

ASSOCIAÇÃO ENTRE OS FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E BUCAIS COM O BEM-ESTAR PSICOLÓGICO EM ADOLESCENTES ESCOLARES

Association between socio-demographic and oral factors with psychological wellness in school teenagers

Melaine Czerminski Larré^a
Vanessa Souza Gigoski de Miranda^b
Rafaela Soares Rech^c
Helenita Correa Ely^d
Claides Abegg^e

RESUMO

Objetivo: Investigar a relação entre fatores sociodemográficos e o desempenho de atividades relacionadas à função oral, com o bem-estar psicológico em adolescentes escolares. **Materiais e Métodos:** Estudo transversal, de base escolar, realizado em 36 municípios de até 50 mil habitantes da região sul do Brasil. A amostra foi composta por 1.760 acadêmicos, selecionados por amostragem sistemática completa. Os dados foram coletados por meio de um questionário estruturado, contendo informações sobre situação socioeconômica, impacto oral nas atividades diárias (OIDP) e Bem-Estar (Escala de Andrews). Regressão de Poisson foi usada para conduzir as análises de dados. **Resultados:** A dificuldade para sorrir foi quase duas vezes maior para os estudantes que não apresentaram bem-estar, RP = 1,9 (IC95% = 1,30-2,80). Além disso,

dificuldade para falar, RP = 1,57 (IC95% IC = 1,02-2,40) e desconforto para escovar os dentes, RP = 1,93 (IC = 1,29-2,91), também foram associados ao bem-estar. A dificuldade para comer PR = 1,1 (IC 95% = 0,75-1,65), não foi associada a ele. A renda familiar média foi a única variável sociodemográfica associada ao bem-estar dos adolescentes, RP = 0,65 (IC95% = 0,45-0,96). **Conclusão:** Os resultados deste estudo mostraram a influência das atividades relacionadas à saúde bucal, sorriso, fala e dentes no bem-estar de adolescentes escolares no estado do Rio Grande do Sul. Além disso, apontaram a renda média da família como fator de proteção para o bem-estar dessa população.

Palavras-chave: Qualidade de vida. Dentição. Saúde bucal. Adolescente.

^a Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

^b Programa de Pós-Graduação em Pediatria, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

^c Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

^d Mestra em Odontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

^e Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

Autora de correspondência: Melaine Czerminski Larré – E-mail: melaine_cl@hotmail.com

Data de envio: 26/07/2019 | **Data de aceite:** 13/08/2019

ABSTRACT

Objective: To investigate the relationship between sociodemographic factors and the performance of activities related to oral function, with psychological well-being in school adolescents. **Materials and Methods:** School-based, cross-sectional study, conducted in 36 municipalities up to 50 thousand inhabitants from Southern Brazil. The sample was composed of 1,760 scholars, selected thorough systematic sampling. Data were collected by means of a structured questionnaire, containing information on socioeconomic status, oral impact on daily activities (OIDP) and Well-Being (Andrews Scale). Poisson Regression was used to conduct the data analyses. **Results:** Difficulty to smile was almost twice as high for students who did not present well-being, PR = 1.9 (95%CI = 1.30-2.80). In addition, difficulty to speak, PR = 1,57 (95%CI CI = 1,02-2,40), and discomfort to brush the teeth, PR = 1,93 (CI = 1,29-2,91), were also associated to well-being. Difficulty to eat PR = 1,1 (95% CI = 0,75-1,65), was not associated to it. The family average income was the only sociodemographic variable associated to adolescents well-being, PR = 0,65 (95% CI = 0,45-0,96). **Conclusion:** The results of this study showed the influence of oral health related activities, smile, speak and teeth brush on the well-being of school adolescents in Rio Grande do Sul state. In addition, they pointed out the Family average income as a protection factor for the well-being of this population.

Keywords: Quality of life. Dentition. Oral health. Adolescent.

INTRODUÇÃO

O bem-estar pode ser definido como o nível em que os indivíduos avaliam a sua vida como um todo¹. É um conceito abrangente, sendo considerado um aspecto positivo na saúde. Indivíduos que vivenciam mais frequentemente boas emoções irão avaliar sua vida de forma mais positiva². A maneira como os indivíduos enfrentam os eventos diários em sua vida está relacionada com a sensação de bem-estar e satisfação. Esses sentimentos podem ser rompidos, a partir da ocorrência de um evento estressante, em termos pessoais ou no ambiente, podendo influenciar negativamente sua percepção de saúde. O desemprego, a morte de uma pessoa próxima, a separação conjugal, o roubo e as doenças na família podem afetar a satisfação com a vida e o bem-estar em qualquer indivíduo³.

