



Universidade Federal da Bahia
Faculdade de Odontologia
Programa de Pós-Graduação em Odontologia e Saúde



MARILENE BATISTA COLAÇO COSTA

**FATORES ASSOCIADOS À PERDA DENTÁRIA POR CÁRIE EM
ADOLESCENTES DE 15 - 19 ANOS EM SALVADOR - BA, 2015**

Salvador
2017



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
DEPARTAMENTO DE PROPEDEÚTICA
CLÍNICA INTEGRADA



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA E SAÚDE

Marilene Batista Colaço Costa

Fatores associados à perda dentária por cárie
em adolescentes de 15 - 19 anos em
Salvador - BA, 2015

Tese de Doutorado submetida ao Programa de Doutorado Especial da Universidade Federal da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Odontologia e Saúde, como requisito para a obtenção do Título de Doutora em Odontologia.

Salvador

2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
DEPARTAMENTO DE PROPEDEÚTICA CLÍNICA INTEGRADA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA E SAÚDE

Marilene Batista Colaço Costa

Fatores associados à perda dentária por cárie
em adolescentes de 15 - 19 anos em
Salvador - BA, 2015

Tese de Doutorado submetida ao Programa de
Doutoramento Especial da Universidade
Federal da Bahia, Programa de Pós-Graduação
em Odontologia e Saúde, como requisito para a
obtenção do Título de Doutora em Odontologia.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Cristina Teixeira
Cangussu
Co-orientadora: Profa. Dra. Maria Isabel Pereira
Vianna

Salvador
2017

C 837 Costa, Marilene Batista Colaço

Fatores associados à perda dentária por cárie em adolescentes de 15-19 anos em Salvador, Bahia 2015. / Marilene Batista Colaço Costa. – Salvador, 2017.

95 f. : il.

Tese (Doutorado em Odontologia) – Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Odontologia, 2017.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Cristina Teixeira Cangussu.

1. Saúde Bucal. 2. Adolescente. 3. Perda Dentária. 4. Acesso a serviços de saúde bucal. I. Título. II. Cangussu, Maria Cristina Teixeira.

CDU: 616.314-084



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ODONTOLOGIA E SAÚDE

TERMO DE APROVAÇÃO

C.D. MARILENE BATISTA COLAÇO COSTA

“PREVALÊNCIA DA PERDA DENTÁRIA POR CÁRIE EM
ADOLESCENTES DE 15-19 ANOS EM SALVADOR-BA, 2015”

BANCA EXAMINADORA:

Maria Cristina Teixeira Cangussu

Profa. Dra. Maria Cristina Teixeira Cangussu (Orientadora)

Professor da Universidade Federal da Bahia – Faculdade de Odontologia

Maria Isabel Pereira Vianna

Profa. Dra. Maria Isabel Pereira Vianna (Examinador Interno)

Professora da Universidade Federal da Bahia – Faculdade de Odontologia

Sandra Garrido de Barros

Profa. Dra. Sandra Garrido de Barros (Examinador Externo)

Professora da Universidade Federal da Bahia – Instituto de Saúde Coletiva

Luísa Silva Lima

Profa. Dra. Luísa Silva Lima (Examinador Externo)

Consultora do Serviço Social da Indústria/Ba.

Tatiana Frederico de Almeida

Profa. Dra. Tatiana Frederico de Almeida (Examinador Externo)

Professora da Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências

*Aos queridos pais Luiz (in memoriam)
e Izaura França, maiores mestres, que
no curso incansável do tempo, me
ensinaram a viver com dignidade.*

*A Sávio e Breno, amados filhos,
esperança na renovação dos meus dias,
com carinho.*

Agradecimentos Especiais

À Professora Dra. Maria Cristina Teixeira Cangussu, por uma orientação pautada com paciência, tranquilidade e atenção em todas as etapas desse trabalho, desde quando acolhida como orientanda, o que constitui uma grande satisfação.

