concorda ou nem discorda ou concorda

63) "Sinto que sou uma pessoa de valor como outras pessoas"

- () Discordo () Nem discordo/nem concordo () Concordo

VALORPES

☐

64) " Eu sinto vergonha so jeito que eu sou"

- () Discordo () Nem discordo/nem concordo () Concordo

VERGONHA

☐

65) " As vezes, eu penso que não presto pra nada"

- () Discordo () Nem discordo/nem concordo () Concordo

NPRESTO

☐

66) "Sou capaz de fazer tudo tão bem como as pessoas"

- () Discordo () Nem discordo/nem concordo () Concordo

FAZERBEM

☐

67) "Levando tudo em conta,eu me sinto um fracassado(a)"

- () Discordo () Nem discordo/nem concordo () Concordo

FRACASSO

☐

68) "Às vezes, eu me sinto inútil"

- () Discordo () Nem discordo/nem concordo () Concordo

INUTIL

☐

69) "Eu acho que tenho muitas boas qualidades"

- () Discordo () Nem discordo/nem concordo () Concordo

BOAQUALI

☐

70) " Eu tenho motivos para me orgulhar da vida"

- () Discordo () Nem discordo/nem concordo () Concordo

ORGULHO

☐

71) "De um modo geral, eu estou satisfeito (a) comigo mesmo"

- () Discordo () Nem discordo/nem concordo () Concordo

SATISFEITO

☐

72) " Eu tenho uma atitude positiva com relação a mim"

- () Discordo () Nem discordo/nem concordo () Concordo

ATITUDE

☐

As perguntas a seguir serão sobre os vários aspectos da sua vida e elas tem 7 respostas possíveis, mas não existe resposta certa ou errada. Marque com um círculo o número que expressa sua resposta, a sua maneira de pensar e sentir em relação à pergunta, sendo o 1 e o 7 as respostas extremas.

73) Você tem a sensação de que você NÃO se interessa realmente pelo que se passa ao seu redor?

Muito raramente ou nunca

Muito frequentemente

1 2 3 4 5 6 7

INTEREDOR

☐

74) Já lhe aconteceu no passado você ter ficado surpreendido (a) pelo comportamento de pessoas que você achava que conhecia bem?

Nunca aconteceu

Sempre aconteceu

1 2 3 4 5 6 7

SUPERCOMP

☐

75) Já lhe aconteceu ter ficado desapontado (a) com pessoas em quem você confiava?

Nunca aconteceu

Sempre aconteceu

1 2 3 4 5 6 7

DESAPONT

☐

76) Até hoje a sua vida tem sido:

Sem nenhum objetivo

Com objetivos e metas ou meta clara Muito claros

1 2 3 4 5 6 7

VIDAHOJE

☐

77) Você tem a impressão de que você tem sido tratado (a) com injustiça?

Muito frequentemente

Muito raramente ou nunca

1 2 3 4 5 6 7

IMPRJUST

☐

78) Você tem a sensação de que está numa situação pouco comum, e sem saber o que fazer?

Muito frequentemente

Muito raramente ou nunca

1 2 3 4 5 6 7

SENSACAO

☐

79) Aquilo que você faz diariamente é:

Uma fonte de profundo sofrimento e aborrecimento

Uma fonte de prazer e satisfação

1 2 3 4 5 6 7

ATVDIARIA

☐

80) Você tem ideias e sentimentos muito confusos?

Muito frequentemente

Muito raramente ou nunca

1 2 3 4 5 6 7

SENTCONFU

☐

81) Você costuma ter sentimentos que gostaria de não ter?

Muito frequentemente

Muito raramente ou nunca

1 2 3 4 5 6 7

SENTNAOTER

☐

82) Muitas pessoas (mesmo as que têm caráter forte) algumas vezes sentem-se fracassadas em certas situações. Com que frequência você já se sentiu fracassado (a) no passado?

Nunca

Muito frequentemente

1 2 3 4 5 6 7

SENTFRACAS

☐

83) Quando alguma coisa acontece na sua vida, você geralmente acaba achando que:

Você deu maior ou menor importância ao que aconteceu aconteceu do que deveria ter dado

1 2 3 4 5 6 7

Você avaliou corretamente a importância do que

ACONTVIDAP

☐

84) Com que frequência você tem a impressão de que existe pouco sentido nas coisas que você faz na sua vida diária?

Muito frequentemente

Muito raramente ou nunca

1 2 3 4 5 6 7

OUCSENTVI

☐

85) Com que frequência você tem sentimentos que você não tem certeza que pode controlar?

Muito frequentemente

Muito raramente ou nunca

1 2 3 4 5 6 7

SENTCONT

☐

86) Você usa ou já usou aparelho ortodôntico? Caso a resposta seja não pular para questão 97.

(1) Sim

(2) Não

ORTO

☐

87) Como você adquiriu o aparelho ortodôntico?

(1) Através de serviço odontológico

(2) Comércio ambulante (camelôs)

(3) Outro, especifique _____

AQUIS

☐

88) Para usar o aparelho ortodôntico, o dentista solicitou radiografias ou fez a boca de gesso?

(1) Sim

(2) Não

RADMOLD

☐

89) Se sim, você usa ou usou o aparelho ortodôntico por quanto tempo (em meses)?