Souza et al. (2012)⁴ observaram que fatores como estar empregado, ser praticante de alguma religião, não usar drogas ilícitas, pertencer a um grupo socioeconômico elevado e não ter algum tipo de distúrbio psiquiátrico estavam associados positivamente com o bem-estar de adultos jovens. Em outro estudo, realizado com adolescentes, foi identificado que aqueles que não consumiam álcool, não eram fumantes, desejavam perder peso, e que praticavam algum tipo de religião, apresentaram um nível de bem-estar mais elevado que seus pares⁵.

A adolescência é uma etapa importante do ciclo de vida em que ocorre a estruturação da personalidade do indivíduo e que ocorrem mudanças físicas, psicológicas, sociais e comportamentais⁶. Estudos apontam a adolescência como um período em que se verifica o agravamento de doenças bucais, especialmente entre os grupos mais vulneráveis⁷. Dados têm demonstrado que, com frequência, os adolescentes não buscam a Unidade Básica de Saúde para resolver seus problemas de saúde. Ao mesmo tempo, quando o problema envolve aspectos estéticos eles o fazem com maior facilidade⁸. As alterações estruturais, funcionais e principalmente estéticas podem influenciar no índice de bem-estar dessa parcela da população, que na sociedade atual, sente-se pressionada por uma padronização do que se entende como beleza⁹.

O bem-estar aparece, com frequência, integrado ao conceito de qualidade de vida, que de modo semelhante, ocupa um papel relevante na compreensão da saúde humana. A saúde bucal é parte constituinte da saúde geral. O efeito da saúde bucal nos indivíduos pode ser físico e/ou psicológico, influenciando ao longo da vida na sua capacidade de falar, olhar, sorrir,

mastigar e saborear os alimentos, bem como na sua socialização. Uma saúde bucal adequada permite que os indivíduos mastiguem os alimentos, falem e sorriam sem dor, desconforto ou embaraço, afetando positivamente seu bem-estar¹⁰.

O sistema estomatognático exerce as funções orais, como respiração, mastigação, sucção, deglutição e fala. Essas exigem o uso correto da musculatura intraoral e facial contribuindo para o estabelecimento de uma oclusão normal e favorecendo o crescimento facial pleno, sem desvios¹¹. Quaisquer alterações em uma ou mais funções dessa engrenagem poderão ocasionar padrões distintos da normalidade. Funções orais adequadas auxiliam no equilíbrio do sistema como um todo, influenciando na qualidade de vida do sujeito associado ao bem-estar. Desta forma, alterações que acometem a cavidade oral podem, em menor ou maior grau, trazer desconfortos e/ou modificações das funções orais¹².

O comprometimento da saúde bucal pode contribuir para que o adolescente sofra bullying na escola influenciando seu bem-estar. A escola desempenha um papel relevante no desenvolvimento social dos adolescentes e não pode ser considerada apenas como um espaço destinado à aprendizagem formal ou ao desenvolvimento cognitivo¹³.

Buscando explorar o bem-estar de adolescentes, o objetivo desta pesquisa é de relação entre fatores sociodemográficos e o desempenho de atividades relacionadas à função oral, com o bem-estar psicológico em adolescentes escolares.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo epidemiológico analítico transversal de base escolar, utilizando dados da pesquisa “Impacto da Estratégia da Saúde da Família no Perfil Epidemiológico de Saúde Bucal no Rio Grande do Sul”, realizada em 2011. A pesquisa principal foi desenvolvida com apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul, qualificada no processo nº 09/0066-6, Edital FAPERGS/CNPq/SESRS 002/2009 – PPSUS. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (nº 15.370) e da Secretaria da Saúde do Estado (nº 624/11). A população alvo escolhida para este recorte do estudo foram escolares, com 12 anos, de ambos os sexos, residentes em 36 municípios de diferentes portes populacionais e de diferentes macrorregiões do Estado do Rio Grande do Sul.