À Professora Dra. Maria Isabel Pereira Vianna, minha co-orientadora, pelos múltiplos e inestimáveis ensinamentos e que, tão próxima, acompanhou todas as fases deste trabalho.

Agradeço por tantos ensinamentos e por acreditarem em mim!

Agradecimentos

À Deus, fonte originária da vida, do amor, da paz.

À Universidade Federal da Bahia - UFBA, em suas várias instâncias, meu agradecimento.

À Faculdade de Odontologia - FOUFBA, representada na pessoa do Sr. Diretor Dr. Marcel Lautenschlager Arriaga.

Ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia, pela confiança e oportunidade de realizar este ideal, representado na pessoa do Sr. Coordenador Dr. Jean Nunes dos Santos, minha sincera gratidão.

Aos adolescentes que participaram da pesquisa e aos seus pais, pela valiosa e inestimável colaboração.

Às Professoras Dras. Luciana Maria Pedreira Ramalho (Chefe do Departamento DP(O)) e Maria das Graças Alonso Oliveira (Vice-Chefe do Departamento DP(O)), pelo suporte e apoio no sentido de harmonizar e equilibrar atividades acadêmicas junto ao Departamento, meu agradecimento.

Às Professoras da equipe de Saúde Coletiva, Dras. Maria Beatriz Barreto de Sousa Cabral, Johelle de Santana Passos Soares, Sandra Garrido de Barros, pelos valiosos ensinamentos, na disciplina cursada.

Aos queridos Breno Augusto Batista Colaco Costa, Caio Machado Moreira e Matheus Paz, pelo apoio e elaboração da etapa de geoprocessamento, minha sincera gratidão.

À Professora Dra. Maria Isabel de Jesus Sousa Barreira, pelo apoio, orientação e carinho na fase bibliográfica, meu agradecimento.

Às Professoras Dras. Denise Nogueira Cruz, Sônia Cristina Lima Chaves, pelo apoio e incentivo.

Aos queridos Professores Drs. (as). José Flávio Wanderley Cruz, Regina Cerqueira Wanderley Cruz, Sandra de Cássia Santana Sardinha, Rosângela Goes Rabelo, pela amizade e apoio em todos os momentos.

Aos queridos Professores Dr. (a). Paulo Sérgio Flores Campos, Teda Margarida Rocha Crusó Rebelo, presentes em momentos difíceis nesta etapa de minha vida.

Aos colegas da Clínica Integrada, pela compreensão e apoio.

A todos, que embora não nomeados, mas que direta ou indiretamente participaram desta fase da minha vida profissional, e contribuíram com sua solidariedade, o meu reconhecido agradecimento.

RESUMO

O presente trabalho teve como objetivos verificar a ocorrência de perda dentária por cárie e os fatores individuais e contextuais associados a esta condição em adolescentes dos 12 Distritos Sanitários (DS) de Salvador-Ba. O delineamento do estudo foi do tipo transversal, com uma população de estudo na faixa de 15 a 19 anos de idade, de ambos os sexos, regularmente matriculados em escolas de ensino médio do município. Foram examinados 1.629 adolescentes, durante o ano de 2015, no ambiente escolar, seguindo a recomendação preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Para avaliar a cárie dentária foi utilizado o índice CPOD e entrevistas semi-estruturadas foram realizadas anteriormente ao exame no sentido de identificar dados demográficos, acesso e utilização dos serviços de saúde e morbidade referida. Houve predomínio do sexo feminino (56,05%), de etnia parda ou negra (85,75%) e percentual de 48,49% com atraso escolar. O CPOD do grupo foi de 1,50 (1,35- 1,61; 95% IC) e a perda dentária atingiu 7,7% dos adolescentes. Após análise de regressão logística as variáveis de acesso e utilização dos serviços de saúde mostraram-se associadas a ocorrência da perda dentária em adolescentes incluindo- ter utilizado serviços de saúde nos últimos 12 meses (OR=2,21; 1,41- 3,46 95%IC), ter procurado atendimento em urgência odontológica nos últimos 12 meses (OR= 6,17; 3,65- 10,41 95%IC). Das variáveis sociodemográficas, apenas se mostrou relevante no modelo final a presença de atraso escolar de pelo menos um ano (OR= 2,16; 1,78- 2,72 95%IC). São necessárias medidas de controle para minimizar a perda dentária nesse grupo etário.