DURA

☐

90) Se você adquiriu através de serviço odontológico, por que o procurou?

(1) Melhorar a aparência

(2) Dificuldade de mastigar alimentos/ problemas respiratórios (Problema funcional)

(3) Devido à moda

MOTIVO

☐

91) Com qual frequência você visita/ visitava o dentista para avaliar o seu aparelho?	FREQDENT ☐
(1) Coloquei o aparelho e não visitei mais o dentista (2) Mensalmente (3) De 2 em 2 meses (4) De 2 a 6 meses (5) Anualmente	
92) Qual foi o fator principal que lhe fez usar o aparelho ortodôntico?	FATOR ☐
(1) Vontade própria (2) Influência de amigos da escola (3) Preocupação dos pais	
93)Alguns desses motivos já fizeram ou fazem você pensar em deixar de usar o aparelho ortodôntico?	DEIXAR ☐
(1) Aparecimento de aftas (2) Dor (3) Custo financeiro	
94) Qual o tipo de serviço que você realizou/ realiza o tratamento ortodôntico?	TIPOSERV ☐
(1) Clínica particular (2) Plano de saúde (3) Público (CEO/Universidades)	
95) Quanto tempo levou para instalar o aparelho ortodôntico?	TEMORTO ☐
(1) Menos de 6 meses (2) De 6 a 12 meses (3) De 12 a 18 meses (4) Mais de 2 anos	
96) Qual o custo médio (visita ao dentista, montagem e manutenção) com o uso do aparelho ortodôntico?	CUSTO ☐
(1) Menos de 1/2 salário mínimo (menor que R\$ 362,00) (2) 1/2 salário mínimo (R\$ 362,00) (3) 1 salário mínimo (R\$ 724,00) (4) Mais de 1 salário mínimo	
97) Seus pais usam ou usaram aparelho ortodôntico?	PAIUSA ☐
(1) Sim (2) Não	
98) Seus irmãos usam ou usaram aparelho ortodôntico?	IRUSA ☐
(1) Sim (2) Não	

99) Qual o grau de satisfação que você sente ao usar o aparelho ortodôntico? (Marque apenas uma alternativa).

- (1) Muito insatisfeito (4) Satisfeito
(2) Insatisfeito (5) Muito satisfeito
(3) Mais ou menos

SATIS

☐

Abaixo estão apresentados alguns eventos que podem ter acontecido com você e que podem ter sido experiências ruins na sua vida. Marque aqueles eventos de vida que já lhe ocorreram e assinale, para estes, um valor entre 1 a 5, de forma que quanto maior for o número, pior foi a experiência para você.

100) Ter problemas com o conselho tutelar / Justiça /polícia/foi à FUNASE?

- Não () Sim () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

PROBJUST

☐

101) Separação dos pais/Um dos pais ter filhos com outros /casar novamente.

- Não () Sim () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

OUTRAFAMI

☐

102) Não conseguir estágio/emprego ou perder estágio/emprego

- Não () Sim () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

ESTAGIOEMPREGO

☐

103) Ter problemas e dúvidas quanto às mudanças no corpo e aparência/cor da pele

- Não () Sim () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

APARENCIA

☐

104) Mudar de casa ou de cidade

- Não () Sim () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

MUDANÇA

☐

105) O único dinheiro que a sua família tem é o que você ganha no seu trabalho.

- Não () Sim () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

SUSTENTO

☐

106) Morte de um dos pais/irmãos, ou outra pessoa próxima.

- Não () Sim () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

MORTE

☐

107) Ter brigas frequentes com irmãos(ãs)

- Não () Sim () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

BRIGAI RMÃO

☐

108) Ter familiares/pessoas próximas com ferimentos ou doenças incapacitantes, degenerativas, se estão acamados.

- Não () Sim () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

DOENÇAGRAVE

☐

109) Um dos pais ficar desempregado

- Não () Sim () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

PAIDEMPREGO

☐

123) Envolver-se em brigas com agressão física

Não ()

Sim () 1() 2() 3() 4() 5()

BRIGA

☐

124) Ter problema na escola, tais como ser retirado(a) da sala de aula, ser suspenso(a) da escola, ser expulso(a) da escola.

Não ()

Sim () 1() 2() 3() 4() 5()

PROBLESCOLA

☐

125) Ter sofrido algum tipo de Violência (física/emocional) ameaça/assalto

Não ()

Sim () 1() 2() 3() 4() 5()

VIOLÊNCIA

☐

126) Terminar o namoro ou relacionamento com alguém que você gostava muito

Não ()

Sim () 1() 2() 3() 4() 5()

NAMORO

☐

127) Sentir-se rejeitado (a) por colegas e amigos(as) ter mau relacionamento/discussão.

Não ()

Sim () 1() 2() 3() 4() 5()

REJEIÇÃO

☐

128) Sofres acidente de trânsito (atropelamento, bicicleta, moto, carro) ou acidente em outro lugar, como uma queda grave, um corte profundo.

Não ()

Sim () 1() 2() 3() 4() 5()

ACIDENTE

☐

Muito Obrigado pela sua participação!