O bem-estar psicológico, desfecho do estudo, foi avaliado mediante a Escala de Faces de Andrews (Figura 1). Esta é uma escala visual que contém sete figuras de faces estilizadas representando expressões que variam de extrema felicidade até extrema tristeza em que cada figura da escala é representada por um círculo, com olhos que não mudam, e uma boca que varia de um meio círculo voltado para cima até outro meio círculo semelhante voltado para baixo. O adolescente assinala aquela figura que mais se assemelha à maneira como ele se sente a respeito da sua vida no último mês. Apesar de não existir estudo de validação para a população brasileira, a escala tem sido muito utilizada em pesquisas. Principalmente por se tratar de um instrumento visual analógico, ele é facilmente compreendido universalmente, sendo utilizado também em populações de baixa escolaridade e crianças. Para fins de análise, categorizou-se esta variável de forma binária, as faces A, B, C representam ter bem-estar, código 0 (zero) e as faces D, E, F, G, não ter bem-estar, código 1.



Figura 1. Escala analógica visual – Escala de Faces de Andrews.

As variáveis sociodemográficas coletadas foram: sexo (masculino; feminino), etnia (branco; amarelo; índio; pardo; negro), renda familiar – para tal, levou-se em consideração a distribuição da frequência e o valor do salário mínimo vigente (até 500 reais – SM em março/2011; de 501 a 1.500 reais; mais de 1.501 reais), escolaridade da mãe (até 4 anos; de 5 a 9 anos; 10 anos ou mais), tipo de escola (pública; privada), local de moradia (urbana; rural).

As variáveis relativas às funções da boca: dificuldades para comer, incomodo ao escovar os dentes, irritabilidade, afastamento social, diminuição da atividade física, dificuldades na fala, vergonha ao sorrir ou falar, dificuldades em estudar ou trabalhar, insônia, ou baixa qualidade de sono. Essas variáveis, cujas respostas poderiam ser “sim” ou “não”, são baseadas no Oral Impacts on Daily Performances (OIDP) ou Impacto Odontológico no Desempenho Diário, este é um instrumento desenvolvido com o objetivo de avaliar o efeito de problemas da boca na qualidade de vida dos indivíduos e que podem afetar seu bem-estar, medindo o grau de interferência da condição bucal no desempenho das atividades diárias.

Os dados foram analisados com o programa com o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 24. Análises das frequências absolutas e relativas foram calculadas. O teste do Qui-quadrado foi utilizado para avaliar diferenças nas variáveis estudadas, e quando este violou seus pressupostos utilizou-se o Teste Exato de Fischer, ambos com nível de 0,05% de significância. Regressão de Poisson com variância robusta foi utilizado para cálculo de Razões de Prevalência (RP) brutas e ajustadas e seus respectivos intervalos de confiança de 95%. No modelo ajustado, incluiu-se variáveis teoricamente relevantes com p-valor < 0.10. A significância estatística dos índices das razões de prevalência foi avaliada pelo teste de Wald.

Este estudo enquadrou-se na modalidade de pesquisa de risco mínimo, pois foram utilizados dados de pesquisa prévia, bem como por se tratar de estudo envolvendo o exame bucal de seres humanos, tal procedimento pressupõe a utilização do consentimento livre e esclarecido, conforme Resolução 466/2012. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado foi exigido dos responsáveis pelos indivíduos participantes da amostra, sendo devidamente assinado, ficando uma cópia com os mesmos. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria da Saúde Estado da Saúde do Rio Grande do Sul (nº 624/11) e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (nº 15.370).

RESULTADOS

Foram avaliados 1.760 escolares (idade: 12 anos), que responderam a todas as questões baseadas no OIDP. A prevalência dos adolescentes que relataram ter bem-estar foi de 91% e de 9% para os que relataram não ter. Em relação ao sexo, 942 (53,5%) eram do sexo feminino e 818 (46,5%) do sexo masculino.

Conforme o exposto na Tabela 1, analisando a escolaridade da mãe, constatou-se que 39,5% tinham 5 a 9 anos de estudo, 35,5% tinham 10 ou mais anos de estudo e 22,8% com até 4 anos de estudo. Quanto à etnia, 69,0% se consideraram brancos e 31,0% outras raças. A maior parte das famílias (41,6%) tinha renda média de 501 a 1.500 reais, 22,8% mais de 1501 reais e 35,5% tinham renda até 500 reais, considerando 500 reais o salário mínimo (SM) regional no mês de março de 2011.

Tabela 1: Características sociodemográficas da amostra estudada. Rio Grande do Sul, 2011.