Palavras-chave: Saúde Bucal. Adolescente. Perda Dentária. Acesso a serviços de saúde bucal.

ABSTRACT

The present study had as objectives to verify the occurrence of dental caries loss and the individual and contextual factors associated with this condition in adolescents of the 12 San Salvador Districts (DS). The study was designed as a cross-sectional study, with a study population between 15 and 19 years of age, of both sexes, regularly enrolled in secondary schools in the city. A total of 1.629 adolescents were examined during the year 2015 in the school environment, following the recommendation recommended by the World Health Organization (WHO). To evaluate dental caries, the DMFT index was used and semi-structured interviews were conducted prior to the examination in order to identify demographic data, access and use of health services and referred morbidity. The predominance was female (56.05%), brown or black (85.75%), and 48.49% had school delay. The DMFT of the group was 1.50 (1.35 - 1.61, 95% CI) and tooth loss reached 7.7% of adolescents. After logistic regression analysis, the variables of access and use of health services were associated with the occurrence of dental loss in adolescents, including health services in the last 12 months (OR = 2.21, 1.41-3, 46 95% CI), have sought dental emergency care in the last 12 months (OR = 6.17, 3.65-10.41 95% CI). Of the sociodemographic variables, only the presence of school delay of at least one year (OR = 2.16, 1.78-2.72 95% CI) was only relevant in the final model. Control measures are needed to minimize tooth loss in this age group.

Key words: Oral Health. Teenager. Loss of teeth. Access to oral health services.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Distritos Sanitários com respectiva população total, Salvador- BA, 2016.....	42
Quadro 1 - Rede de serviços de saúde bucal do município de Salvador por Distrito Sanitário, 2016	43
Gráfico 1 - Distribuição da população por distrito de estudantes de escolas públicas nas idades de 15-19 (n= 1.629) anos, Salvador- BA, 2015	53
Tabela 1 - Caracterização da população e utilização dos serviços de saúde bucal em estudantes de escolas públicas nas idades de 15 a 19 anos (n= 1.629). Salvador- BA, 2015.	54
Gráfico 2 - Média e Intervalo de confiança do CPOD e seus componentes em estudantes de escolas públicas de 15-19 anos em Salvador- BA, 2015.	55
Gráfico 3 - Distribuição dos dentes perdidos por distrito em estudantes de escolas públicas nas idades de 15-19 anos (n= 1.629). Salvador- BA, 2015.	56
Gráfico 4 - Percentual de indivíduos com dentes perdidos em estudantes de escolas públicas nas idades de 15-19 (n= 1.629) anos de idade. Salvador- BA, 2015.	57
Tabela 2 - Cobertura assistencial em saúde bucal por distrito sanitário do município de Salvador- BA, 2015 que inclui atenção básica e estratégia de saúde da família.....	58
Figura 2 - Cobertura assistencial em saúde bucal por distrito sanitário do município de Salvador- BA, 2015.	59
Figura 3 - Distribuição espacial das unidades de saúde da família e de atenção básica no município de Salvador- BA, 2015.....	60
Tabela 3 - Associação bivariada entre ocorrência de perda dentária, variáveis sociodemográficas, dor de dente e utilização de serviços de saúde em estudantes de escolas públicas nas idades de 15-19 (n= 1.629) anos de idade. Salvador- BA, 2015.	61
Tabela 4 - Modelo final de regressão logística entre ocorrência de perda dentária, variáveis sociodemográficas, dor de dente e utilização de serviços de saúde em estudantes de escolas públicas nas idades de 15 a 19 anos (n= 1.629), Salvador- BA, 2015.....	63