ANEXO A - CERTIDÃO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Serres Humanos		UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-	
--	--	---	--

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ASSOCIAÇÃO ENTRE SAÚDE BUCAL E FATORES PSICOSSOCIAIS

Pesquisador: PAULO SAVIO ANGEIRAS DE GOES

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 48506115.4.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.291.349

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa : Associação entre saúde bucal e fatores psicossociais tem como pesquisador responsável Paulo Savio Angeras de Goes e assistente Manuelly Pereira de Moraes Santos. Trata-se de um estudo observacional de corte transversal com fonte de dados primários, com financiamento pelos próprios pesquisadores. Propõem verificar se existe associação entre os fatores psicossociais e condições de saúde bucal em adolescentes escolares do Município de São Lourenço-PE. Os dados serão obtidos através de questionários e exame clínico. A pesquisa dará origem a uma tese do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente.

Objetivo da Pesquisa:

Verificar se existe associação entre fatores psicossociais e condições de saúde bucal em adolescentes escolares no Município de São Lourenço/PE.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Estão de acordo com a resolução do Conselho Nacional / CNS número 466/12

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de pesquisa com desenho simples de baixo custo, rápido e objetivo na coleta dos dados, com facilidade de obtenção e com amostra representativa.

Endereço:	Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS		
Bairro:	Cidade Universitária	CEP:	50.740-900
UF:	PE	Município:	RECIFE
Telefone:	(011)2126-8548	E-mail:	cepccs@ufpe.br

ANEXO B – FICHA CLÍNICA

FICHA CLÍNICA

QUESTIONÁRIO Nº

INFORMAÇÕES GERAIS

Idade em anos Sexo Cor/Raça Realização do Exame

CÁRIE DENTÁRIA E NECESSIDADE DE TRATAMENTO

Todos os grupos etários. Condição de Raiz: somente de 35 a 44 e 65 a 74 anos

	18	17	16	15	14	13	12	11	61	62	63	64	65	26	27	28
Coroa																
Raiz																
Trat.																

	48	47	46	45	44	43	42	41	71	72	73	74	75	36	37	38
Coroa																
Raiz																
Trat.																

CONDIÇÃO PERIODONTAL

CPI: 12, 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos
PIP: 35 a 44 e 65 a 74 anos

	CPI	PIP
17/16		
11		
26/27		
37/36		
31		
46/47		

SANGRAMENTO GENGIVAL CÁLCULO DENTÁRIO BOLSA PERIODONTAL

CONDIÇÃO DA OCLUSÃO DENTÁRIA

DAI

(12 e 15 a 19 anos)

DENTIÇÃO

Número de Incisivos, Caninos e Pré-Molares perdidos

ESPAÇO

Apinhamento na região de incisivos

Espaçamento na região de incisivos

Diastema em milímetros

Desalinhamento maxilar anterior em mm

Desalinhamento mandibular anterior em mm

OCCLUSÃO

Overjet maxilar anterior em mm

Overjet mandibular anterior em mm

Mordida aberta vertical anterior em mm

Relação molar ântero-posterior

TRATAMENTO DENTÁRIO

12 anos

12	11	21	22
42	41	31	32

ANEXO C – NORMAS DOS PERIÓDICOS

Artigo 1 – REVISTA BRASILEIRA DE EPIDEMIOLOGIA

A Revista Brasileira de Epidemiologia tem por finalidade publicar **Artigos Originais** e inéditos (máximo de 21.600 caracteres), inclusive os de **revisão** crítica sobre um tema específico, que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da Epidemiologia e ciências afins. Serão aceitas somente Revisões Sistemáticas e Metanálises; não serão aceitas Revisões Integrativas.

Publica, também, artigos para as seguintes seções:

- **Artigos originais com resultados de pesquisas**
- **Metodológicos:** Artigos que se dedicam a analisar as diferentes técnicas utilizadas em estudos epidemiológicos;
- **Debate:** destina-se a discutir diferentes visões sobre um mesmo tema, que poderá ser apresentado sob a forma de consenso/dissenso, artigo original seguido do comentário de outros autores, reprodução de mesas redondas e outras formas semelhantes;
- **Notas e Informações:** notas prévias de trabalhos de investigação, bem como breves relatos de novos aspectos da epidemiologia, além de notícias relativas a eventos da área, lançamentos de livros e outros (máximo de 6.450 caracteres);
- **Cartas ao Editor:** comentários de leitores sobre trabalhos publicados na Revista Brasileira de Epidemiologia (de 3.260 até 4.570 caracteres).

Os manuscritos apresentados devem destinar-se exclusivamente à Revista Brasileira de Epidemiologia, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico. Após o envio do parecer, os autores devem assinar uma declaração, de acordo com modelo fornecido pela RBE (Declaração de Exclusividade, Declaração de Direitos Autorais e Declaração de Conflito de Interesses). Os conceitos emitidos em qualquer das seções da Revista são de inteira responsabilidade do(s) autor(es).

Os manuscritos publicados são de responsabilidade da Revista, sendo vedada a reprodução — mesmo que parcial — em outros periódicos, assim como a tradução para outro idioma sem a autorização do Conselho de Editores. Assim, todos os trabalhos, quando aprovados para publicação, deverão ser acompanhados de documento de transferência de direitos autorais contendo a assinatura dos autores, conforme modelo fornecido posteriormente pela Revista.