Variáveis	n (%)
Sexo	
Feminino	942 (53,5%)
Masculino	818 (46,5%)
Etnia	
Branca	1.195 (69,0%)
Outras	538 (31,0%)
Renda Familiar	
Até R\$ 500	625 (35,5%)
R\$ 501 a R\$ 1500	733 (41,6%)
Mais de R\$ 1501	402 (22,8%)
Escolaridade da mãe	
Até 4 anos	451 (25,6%)
De 5 a 9 anos	696 (39,5%)
10 anos ou mais	613 (34,8%)
Tipo de escola	
Pública	1.733 (98,5%)
Privada	27 (1,5%)
Local moradia/Local escola	
Urbano	237 (33,4%)
Rural	472 (66,6%)

Levando em consideração as questões relacionadas ao OIDP (Tabela 2): 680 jovens responderam que apresentam dificuldade para comer por causa dos dentes, ou sentiram dor ao tomar líquidos quentes ou gelados (44,0%); 267 referiram que os seus dentes o incomodaram ao escovar (15,2%); 292 que os seus dentes o deixaram nervoso(a) ou irritado(a) (16,6%); 75 que deixaram de praticar esportes por causa dos seus dentes (4,6%); 149 tiveram dificuldade para falar por causa dos seus dentes (8,5%); 304 responderam que os seus dentes os fizeram sentir vergonha de sorrir ou falar (17,3%); 76 que os seus dentes atrapalharam para estudar/trabalhar ou fazer tarefas da escola/trabalho (4,3%); e 289 deixaram de dormir

ou dormiram mal (sono) por causa dos seus dentes (16,4%). Salienta-se que o mesmo jovem pode ter referido vários fatores. Assim, os valores ultrapassam o número de entrevistados e a porcentagem de 100%.

Tabela 2: Relação entre as questões do OIDP com o bem-estar em pré-adolescentes. Rio Grande do Sul, 2011.

Variáveis	Total	Bem-estar Positivo	Bem-estar Negativo	p-valor
Teve dificuldade para comer por causa dos dentes ou sentiu dor nos dentes ao tomar líquidos gelados ou quentes?				< 0,001
Sim	671 (43,9%)	53 (38,1%)	803 (57,9%)	
Não	856 (56,1%)	585 (42,1%)	86 (61,9%)	
Os seus dentes o incomodaram ao escovar?				< 0,001
Sim	265 (17,4%)	212 (15,3%)	53 (38,7%)	
Não	1262 (82,6%)	1178 (84,7%)	84 (61,3%)	
Os seus dentes o deixaram nervoso(a) ou irritado(a)?				< 0,001
Sim	287 (19,0%)	239 (17,4%)	48 (35,8%)	
Não	1223 (81,0%)	1137 (82,6%)	86 (64,2%)	
Deixou de sair, se divertir, ir a festas, passeios por causa dos seus dentes?				0,148
Sim	99 (6,5%)	126 (90,6%)	1304 (93,8%)	
Não	1430 (93,5%)	13 (9,4%)	86 (6,2%)	
Deixou de praticar esportes por causa dos seus dentes?				0,008
Sim	74 (4,9%)	61 (4,4%)	13 (9,6%)	
Não	1447 (95,1%)	1324 (95,6%)	123 (90,4%)	
Teve dificuldade para falar por causa dos seus dentes?				<0,001
Sim	147 (9,7%)	115 (8,3%)	32 (23,2%)	
Não	1370 (90,3%)	1264 (91,7%)	106 (76,8%)	
Os seus dentes o fizeram sentir vergonha de sorrir ou falar?				<0,001
Sim	303 (19,9%)	1137 (82,3%)	79 (57,7%)	
Não	1216 (80,1%)	245 (17,7%)	58 (48,3%)	
Os seus dentes atrapalharam para estudar/trabalhar ou fazer tarefas da escola/trabalho?				0,001
Sim	75(4,9%)	60 (4,3%)	15 (10,9%)	
Não	1450 (95,1%)	1327 (95,7%)	123 (89,1%)	
Deixou de dormir ou dormiu mal por causa dos seus dentes?				<0,001
Sim	285 (18,8%)	238 (17,3%)	47 (34,1%)	
Não	1231 (81,2%)	1140 (82,7%)	91 (65,9%)	

Na análise bruta por intermédio da Regressão de Poisson observou-se associação entre a renda de R\$ 501,00 a R\$ 1.500,669 (0,426-0,973) e o não ter bem-estar, e maior prevalência de não ter bem-estar e etnia 1,467 (1,080-1,992), ambos considerando intervalo de confiança de 95%. A única variável referente ao OIDP que não esteve associada ao bem-estar foi “deixar de sair, se divertir, ir a festas, passeios por causa dos seus dentes...” (p = 0,148).