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Distritos Sanitários com respectiva população total, Salvador- BA, 2016.....	42
Figura 2 - Cobertura assistencial em saúde bucal por distrito sanitário do município de Salvador- BA, 2015.	59
Figura 3 - Distribuição espacial das unidades de saúde da família e de atenção básica no município de Salvador- BA, 2015.	60

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Rede de serviços de saúde bucal do município de Salvador por Distrito Sanitário, 2016.....	43
---	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição da população por distrito de estudantes de escolas públicas nas idades de 15-19 (n= 1.629) anos, Salvador- BA, 2015.	53
Gráfico 2 - Média e Intervalo de confiança do CPOD e seus componentes em estudantes de escolas públicas de 15-19 anos em Salvador- BA, 2015.	55
Gráfico 3 - Distribuição dos dentes perdidos por distrito em estudantes de escolas públicas nas idades de 15-19 anos (n= 1.629). Salvador- BA, 2015.	56
Gráfico 4 - Percentual de indivíduos com dentes perdidos em estudantes de escolas públicas nas idades de 15-19 (n= 1.629) anos de idade. Salvador- BA, 2015.	57

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização da população e utilização dos serviços de saúde bucal em estudantes de escolas públicas nas idades de 15 a 19 anos (n= 1.629). Salvador- BA, 2015.	54
Tabela 2 - Cobertura assistencial em saúde bucal por distrito sanitário do município de Salvador- BA, 2015, incluindo atenção básica e estratégia de saúde da família.....	58
Tabela 3 - Associação bivariada entre ocorrência de perda dentária, variáveis sociodemográficas, dor de dente e utilização de serviços de saúde em estudantes de escolas públicas nas idades de 15-19 (n= 1.629) anos de idade. Salvador- BA, 2015.	61
Tabela 4 - Modelo final de regressão logística entre ocorrência de perda dentária, variáveis sociodemográficas, dor de dente e utilização de serviços de saúde em estudantes de escolas públicas nas idades de 15 a 19 anos (n= 1.629), Salvador- BA, 2015.	63

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CEOs	Centro de Especialidades Odontológicas
CPO-D	Índice de Dentes Cariados Perdidos e Obturados
CRDC	Centro de Referência de Doenças Cardíaca
DAS	Diretoria de Atenção à Saúde
DS	Distritos Sanitários
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Equipe de Saúde da Família
FDI	Federação Dentária Internacional
FOUFBA	Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
ISC	Instituto de Saúde Coletiva/UFBA
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
LRPD	Laboratório Regional de Prótese Dentária
MS	Ministério da Saúde
NSAOH	Pesquisa Nacional da Austrália de Saúde Bucal
OMS	Organização Mundial de Saúde
OR	Odds Ratio
PF	Prótese Fixa
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPR	Prótese Parcial Removível
PSF	Programa de Saúde da Família
RP	Razão de Prevalência
SIC	Índice Significante de Cárie
SC	Saúde Coletiva
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UAO	Unidade de Atendimento Odontológico

UBS	Unidade Básica de Saúde
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 REVISÃO DE LITERATURA	17
2.1 ADOLESCÊNCIA	17
2.2 PREVALÊNCIA E SEVERIDADE DA CÁRIE E PERDA DENTÁRIA EM ADOLESCENTES.....	20
2.3 FATORES ASSOCIADOS À PERDA DENTÁRIA EM ADOLESCENTES.....	29
2.4 ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	33
3 OBJETIVOS.....	40
3.1 OBJETIVO GERAL	40
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	40
4 METODOLOGIA	41
4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA	41
4.2 LOCAL DE ESTUDO	41
4.3 SUJEITOS DA PESQUISA E DELINEAMENTO AMOSTRAL	44
4.4 COLETA DE DADOS	45
4.5 COBERTURA EM SAÚDE BUCAL.....	50
4.6 PROCESSO DE ANÁLISE	51
4.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	52
5 RESULTADOS.....	53
6 DISCUSSÃO.....	64
7 CONCLUSÕES	74
REFERÊNCIAS.....	75
ANEXOS	84