Cada manuscrito é apreciado por no mínimo dois relatores, indicados por um dos Editores Associados, a quem caberá elaborar um relatório final conclusivo a ser submetido ao Editor Científico. Na primeira etapa da submissão, a secretaria verifica se todos os critérios estabelecidos foram atendidos, e entra em contato com o autor. O

manuscrito é encaminhado para a apreciação dos editores somente se atender a todas as normas estabelecidas pela RBE.

A Revista Brasileira de Epidemiologia não cobra taxas para a submissão de manuscritos, ou para a avaliação ou publicação de artigos.

Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

Medida exigida desde o início da publicação da RBE e que reafirmamos, exigindo especial menção no texto dos artigos. Tal exigência pode ser dispensada em alguns tipos de estudo que empregam apenas dados agregados, sem identificação de sujeitos, disponíveis em bancos de dados e tão comuns na área da saúde. Nenhuma instância é melhor que um CEP para analisar a natureza das propostas de investigação, seguindo a orientação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/CNS/MS). O CEP que aprova a investigação deve ser registrado na CONEP.

Em particular, devem ser contempladas as seguintes Resoluções:

- 196/96, reformulada pela 446/11, sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos;
- 251/97, sobre Normas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos para a área temática de Pesquisa com Novos Fármacos, Medicamentos, Vacinas e Testes Diagnósticos;
- 292/99 e sua Regulamentação de agosto de 2002, que dizem respeito à área temática especial de Pesquisas Coordenadas do Exterior ou com Participação Estrangeira e Pesquisas que Envolvam a Remessa de Material Biológico para o Exterior.

A Revista Brasileira de Epidemiologia apoia as políticas da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE) para registro de ensaios clínicos, reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto.

Sendo assim, a partir de 2007, serão aceitos para publicação somente os artigos de pesquisa clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. O número de identificação/aprovação deverá ser registrado na Folha de rosto.

As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)
- ClinicalTrials.gov
- International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)
- Netherlands Trial Register (NTR)
- UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)

WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

Apresentação do manuscrito

Os manuscritos são aceitos em português, espanhol ou inglês. Os artigos em português e espanhol devem ser acompanhados do resumo no idioma original do artigo, além de *abstract* em inglês. Os artigos em inglês devem ser acompanhados do *abstract* no idioma original do artigo, além de resumo em português.

O manuscrito deve ser acompanhado de documento a parte com carta ao editor, justificando a possível publicação.

Os manuscritos devem ter o máximo de 21.600 caracteres e 5 ilustrações, compreendendo Introdução, Metodologia, Resultados, Discussão, Conclusão (Folha de rosto, Referências Bibliográficas e Ilustrações não estão incluídas nesta contagem). O arquivo deve apresentar a seguinte ordem: Folha de rosto, Introdução, Metodologia, Resultados, Discussão, Conclusão, Referências Bibliográficas e Ilustrações. O manuscrito deve ser estruturado, apresentando as seções: Folha de rosto, Resumo, Abstract, Introdução, Metodologia, Resultados, Discussão, Conclusão, Referências e Ilustrações. O arquivo final completo (folha de rosto, seções, referências e ilustrações) deve ser submetido somente no formato DOC (Microsoft Word), e as tabelas devem ser enviadas em formato editável (Microsoft Word ou Excel), devendo respeitar a seguinte formatação:

- Margens com configuração “Normal” em todo o texto (superior e inferior = 2,5 cm; esquerda e direita = 3 cm);
- Espaçamento duplo em todo o texto;
- Fonte Times New Roman, tamanho 12, em todo o texto;
- Não utilizar quebras de linha;
- Não utilizar hifenizações manuais forçadas.

Folha de Rosto

Os autores devem fornecer os títulos do manuscrito em português e inglês (máximo de 140 caracteres), título resumido (máximo de 60 caracteres), dados dos autores*, dados do autor de correspondência (nome completo, endereço e e-mail), agradecimentos, existência ou ausência de conflitos de interesses, financiamento e número de identificação/aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Deve ser especificada, também, a colaboração individual de cada autor na elaboração do manuscrito.

*A indexação no SciELO exige a identificação precisa da afiliação dos autores, que é essencial para a obtenção de diferentes indicadores bibliométricos. A identificação da afiliação de cada autor deve restringir-se a nomes de entidades institucionais, Cidade, Estado e País (sem titulações dos autores).

O financiamento deve ser informado obrigatoriamente na Folha de rosto. Caso o estudo não tenha contato com recursos institucionais e/ou privados, os autores devem informar que o estudo não contou com financiamento.

Os Agradecimentos devem ter 460 caracteres no máximo.

Resumo e Abstract

Os resumos devem ter 1600 caracteres no máximo, e devem ser apresentados na a forma estruturada, contemplando as seções: Introdução, Metodologia, Resultados, Discussão, Conclusão. As mesmas regras aplicam-se ao *abstract*.

Os autores deverão apresentar no mínimo 3 e no máximo 6 palavras-chave, bem como as respectivas *Keywords*, que considerem como descritores do conteúdo de seus trabalhos, no idioma em que o artigo foi apresentado e em inglês. Esses descritores devem estar padronizados conforme os DeCS (<http://decs.bvs.br/>).