Na análise ajustada (Tabela 3), observou-se que a renda familiar média de R\$ 501 a R\$ 1500 foi um fator de proteção em relação ao bem-estar dos estudantes 0,655 (0,447-0,960), sendo a única variável sociodemográfica significativamente associada ao desfecho. Entre os jovens que sentiram incômodo para escovar os dentes, a prevalência de não ter bem-estar foi duas vezes maior do que aqueles que não sentiram incômodo para escovar os dentes RP = 1,94 (95% IC = 1,29-2,91). A dificuldade para sorrir foi quase duas vezes maior para os escolares que não tinham bem-estar RP = 1,91 (IC = 1,301-2,804). Além disso, o bem-estar dos estudantes estava associado à dificuldade para falar, RP = 1,57 (95% IC = 1,02-2,40).

Tabela 3: Razões de prevalência brutas e ajustadas entre as questões do Oral Impacts on Daily Performances (OIDP) e bem-estar em pré-adolescentes. Rio Grande do Sul, 2011.

Variáveis	RP Bruta	95% CI	p-valor	RP Ajustada	95% CI	p-valor
Sexo						
Masculino	1	-	-	-	-	-
Feminino	1,267	(0,935-1,718)	0,127	-	-	-
Etnia						
Branca	1	-	-	1	-	-
Outras	1,467	(1,080-1,992)	0,014	1,093	(0,756-1,580)	0,638
Renda Familiar						
Até R\$ 500	1	-	-	1	-	-
R\$ 501 a R\$ 1500	0,669	(0,426-0,973)	0,036	0,655	(0,447-0,960)	0,030
Mais de R\$ 1501	1,077	(0,757-1,534)	0,680	0,658	(0,382-1,133)	0,131
Escolaridade da mãe						
Até 4 anos	1	-	-	1	-	-
De 5 a 9 anos	0,643	(1,001-1,079)	0,042	1,488	(0,982-2,255)	0,061
10 anos ou mais	0,991	(0,952-1,032)	0,677	1,016	(0,611-1,689)	0,951
OIDP						
Teve dificuldade para comer por causa dos dentes ou sentiu dor nos dentes ao tomar líquidos gelados ou quentes?						
Sim	1	-	-	1	-	-
Não	2,070	(1,493-2,871)	< 0,001	1,115	(0,752-1,652)	0,588
Os seus dentes o incomodaram ao escovar?						
Sim	1	-	-	1	-	-
Não	3,005	(2,188-4,127)	< 0,001	1,938	(1,290-2,911)	0,001
Os seus dentes o deixaram nervoso(a) ou irritado(a)?						
Sim	1	-	-	1	-	-
Não	2,378	(1,712-3,305)	< 0,001	1,462	(0,974-2,195)	0,067

Tabela 3 (cont.)

Variáveis	RP Bruta	95% CI	p-valor	RP Ajustada	95% CI	p-valor
Deixou de sair, se divertir, ir a festas, passeios por causa dos seus dentes?						
Sim	1	-	-	-	-	-
Não	0,671	(0,394-1,144)	0,143	-	-	-
Deixou de praticar esportes por causa dos seus dentes?						
Sim	1	-	-	1	-	-
Não	2,067	(1,227-3,482)	0,006	1,122	(0,603-2,090)	0,716
Teve dificuldade para falar por causa dos seus dentes?						
Sim	1	-	-	1	-	-
Não	2,814	(1,969-4,020)	< 0,001	1,577	(1,027-2,424)	0,038
Os seus dentes o fizeram sentir vergonha de sorrir ou falar?						
Sim	1	-	-	1	-	-
Não	2,946	(2,151-4,036)	< 0,001	1,910	(1,301-2,804)	0,001
Os seus dentes atrapalharam para estudar/trabalhar ou fazer tarefas da escola/trabalho?						
Sim	1	-	-	1	-	-
Não	2,358	(1,454-3,822)	0,001	0,600	(0,314-1,148)	0,123
Deixou de dormir ou dormiu mal por causa dos seus dentes?						
Sim	1	-	-	1	-	-
Não	2,231	(1,608-3,096)	< 0,001	1,059	(0,692-1,623)	0,791

95% CI – Intervalo de Confiança de 95%; RP – Razão de Prevalência.

* – Ajuste para sexo, etnia, renda familiar, escolaridade da mãe ODP (menos a questão “Deixou de sair, se divertir, ir a festas, passeios por causa dos seus dentes?”).