1 INTRODUÇÃO

A adolescência é um período dinâmico e de transições complexas, em que os comportamentos relacionados à saúde se consolidam, entre eles, a higiene bucal e os hábitos alimentares (BONOTTO et al., 2015). Neste período também existe o risco da ocorrência da cárie dentária na dentição permanente jovem. Esta apresenta etiologia multifatorial e é influenciada por aspectos biológicos, comportamentais e socioeconômicos e, ainda na atualidade, é considerada um dos principais problemas de saúde pública no país. Houve, nas últimas décadas, um declínio nos índices da doença no mundo, mas ainda representa a maior causa de perda de dentes em adolescentes (WHO, 2003).

Ao longo das últimas décadas, uma mudança no perfil epidemiológico de cárie dentária tem sido observada em países desenvolvidos (Brasil, 2010; WHO, 2003) e em desenvolvimento. No Brasil, a mesma tendência foi verificada, especialmente, em crianças e adolescentes. Na última década se destaca uma redução significativa de 35% no componente cariado em adolescentes entre os anos de 2003 e 2010 (WHO, 2003; BRASIL, 2004; BRASIL, 2010).

Este processo deve-se às mudanças nos critérios de identificação da cárie dentária: tipo de investigação, delineamento, plano amostral e critérios de diagnóstico. Além disso as medidas ou fatores de proteção, como expansão da fluoração das águas de abastecimento público; a introdução do dentifrício fluorado no mercado e a mudança nos programas de atenção à saúde bucal vem contribuindo para este processo (NARVAI et al., 2006; FRIAS et al., 2007; PERES et al., 2013b).

Apesar desse declínio, níveis elevados de cárie ainda são identificados em uma minoria de indivíduos, com alto risco para desenvolver a doença. A identificação precoce desses sujeitos permitiria as autoridades de saúde planejar medidas específicas para a prevenção e, assim, aumentar a eficiência de programas específicos (TAGLIAFERRO et al., 2008), a fim de minimizar suas sequelas (PERES et al., 2008).

Como uma das consequências mais graves provocadas pela cárie, a perda dentária é marcador de desigualdades e seus efeitos adversos provocam forte impacto no cotidiano dos indivíduos no âmbito funcional, social e psicológico (FERREIRA et al., 2006; PERES et al., 2013a).

Os primeiros dados de abrangência nacional sobre a epidemiologia da cárie dentária em adolescentes no Brasil, na faixa de 15 a 19 anos, foram registrados em 1986, por ocasião do 1º. Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: Brasil, zona urbana, 1986. O índice CPOD, atingiu neste grupo um valor de 12,7 e foi fortemente associado a renda familiar (FRIAS et al., 2007).

Um outro dado pesquisado no levantamento de 1986 foi o de uso e necessidade de prótese total. Os resultados mostraram a face cruel do tratamento curativo-mutilador proporcionado à população. Na faixa de 15 aos 19 anos 0,6% necessitavam de algum tipo de prótese (superior ou inferior ou ambas); 1,2% possuíam algum tipo de prótese e 0,2% eram desdentados totais (BRASIL, 1988).

Registrou-se, já nos resultados do SB BRASIL 2010, marcante redução nas perdas dentárias, com uma prevalência de 17,4% quando comparado à de 38,9% em 2003. A proporção, aos 18 anos, de indivíduos sem dentes perdidos foi de 81,2%, valor próximo dos 85% propostos como meta para o ano de 2000 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (PERES et al., 2013b).

Dentro desse contexto, a identificação dos determinantes sociais e individuais podem direcionar a necessidade de medidas sociais e econômicas voltadas a redução das desigualdades: reforçar recursos para os grupos com maior vulnerabilidade; promover maior provisão de serviços; ampla cobertura no sistema de abastecimento público de águas e a universalização do acesso à água tratada e fluoretada e outras medidas específicas de uso do flúor. Todos esses fatores podem contribuir potencialmente para prevenção da doença e promoção da saúde bucal. (NARVAI et al., 2006; FRIAS et al., 2007; ANTUNES; NARVAI, 2010).