Ilustrações

As tabelas e figuras (gráficos e desenhos) deverão ser inseridas no final do manuscrito, não sendo permitido o envio em páginas separadas. Devem ser suficientemente claras para

permitir sua reprodução de forma reduzida, quando necessário. Fornecer títulos em português e inglês, inseridos fora das ilustrações (não é necessário o corpo da tabela e gráficos em inglês). Deve haver quebra de página entre cada uma delas, respeitando o número máximo de 5 páginas dedicadas a Tabelas, Gráficos e Figuras. Apresentá-las após as Referências, no final do manuscrito (em arquivo único).

As ilustrações podem no máximo ter 15 cm de largura e devem ser apresentadas dentro da margem solicitada (configuração nomeada pelo Word como “Normal”). Não serão aceitas ilustrações com recuo fora da margem estabelecida.

Imagens

- Fornecer as fotos em alta resolução;
- Fornecer os gráficos em formato editável (preferencialmente PDF).

Tabelas, Equações, Quadros e Fluxogramas

- Sempre enviar em arquivo editável (Word ou Excel), nunca em imagem;
- Não formatar tabelas usando o TAB; utilizar a ferramenta de tabelas do programa;
- Nas tabelas, separar as colunas em outras células (da nova coluna); não usar espaços para as divisões.

Abreviaturas

Quando citadas pela primeira vez, devem acompanhar o termo por extenso. Não devem ser utilizadas abreviaturas no título e no resumo.

Referências

Devem ser numeradas de consecutiva, de acordo com a primeira menção no texto, utilizando algarismos arábicos. A listagem final deve seguir a ordem numérica do texto, ignorando a ordem alfabética de autores. Não devem ser abreviados títulos de livros, editoras ou outros. Os títulos de periódicos seguirão as abreviaturas do Index Medicus/Medline. Devem constar os nomes dos 6 primeiros autores, seguidos da expressão et al. quando ultrapassarem esse número. Comunicações pessoais, trabalhos inéditos ou em andamento poderão ser citados quando absolutamente necessários, mas não devem ser incluídos na lista de referências, sendo apresentados somente no corpo do texto ou em nota de rodapé. Quando um artigo estiver em vias de publicação, deverá ser indicado: título do periódico, ano e outros dados disponíveis, seguidos da expressão, entre parênteses “no prelo”. As publicações não convencionais, de difícil acesso, podem ser citadas desde que os autores indiquem ao leitor onde localizá-las. A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores.

EXEMPLOS DE REFERÊNCIAS

Artigo de periódico

Szklo M. Estrogen replacement therapy and cognitive functioning in the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) Study. *Am J Epidemiol* 1996; 144: 1048-57.

Livros e outras monografias

Lilienfeld DE, Stolley PD. *Foundations of epidemiology*. New York: Oxford University Press; 1994.

Capítulo de livro

Laurenti R. Medida das doenças. In: Forattini OP. Ecologia, epidemiologia e sociedade. São Paulo: Artes Médicas; 1992. p. 369-98.

Tese e Dissertação

Bertolozzi MR. Pacientes com tuberculose pulmonar no Município de Taboão da Serra: perfil e representações sobre a assistência prestada nas unidades básicas de saúde [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1991.

Trabalho de congresso ou similar (publicado)

Mendes Gonçalves RB. Contribuição à discussão sobre as relações entre teoria, objeto e método em epidemiologia. In: Anais do 1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia; 1990 set 2-6; Campinas (Br). Rio de Janeiro: ABRASCO; 1990. p. 347-61.

Relatório da OMS

World Health Organization. Expert Committee on Drug Dependence. 29th Report. Geneva; 1995. (WHO - Technical Report Series, 856).

Documentos eletrônicos

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics. [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Systems; 1993.

OBSERVAÇÃO

A Revista Brasileira de Epidemiologia adota as normas do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (estilo Vancouver), publicadas no New England Journal of Medicine, 1997; 336: 309, e na Revista Panamericana de Salud Publica, 1998; 3: 188-96 (http://www.icmje.org/urm_main.html).

Envio de manuscritos

Os manuscritos são submetidos online, através da plataforma SciELO (<http://submission.scielo.br/index.php/rbepid/editor/submission/11821>).

Não há taxa para submissão e avaliação de artigos.

Artigo 2 - BRAZILIAN ORAL RESEARCH - BOR

Author Guidelines

Brazilian Oral Research - BOR (online version ISSN 1807-3107) is the official publication of the *Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica* - SBPqO (the Brazilian division of the International Association for Dental Research - IADR). The journal has an Impact

Factor™ of 0.937 (Institute for Scientific Information - ISI), is peer-reviewed (double-blind system), and its mission is to disseminate and promote an information interchange concerning the several fields in dentistry research and/or related areas with gold open access.

BOR invites the submission of original and review manuscripts and papers in the following typology: Original Research (complete manuscript or Short Communication), Critical Review of Literature, Systematic Review (and Meta-Analysis) and Letters to the

Editor. All submissions must be exclusive to.

Manuscripts and all corresponding documentation should be exclusively submitted through ScholarOne Manuscripts™ via the online submission link (<http://mc04.manuscriptcentral.com/bor-scielo>).

The evaluation process of manuscript's scientific content will only be initiated after meeting of all the requirements described in the present Instructions for Authors. Any manuscript that does not meet these requirements will be returned to the corresponding author for adaptations.