DISCUSSÃO

Este estudo mostrou uma alta frequência de bem-estar entre adolescentes escolares no Rio Grande do Sul. Ao mesmo tempo, observou-se uma associação entre vergonha de falar ou sorrir, dificuldade para falar, incômodo ao escovar os dentes e o bem-estar dos jovens.

A alta prevalência de bem-estar encontrada foi semelhante àquela encontrada por Silva et al.⁵, em uma população de adolescentes com idade entre 15 e 18 anos. Não se encontrou na literatura estudo investigando variáveis relacionadas à função da boca e o bem-estar em adolescentes. Um estudo com escolares de Belo Horizonte, mostrou que a função da boca mais afetada pela falta dentária, foi “sorrir e mostrar os dentes sem ficar constrangido”, influenciando seu bem-estar psicológico¹⁴.

Os resultados desta investigação evidenciaram que ter vergonha de falar ou sorrir e dificuldade para falar mostram a importância das funções bucais no bem-estar dos adolescentes. O efeito das funções da boca pode ser físico ou psicológico. O fato do bem-estar dos participantes da pesquisa ser afetado pela vergonha de sorrir e falar demonstra o valor dos aspectos estéticos da boca. A estética facial exerce um papel importante na saúde psicossocial dos indivíduos estando relacionada com sua qualidade de vida^{10,15}.

Problemas de saúde bucal repercutem na qualidade de vida relacionada à saúde bucal de adolescentes. Em revisão sistemática foi encontrada associação entre impacto negativo na qualidade de vida relacionada à saúde bucal de adolescentes e a má oclusão, cárie dentária e traumatismo dentário¹⁶.

Além disso, deformidades faciais causam maior impacto nos indivíduos comparadas com outras incapacidades físicas¹⁷. A presença de dentes alinhados também pode influenciar na percepção sobre a beleza, o reconhecimento profissional e a inteligência, bem como a ligação com indivíduos com melhor status socioeconômico¹⁸.

Um estudo com jovens da Jordânia também mostrou que a forma e a cor dos dentes, o espaçamento entre eles ou sua ausência foram o fator mais importante para a ocorrência de bullying na escola¹⁹. No Brasil, em estudo realizado com 183 alunos de colégios públicos e privados de municípios do sul do país, observou-se uma prevalência de 38,1% de bullying, tendo como fatores associados a violência, a satisfação pessoal com os dentes, não conseguir superar as dificuldades, sentir-se sob pressão, perder o sono, sentir-se infeliz, a idade – adolescência, o sexo que intimidou e já ter sido autor de bullying²⁰.

Na sociedade atual, existe pressão para uma padronização do que se entende como beleza⁹. Nesse sentido, a mídia pode exercer o papel de formadora de opinião, influenciando as normas sociais vigentes, ao valorizar a aparência física para a conquista do sucesso e felicidade²¹. As normas sociais auxiliam na definição do comportamento dos grupos, incluindo os adolescentes. Por serem aceitas como normais, geram coesão social auxiliando na identidade do grupo²².

A revisão da literatura mostrou que são escassos estudos avaliando os fatores associados ao bem-estar psicológico. Em trabalho realizado por Silva et al (2007)⁵, foi observada uma relação positiva entre não ser fumante, não fazer uso abusivo de bebidas alcoólicas, desejo de perder peso, religiosidade e o bem-estar em adolescentes. Estudos realizados com adolescentes portugueses, americanos, russos e italianos mostraram um maior nível de bem-estar em adolescentes que recebiam apoio dos pais e professores para sua autonomia, além de boa aceitação nos grupos sociais e satisfação escolar^{23,24,25}.

Neste estudo observou-se associação entre “incômodo ao escovar os dentes” e o bem-estar dos escolares. Uma possível explicação para esta associação é a presença do sangramento gengival entre os jovens, o que poderia estar causando o incômodo ao escovar os dentes²⁶.

Na análise bivariada, a variável dificuldade para comer por causa dos dentes estava associada ao desfecho. Entretanto, esta associação não se manteve após o ajuste com outras variáveis. Cerca de um terço da população, de estudo realizado com mesmo público, apresentou cárie não tratada²⁷. Mesmo assim, é provável que esta condição não tenha acarretado dificuldade para comer entre os escolares e ao mesmo tempo não afetou seu bem-estar psicológico. Dessa forma, parece que os fatores estéticos, neste grupo, são mais relevantes do que os funcionais.