A presença de dentes cariados em adolescentes se deve ao reduzido acesso a recursos preventivos e reflete a ausência ou a utilização limitada de atendimento odontológico (FRIAS et al., 2007). Apesar da reconhecida importância da saúde bucal,

uma parcela considerável da população brasileira não tem acesso aos serviços de saúde. (FERREIRA et al., 2006).

As desigualdades de acesso são apontadas como um dos principais problemas enfrentados para que haja um efetivo funcionamento do SUS, conforme estabelecidos os seus princípios e diretrizes (ASSIS; JESUS, 2012). As dificuldades sociais, regionais e locais persistem. Desse modo, para alcançar as populações mais vulneráveis o planejamento das ações e da justiça social da saúde exigem prioridade.

Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi avaliar a prevalência da perda dentária por cárie na população adolescente de 15 a 19 anos de idade no município de Salvador no ano de 2015, bem como avançar na discussão dos fatores associados à mesma que permitiriam à intervenção precoce nesta alteração.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ADOLESCÊNCIA

A adolescência é uma fase de transição entre a infância e a vida adulta, e segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), seus limites cronológicos são definidos entre 10 e 19 anos de idade. É a fase do desenvolvimento, formadora de comportamentos e estilos de vida relacionados à saúde, caracterizada por múltiplas transformações físicas, emocionais e sociais. Nesse período são revistos e consolidados valores e atitudes os quais necessitam, muitas vezes, de atenção e linguagem especiais (CORDEIRO et al., 2008). Estudos tem demonstrado que os hábitos de vida, adquiridos na adolescência persistem na vida adulta, e influenciam o padrão de morbidade e de cuidados de saúde no futuro. (BROADBENT et al. 2006; FREDDO et al., 2008).

O estilo de vida adotado por estes indivíduos, quando maléficos como hábitos alimentares inadequados, consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e drogas, está associado a uma variedade de condições bucais patológicas (MASOE et al., 2014). Caracteriza-se, também, esta fase, pelos esforços do indivíduo em alcançar os objetivos relacionados às expectativas culturais do meio e da sociedade em que vive (EISENSTEIN, 2005).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei 8.069 de 13 de julho de 1990, regulamenta o artigo 227 da Constituição Federal de 1988 o qual incorpora os princípios adotados pela Convenção sobre os Direitos da Criança aprovada pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) no ano de 1989, promove importante mudança de paradigma para a proteção da infância e da adolescência e reconhece os adolescentes como sujeitos de direito e não objetos de intervenção do Estado, da família ou da sociedade (BRASIL, 2012).

O desenvolvimento biopsicossial do adolescente está associado à vulnerabilidade em relação aos agravos da saúde, inclusive a saúde bucal. Assim, se espera que a universalização do acesso dos sistemas de saúde proporcione a ampliação da cobertura dos serviços odontológicos, e, portanto, melhoria da situação epidemiológica (CORDEIRO et al., 2008).

A cárie, na adolescência, pode ter evolução rápida e levar a consequências severas (ANTUNEZ, 2005; BRASIL, 2008 p.349). Sob o ponto de vista físico pode causar a disseminação infecciosa por via sistêmica (foco infeccioso) e, quando a destruição dos tecidos atinge a polpa dental, pode evoluir à perda dentária. No que diz respeito ao aspecto mental, pode comprometer a estética e imagem corporal, quando afeta, principalmente, os dentes superiores (incisivos); sob o aspecto social, contribui para a exclusão do mercado de trabalho e dificulta o acesso ao serviço militar, além de ser causa de absenteísmo à escola e ao trabalho. (BRASIL, 2008).

Nessa fase o indivíduo experimenta os melhores índices de saúde geral, os quais podem ser mantidos ou melhorados a partir da percepção e valorização dos mesmos e que influenciam sua qualidade de vida (GARBIN et al., 2009). Ao se dedicar a atividades saudáveis e ver a sociedade como uma estrutura justa o adolescente irá perceber possibilidades e oportunidades para formar sua opinião e adquirir experiências (CONANDA, 2006). Nessa direção, Davoglio et al., (2009) compreende que suas atitudes e comportamentos positivos que persistirão no futuro, representam um momento fundamental para a promoção de saúde.