Important: Once having been accepted on their scientific merit, all manuscripts will be submitted for grammar and style revision as per the English language. Contact BOR by bor@sbpqo.org.br to get information about the recommended translation companies. The authors should forward the revised text with the enclosed revision

certificate provided by the chosen editing company. **Linguistic revisions performed by companies that do not provide the mentioned certificate will not be accepted.** As an exception, this rule does not apply when one of the authors is a native English speaker.

Presentation of the manuscript

The manuscript text should be written in English and provided in a digital file compatible with “Microsoft Word” (in DOC, DOCX, or RTF format).

All figures (including those in layouts/combinations) must be provided in individual and separate files, according to recommendations described under the specific topic.

Photographs, micrographs, and radiographs should be provided in TIFF format, according to the recommendations described under the specific topic.

Charts, drawings, layouts, and other vector illustrations must be provided in a PDF format individually in separate files, according to the recommendations described under the specific topic.

Video files may be submitted as per the specifications, including the author's anonymity (for purposes of evaluation) and respect for the patient's rights.

ScholarOne™ allows upload of a set of files up to 10 MB. In case the video file exceeds this size, it is advisable to leave information about the link to access the video. The use of patients' initials, or registry numbers is prohibited in the reproduction of clinical documentation. The number of patients is prohibited. An informed consent statement, signed by the patient, concerning s/her image should be provided by the author(s) when requested by **BOR**. The Copyright force must be respected and the source cited when the manuscript reproduces any published material (including texts, charts, tables, figures, or any other materials).

Title page (compulsory data)

- This must indicate the specialty* or research field focused on in the manuscript.

*Anatomy; Basic Implantodontology and Biomaterials; Behavioral Sciences; Biochemistry; Cariology; Community Dental Health; Craniofacial Biology; Dental Materials; Dentistry; Endodontic Therapy; Forensic Dentistry; Geriatric Dentistry; Imaginology;

Immunology; Implantodontology – Prosthetics; Implantodontology – Surgical; Infection Control; Microbiology; Mouth and Jaw Surgery; Occlusion; Oral Pathology; Orthodontics; Orthopedics; Pediatric Dentistry; Periodontics; Pharmacology; Physiology; Prosthesis; Pulp Biology; Social/Community Dentistry; Stomatology; Temporomandibular Joint Dysfunction.

- Informative and concise title, limited to a maximum of 110 characters, including spaces.

- Names of all authors written out in full, including respective telephone numbers and email addresses for correspondence. We recommend that authors collate the names present in the Cover Letter with the profile created in ScholarOne™, to avoid discrepancies.

- The participation of each author must be justified on a separate page, which should meet the authorship and co-authorship criteria adopted by the International Committee of Medical Journal Editors, available

at <http://www.icmje.org/recommendations/browse/roles-and-responsibilities/defining-the-role-of-authors-and-contributors.html>

- Data of institutional/professional affiliation of all authors, including university (or other institution), college/program, department, city, state, and country, presented according to internal citation norms established by each author's institution. Verify that such affiliations are correctly entered in ScholarOne™.

Abstract: This should be presented as a single structured paragraph (but with no subdivisions into sections) containing the objective of the work, methodology, results, and conclusions. In the System if applicable, use the Special characters tool for special characters.

Keywords: Ranging from 3 (three) to 5 (five) main descriptors should be provided, chosen from the keywords registered

at <http://decs.bvs.br/> or <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html> (no synonyms will be accepted).

Main Text

Introduction: This should present the relevance of the study, and its connection with other published works in the same line of research or field, identifying its limitations and possible biases. The objective of the study should be concisely presented at the end of this section.

Methodology: All the features of the material pertinent to the research subject should be provided (*e.g.*, tissue samples or research subjects). The experimental, analytical, and statistical methods should be described in a concise manner, although in detail, sufficient to allow others to recreate the work. Data from manufacturers or suppliers of products, equipment, or software must be explicit when first mentioned in this section, as follows:

manufacturer's name, city, and country. The computer programs and statistical methods must also be specified. Unless the objective of the work is to compare products or specific systems, the trade names of techniques, as well as products, or scientific and clinical equipment should only be cited in the "Methodology" and "Acknowledgments" sections, according to each case. Generic names should be used in the remainder of the

manuscript, including the title. Manuscripts containing radiographs, microradiographs, or SEM images, the following information must be included: radiation source, filters, and kV levels used. Manuscripts reporting studies on humans should include proof that the research

was ethically conducted according to the Helsinki Declaration (*World Medical*

Association, <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>). The approval protocol number issued by an Institutional Ethics Committee must be cited. Observational studies should follow the STROBE guidelines (<http://strobe-statement.org/>), and the check list must be submitted. Clinical Trials must be reported according to the CONSORT Statement standard protocol (<http://www.consort-statement.org/>); systematic reviews and meta-analysis must follow the PRISMA (<http://www.prisma-statement.org/>), or Cochrane protocol (<http://www.cochrane.org/>).

Clinical Trials

Clinical Trials according to the CONSORT guidelines, available at www.consort-statement.org. The clinical trial registration number and the research registration name will be published along with the article.