Observou-se que a renda familiar de categoria média foi um fator de proteção em relação ao bem-estar dos estudantes, sendo a única variável sociodemográfica significativamente associada ao desfecho, podendo estar associada ao fato destes jovens terem mais acesso a serviços. Estudos investigando fatores associados ao bem-estar de adolescentes mostraram associação entre menores níveis de bem-estar psicológico com baixo nível socioeconômico e baixa escolaridade, indicando que os adolescentes de classes sociais menos favorecidas apresentam menores índices de bem-estar psicológico^{4,5}.

No que diz respeito ao sexo dos adolescentes, não se observou associação estatisticamente significativa entre o sexo masculino e feminino com o bem-estar, corroborando o resultado de outros estudos nacionais^{4,5}.

Quanto à única variável referente ao OIDP que não esteve associada ao bem-estar foi “deixar de sair, se divertir, ir a festas, passeios por causa dos seus dentes...”, o que pode estar relacionada à idade dos adolescentes coletados nesta amostra do estudo.

Os resultados deste estudo apontam a influência das funções da boca: sorrir, falar, incômodo ao escovar os dentes com o bem-estar dos adolescentes escolares, possivelmente relacionado a questões estéticas. Ao mesmo tempo, indicam que a renda familiar de nível médio pode ser um fator de proteção para seu bem-estar.

Na adolescência, com frequência, os jovens sofrem diferentes pressões que incluem mudanças nas relações familiares e dos grupos aos quais pertencem ou gostariam de pertencer²⁸. Ao mesmo tempo, é neste período que potencialmente os indivíduos apresentam os melhores níveis de saúde e vitalidade que irão permitir a realização de suas atividades diárias na vida adulta^{6,29}.

Desse modo, tornam-se relevantes ações e atividades que promovam a saúde física e mental dos jovens para fortalecer seu bem-estar. Considerando-se que a maioria dos jovens estão na escola aos 12 anos, esta se constitui em um espaço privilegiado para implementação de ações que promovam sua saúde e bem-estar³⁰.

A análise multivariável, controlando para possíveis fatores de confusão, realizada neste trabalho é algo inovador para a área da fonoaudiologia. A maioria das pesquisas já publicadas na área utilizam apenas a análise bivariada. Dadas as características dos estudos transversais, não é possível fazer inferências sobre causas e efeitos do bem-estar, sendo esta uma das limitações deste estudo. Salienta-se também que as associações encontradas entre as variáveis investigadas e o bem-estar podem estar sendo influenciadas por outros fatores não avaliados nesta investigação.

Desta forma, apesar da demonstração da relação entre o desempenho das atividades relacionadas à saúde bucal, comer, falar, sorrir e o bem-estar psicológico em adolescentes escolares, mais estudos sobre o tema, com desenhos mais robustos (caso-controle e longitudinal), tornam-se necessários.

CONCLUSÃO

A presente investigação encontrou associação entre vergonha de falar ou sorrir, dificuldade para falar, incômodo ao escovar os dentes e o bem-estar, em escolares adolescentes no Rio Grande do Sul.

Não foi observada associação entre comer e o bem-estar dos jovens.

A grande maioria dos adolescentes apresentou bem-estar, indicando uma avaliação positiva de sua vida.