O processo de construção de sua identidade e o desenvolvimento da autonomia se dará de forma crescente. O adolescente, em diversos momentos, irá recorrer tanto a fontes sociais (como educadores e colegas) quanto à referência e à segurança do ambiente familiar, que em conjunto com o Estado e a sociedade lhe proporcionará as bases necessárias para o amadurecimento e constituição de uma vida adulta saudável. (CONANDA, 2006).

Na adolescência as transformações do corpo ocorridas na puberdade impõem ao sujeito a construção de uma nova imagem corporal. A adolescência, diferente da puberdade, é fenômeno cultural e consiste no processo no qual se adquirem as características psicológicas e sociais da condição adulta. (MOREIRA et al., 2011).

Calligaris (2000) considera a adolescência como uma moratória, e analisa, de forma rica, as dificuldades que os jovens vão encontrar na sociedade para se inserirem, estas instituídas na nossa cultura e que, para o autor, só se torna problemática, quando “o olhar adulto não reconhece nelas os sinais da passagem para a vida adulta” (Calligaris, 2000, p.20).

Os conflitos existenciais enfrentados na adolescência se mostram como problemas entre o indivíduo e a sociedade, pois este se depara deslocado da mesma (AVILA, 2005). O adolescente, então, diante dos papéis sociais disponíveis busca modelos nos aspectos estéticos de sua cultura (ELIAS et al., 2001). A imagem que o sujeito tem de si mesmo associa-se, geralmente, a um padrão imposto pelas exigências sociais. O sorriso, então, tem, na sociedade contemporânea, conotações muito significativas como bem-estar, alegria, segurança, autoestima e satisfação em relação ao outro. Os dentes são considerados, conseqüentemente, aspectos importantes nas relações empregatícias, sociais, culturais, além de influenciar o brio das pessoas. (SILVA et al., 2010 a).

Dentre os espaços de relações sociais e/ou educacionais, a escola representa um ambiente favorável a promoção da saúde, e tem papel fundamental na concretização de programas e ações da saúde para atender as necessidades do adolescente e ajudá-los a vivenciar suas experiências, lidar melhor com a adversidade, com mais esclarecimento e, conseqüentemente, atender a aspectos como utilização de linguagem específica, continuidade de informações e métodos educativos claros e objetivos. (BRASIL, 2002; DAVOGLIO et al., 2009; GRANVILLE-GARCIA et al., 2011).

Assim, vários são os fatores que motivam os adolescentes a ter cuidado com sua saúde bucal: aparência pessoal, sexualidade, emprego e a saúde de uma maneira geral. O conhecimento dos motivos que os levam a procurar atendimento odontológico, gera os subsídios para orientá-los quanto aos desequilíbrios que causam doenças e evitam, assim, a busca por tratamentos e possíveis reabilitações (ELIAS et al., 2001).

A seguir serão desenvolvidos em maior profundidade a prevalência e gravidade da cárie dentária e da perda dentária em adolescentes, bem como os fatores associados à perda dentária e a utilização dos serviços de saúde.

2.2 PREVALÊNCIA E GRAVIDADE DA CÁRIE E PERDA DENTÁRIA EM ADOLESCENTES

A cárie e a perda dentária em adolescentes são bastante estudadas na literatura científica brasileira. Especialmente a perda dentária provoca nos adolescentes alto prejuízo à saúde bucal e sua qualidade de vida por meio de diferentes dimensões: dificuldade para comer, para falar, para se relacionar com outras pessoas, além de outras limitações funcionais, sociais e psicológicas como sentimentos de constrangimento, de incompletude e também de resignação. (SILVA et al., 2010b; RAPOSO et al., 2013; COSTA et al., 2014; PIZZATO et al., 2015).