Manuscripts reporting studies performed on animals must also include proof that the research was conducted in an ethical manner, and the approval protocol number issued by an Institutional Ethics Committee should be cited. In case the research contains a gene registration, before submission, the new gene sequences must be included in a public database, and the access number should be provided to BOR. The authors may use the following databases:

- GenBank: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/Genbank/submit>
- EMBL: <http://www.ebi.ac.uk/embl/Submission/index.html>
- DDBJ: <http://www.ddbj.nig.ac.jp>

Manuscript submissions including microarray data must include the information recommended by the MIAME guidelines (Minimum Information About a Microarray Experiment: <http://www.mged.org/index.html>) and/or itemize how the experimental details were submitted to a publicly available database, such as:

- ArrayExpress: <http://www.ebi.ac.uk/arrayexpress/>
- GEO: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/geo/>

Results: These should be presented in the same order as the experiment was performed, as described under the “Methodology” section. The most significant results should be described. Text, tables, and figures should not be repetitive. Statistically relevant results should be presented with enclosed corresponding p values.

Tables: These must be numbered and cited consecutively in the main text, in Arabic numerals. Tables must be submitted separately from the text in DOC, DOCX, or RTF format.

Discussion: This must discuss the study results in relation to the work hypothesis and relevant literature. It should describe the similarities and differences of the study in relation to similar studies found in literature, and provide explanations for the possible differences found. It must also identify the study’s limitations and make suggestions for future research.

Conclusions: These must be presented in a concise manner and be strictly based on the results obtained in the research. Detailing of results, including numerical values, etc., must

not be repeated.

Acknowledgments: Contributions by colleagues (technical assistance, critical comments, etc.) must be given, and any bond between authors and companies must be revealed. This section must describe the research funding source(s), including the corresponding process numbers.

Plagiarism

BOR employs a plagiarism detection system. When you send your manuscript to the journal it may be analyzed-not merely for the repetition of names/affiliations, but rather the sentences or texts used.

References: Only publications from peer-reviewed journals will be accepted as references. Unfinished manuscripts, dissertations, theses, or abstracts presented in congresses will not be accepted as references. References to books should be avoided.

Reference citations must be identified in the text with superscript Arabic numerals. The complete reference list must be presented after the “Acknowledgments” section, and the references must be numbered and presented in Vancouver Style in compliance with the guidelines provided by the International Committee of Medical Journal Editors, as presented in Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/>). The journal titles should be abbreviated according to the List of Journals Indexed in Index Medicus (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>). The authors shall bear full responsibility for the accuracy of their references.

Spelling of scientific terms: When first mentioned in the main text, scientific names (binomials of microbiological, zoological, and botanical nomenclature) must be written out in full, as well as the names of chemical compounds and elements.

Units of measurement: These must be presented according to the International System of Units (<http://www.bipm.org>) or <http://www.inmetro.gov.br/consumidor/unidLegaisMed.asp>).

Footnotes on the main text: These must be indicated by asterisks and restricted to the bare minimum.

Figures: Photographs, microradiographs, and radiographs must be at least 10 cm wide, have at least 500 dpi of resolution, and be provided in TIFF format. Charts, drawings, layouts, and other vector illustrations must be provided in a PDF format. All the figures must be submitted individually in separate files (not inserted into the text file). Figures must be numbered and consecutively cited in the main text in Arabic numerals. Figure legends should be inserted together at the end of the text, after the references.

Characteristics and layouts of types of manuscripts Original Research

Limited to 30,000 characters including spaces (considering the introduction, methodology, results, discussion, conclusion, acknowledgments, tables, references, and figure legends). A maximum of 8 (eight) figures and 40 (forty) references will be accepted. The abstract can contain a maximum of 250 words.

Layout - Text Files

- Title Page
- Main text (30,000 characters including spaces)
- Abstract: a maximum of 250 words
- Keywords: 3 (three)-5 (five) main descriptors
- Introduction
- Methodology
- Results
- Discussion
- Conclusion
- Acknowledgments
- Tables
- References: maximum of 40 references
- Figure legends

Layout - Graphic Files

- Figures: a maximum of 8 (eight) figures, as described above.

Short Communication

Limited to 10,000 characters including spaces (considering the introduction, methodology, results, discussion, conclusion, acknowledgments, tables, references, and figure legends). A maximum of 2 (two) figures and 12 (twelve) references will be allowed. The abstract can contain a maximum of 100 words.

Layout - Text Files

- Title page
- Main text (10,000 characters including spaces)
- Abstract: a maximum of 100 words
- Descriptors: 3 (three)-5 (five) main descriptors
- Introduction
- Methodology
- Results
- Discussion
- Conclusion
- Acknowledgments
- Tables
- References: a maximum of 12 references
- Figure legends

Layout- Graphic Files

- Figures: a maximum of 2 (two) figures, as described above.

Critical Review of Literature

The submission of this type of manuscript will be performed only by invitation of the BOR Publishing Commission. All manuscripts will be submitted to peer-review. This type of manuscript must have a descriptive and discursive content, focusing on a comprehensive presentation and discussion of important and innovative scientific issues, with a limit of 30,000 characters including spaces (considering the introduction, methodology, results, discussion, conclusion, acknowledgments, tables, references, and figure legends). It must

include a clear presentation of the scientific object, logical argumentation, a methodological and theoretical critical analysis of the studies, and a summarized conclusion. A maximum of 6 (six) figures and 50 (fifty) references is permitted. The abstract must contain a maximum of 250 words.