REFERÊNCIAS

1. veenhoven, R. Questions on happiness; classical topics, modern answers, blindspots. In: Strack F, Argyle M, Schwarz N, editors. Subjective well being: an interdisciplinary perspective. Oxford: Pergamon Press; 1991; 7-26.
2. Galinha I, Ribeiro JLP. História e evolução do conceito de bem-estar subjetivo. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 2005; 6(2): 203-214.
3. Sparrenberger F, Santos I, Lima RC. Associação de eventos de vida produtores de estresse e mal-estar psicológico: um estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública* 2004; 20:249-58.
4. Souza LSDM, Maragalhoni TC, Quincoses MT, Jansen K, Cruzeiro ALS, Ores L, et al. Bem-estar psicológico de jovens de 18 a 24 anos: fatores associados. *Cad. Saúde Pública*. 2012; 28 (6):1167-1174.
5. Silva RA, Horta BL, Pontes LM, Faria AD, Souza LDM, Cruzeiro ALS, et al. Bem-estar psicológico e adolescência: fatores associados. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23 (5):1113-1118.
6. Palazzo LS, Bérla JU, Tomasi E. Adolescentes que utilizan servicios de atención primaria: ¿Cómo viven? ¿Por qué buscan ayuda y cómo se expresan? *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(6): 1655-1665.
7. Vettore MV, Marques RAA, Peres MA. Desigualdades sociais e doença periodontal no estudo SBBrazil 2010: abordagem multinível. *Rev. Saúde Pública*. 2013; 47(3):29-39.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
9. Wolf N. O mito da beleza: como as imagens de beleza são usadas contra as mulheres. Rio de Janeiro: Rocco. 1992.
10. Sheiham A. Oral health, general health and quality of life. *Bulletin of the World Health Organization*, 2005: 83.
11. Silva FAG, Freito SF, Cavassan AO. O hábito e sucção, elementos passíveis de intervenção. *Estomat Cult*. 1986; 4:61-71.
12. Pastana SDG, Cantisano MH, Mariano BO, Bianchini EMG. Queixas orais e verificação da fala de indivíduos com síndrome da ardência bucal. *Rev. CEFAC*. 2013; 15(4):904-912.
13. Bandeira CM, Hutz CS. As implicações do bullying na autoestima de adolescentes. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*, 14(1):131-138.
14. Cortes MIS, Marcenos W, Sheiham A. Prevalence and correlates of traumatic injuries to the permanent teeth of school children aged 9-14 years in Belo Horizonte, Brazil. *Dent Traumatol* 2001;17(1):22-6.
15. Berscheid E, Walster E, Bohrnstedt G. Body Image. *Psychology Today*. Del Mar. 1973; 7:119-131.
16. Oliveira DC, Pereira PN, Ferreira FM, Paiva SM, Fraiz FC. Impacto relatado das alterações bucais na qualidade de vida de adolescentes: revisão sistemática. *Redalyc*. 2013; 13(1):123-29.
17. Shaw WC, Lewis HG, Robertson NRE. Perception of malocclusion. *Br Dental J*. 1975; 138(6):211-6.
18. Kerosuo H, Hausen H, Laine T, Shaw WC. The influence of incisal malocclusion on the social attractiveness of young adults in Finland. *Eur J Orthod*. 1995; 17(6):505-12.
19. Al Bitar ZB, Al Omari IK, Sonbol HN, Al-Ahmad HT, Cunningham SJ. Bullying among Jordanian schoolchildren, its effects on school performance, and the contribution of general physical and dentofacial features. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*. 2013; 144(6): 872-878.
20. Haas MF, Bellato A, Alves SGG, Arossi G. Bullying na escola e fatores associados a saúde oral. *Adolesc Saude*. 2017;14(4):85-96.
21. Thomsen SR, McCoy JK, Gustafson R, Williams, H. Motivations for Reading beauty and fashion magazines and anorexic risk in college-age women. *Media Psychology*. 2002; (2):113-135.
22. Abegg C, Freeman R. Development of behaviours and habits conducive to oral health. In: Sheiham, A. et al. eds. *Promoting the oral health of children*. 2ed. São Paulo: Quintessence, 2014.

23. Chirkov VI, Ryan RM. Parent and teacher autonomy-support in Russian and U.S. adolescents: Common effects on well-being and academic motivation. *Journal of Cross Cultural Psychology*. 2001; 32:618-63.
24. Corsano P, Majorano M, Champretavy L. Psychological Well-Being in Adolescence: The Contribution Of Interpersonal Relations And Experience Of Being Alone. *Adolescence; Roslyn Heights*. 2006; 41(162):341-53.
25. Fernandes HM, Vaconcelos JR, Bertelli R, Almeida L. Satisfação escolar e bem-estar psicológico em adolescentes portugueses. *Rev. Lusófona de Educação, Lisboa*. 2011; 18:155-172.
26. Fonseca EP, Ferreira EF, Abreu MHN, Palmier AC, Vargas AMD. Relação entre condição gengival e fatores sociodemográficos de adolescentes residentes em uma região brasileira. *Ciência e Saúde coletiva*. 2015; 20(11):3375-3384.
27. Ely HC, Abegg C, Celeste RK, Patussi MP. Impacto das equipes de saúde bucal da Estratégia da Saúde da Família na saúde bucal de adolescentes do sul do Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2016; 21:1607-1616.
28. WHO 2012. Health Behaviour In School-Aged Children (Hbsc) Study: International Report From the 2009/2010 Survey, relatório disponibilizado pela World Health Organization
29. Garbin CAS, Garbin AJI, Moimaz SAS, Gonçalves PE. A saúde na percepção do adolescente. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2009; 19(1).227-238.
30. Moyses ST, Watt RG, Sheiham A. Associations between health promoting schools policies on some indicators of oral health. *Health Promotion International*. 2003; (18):209-18.