Layout- Text Files

- Title page
- Main text (30,000 characters including spaces)
- Abstract: a maximum of 250 words
- Keywords: 3 (three)-5 (five) main descriptors
- Introduction
- Methodology
- Results
- Discussion
- Conclusion
- Acknowledgments
- Tables
- References: maximum of 50 references
- Figure legends

Layout - Graphic Files

- Figures: a maximum of 6 (six) figures, as described above.

Systematic Review and Meta-Analysis

While summarizing the results of original studies, quantitative or qualitative, this type of manuscript should answer a specific question, with a limit of 30,000 characters, including spaces, and follow the Cochrane format and style (www.cochrane.org). The manuscript must report, in detail, the process of the search and retrieval of the original works, the selection criteria of the studies included in the review, and provide an abstract of the results obtained in the reviewed studies (with or without a meta-analysis approach). There is no limit to the number of references or figures. Tables and figures, if included, must present the features of the reviewed studies, the compared interventions, and the corresponding results, as well as those studies excluded from the review. Other tables and figures relevant to the review must be presented as previously described. The abstract can contain a maximum of 250 words.

Layout - Text Files

- Title page
- Main text (30,000 characters including spaces)
- Abstract: a maximum of 250 words
- Question formulation
- Location of the studies
- Critical Evaluation and Data Collection
- Data analysis and presentation
- Improvement

- Review update
- References: no limit on the number of references
- Tables

Layout - Graphic Files

- Figures: no limit on the number of figures

Letter to the Editor

Letters must include evidence to support an opinion of the author(s) about the scientific or editorial content of the BOR, and must be limited to 500 words. No figures or tables are permitted.

Copyright transfer agreement and responsibility statements

The manuscript submitted for publication must include the Copyright Transfer Agreement and the Responsibility Statements, available in the online system and mandatory.

CHECKLIST FOR INITIAL SUBMISSION

- Title Page file (in DOC, DOCX, or RTF format).
- Main text file (Main Document, manuscript), in DOC, DOCX, or RTF format.
- Tables, in DOC, DOCX, or RTF format.
- Declaration of interests and funding, submitted in a separate document and in a PDF format. (if applicable)
- Justification for participation of each author, provided in a separate document and in a PDF format.
- Photographs, microradiographs, and radiographs (10 cm minimum width, 500 dpi minimum resolution) in TIFF format. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/pub/filespec-images/>)
- Charts, drawings, layouts, and other vector illustrations in a PDF format.
- Each figure should be submitted individually in separate files (not inserted in the text file).

Publication fees

Authors are not required to pay for the submission or review of articles.

EXAMPLES OF REFERENCES

Journals

Goracci C, Tavares AU, Fabianelli A, Monticelli F, Raffaelli O, Cardoso PC, et al. The adhesion between fiber posts and root canal walls: comparison between microtensile and

push-out bond strength measurements. *Eur J Oral Sci.* 2004 Aug;112(4):353-61.

Bhutta ZA, Darmstadt GL, Hasan BS, Haws RA. Community-based interventions for improving perinatal and neonatal health outcomes in developing countries: a review of the evidence. *Pediatrics.* 2005;115(2 Suppl):519-617. doi:10.1542/peds.2004-1441.

Usunoff KG, Itzev DE, Rolfs A, Schmitt O, Wree A. Nitric oxide synthase- containing neurons in the amygdaloid nuclear complex of the rat. *Anat Embryol (Berl).* 2006 Oct 27. Epub ahead of print. doi: 10.1007/s00429-006-0134-9

Walsh B, Steiner A, Pickering RM, Ward-Basu J. Economic evaluation of nurse led intermediate care versus standard care for post-acute medical patients: cost minimisation analysis of data from a randomised controlled trial. *BMJ.* 2005 Mar 26;330(7493):699. Epub 2005 Mar 9.

Papers with Title and Text in Languages Other Than English

Li YJ, He X, Liu LN, Lan YY, Wang AM, Wang YL. [Studies on chemical constituents in herb of *Polygonum orientale*]. *Zhongguo Ahong Yao Za Zhi.* 2005 Mar;30(6):444-6. Chinese.

Supplements or Special Editions

Pucca Junior GA, Lucena EHG, Cawahisa PT. Financing national policy on oral health in Brazil in the context of the Unified Health System. *Braz Oral Res.* 2010 Aug;24 Spec Iss 1:26-32.

o MCSA, De Sordi M. Desigualdades sociais e homicídios na cidade de São Bras *Epidemiol.* 2008;11(1):3-13 [cited 2008 Feb 23]. Available scielosp.org/pdf/rbepid/v11n1/01.pdf.

Books

Stedman TL. Stedman's medical dictionary: a vocabulary of medicine and its allied sciences, with pronunciations and derivations. 20th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1961. 259 p.

Books Online

Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer [monograph on the Internet]. Washington: National Academy Press; 2001 [cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.nap.edu/books/0309074029/html/>.

Websites

Cancer-Pain.org [homepage on the Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000 [cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.cancer-pain.org/>.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage]. Brasília (DF): Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010 [cited 2010 Nov 27]. Available from: <http://www.ibge.gov.br/home/default.php>.

World Health Organization [homepage]. Geneva: World Health Organization; 2011 [cited 2011 Jan 17]. Available from: <http://www.who.int/en/>