Apesar de não ser aprofundada neste estudo, a perda quando provocada por acidentes ou por violência é mais comum em dentes anteriores, cuja ausência implica em potenciais sequelas sociais e, possível, uso de próteses temporárias as quais não conferem conforto e naturalidade necessários para uma alimentação adequada e afetam fortemente os adolescentes na sua qualidade de vida (OLIVEIRA et al., 2012; BOUCHARDET et al., 2014). Gera-se, então, uma dimensão de incapacidade psicológica, evidencia-se o nervosismo ou irritação e vergonha de sorrir, além dos problemas relacionados à aparência bucal que podem acarretar manifestações de “bullying” entre escolares. (SILVA et al., 2010b; ANTUNES et al., 2012; PERES, et al., 2013a).

Em estudo do tipo transversal sobre prevalência, gravidade de cárie e necessidade de tratamento odontológico associados às condições socioeconômicas, em uma população de alistados (n= 300) com 18 anos do Exército Brasileiro na cidade de Florianópolis, Santa Catarina, detectou-se uma prevalência de cárie de 81% e um índice CPOD de 4,5. A ocorrência da doença bem como seus componentes foram relacionados com as condições socioeconômicas. Foram encontradas diferenças significativas na prevalência e na gravidade de cárie, observando-se os maiores valores de dentes cariados e perdidos nos indivíduos com menor renda familiar, menor escolaridade e com pais com menor escolaridade o que indica ser este grupo prioritário para ações preventivas e assistenciais (GONÇALVES et al., 2002).

Em Cangussu et al., (2002), por sua vez, realizaram um estudo transversal em Salvador – BA., em escolares de 12 e 15 anos de escolas pública e privada, com o

objetivo de verificar experiência de cárie dentária nesta população. Examinaram-se 3.313 adolescentes, e foi utilizado o índice CPOD e, após análise, considerou-se este baixo (CPOD=1,44 e 2,66 para a idade de 12 e 15 anos, respectivamente), sem apresentar diferenças entre escolas públicas e privadas. No entanto, observou-se a diferença na composição percentual do índice CPOD, com maior proporção de dentes cariados em adolescentes de escolas públicas e de restaurados nos da escola privada o que chamou atenção para a importância de reforçar o acesso aos bens de consumo e serviços de saúde afim de garantir a equidade em saúde bucal.

Um estudo transversal foi desenvolvido por Gushi et al., (2005a), a fim de verificar a prevalência e gravidade da cárie dentária associadas a fatores socioeconômicos e o acesso a serviços odontológicos entre adolescentes no Estado de São Paulo. Foram analisados os dados de 1825 adolescentes na faixa de 15 a 19 anos, baseados nos resultados do inquérito epidemiológico de saúde bucal “Condições de Saúde Bucal do Estado de São Paulo” realizado em 2002, que incluiu exames epidemiológicos e entrevistas. Avaliou-se a experiência de cárie dentária através do Índice CPOD, e para o grupo de maior risco o Índice Significante de Cárie (SIC), os quais alcançaram valores de 6,44 e 11,68, respectivamente. Os autores verificaram que os adolescentes pertencentes a famílias com baixo status socioeconômico e os atendidos em serviço público e em atendimento de urgência, também apresentaram maior experiência de cárie, o que sugere a necessidade de prevenção e controle da doença, no sentido de modificar este quadro epidemiológico, principalmente, os de maior risco.

Em outra análise com esta mesma base de dados, Gushi et al., (2005b) verificaram que a prevalência da cárie dentária entre os adolescentes foi de 90,4% com predomínio do sexo masculino. A análise dos componentes do índice CPOD foi realizada ao comparar o terço da população com maior gravidade de cárie com os outros dois terços e se pode observar que este grupo apresentou menor percentual de dentes cariados (19,68% e 26,14%, respectivamente), maior percentual de dentes perdidos (7,26% e 5,33%, respectivamente) e maior número de restaurados (73,06% e 68,52%, respectivamente). Não houve diferença entre o CPOD dos municípios com e sem fluoretação. Houve, no entanto, maior percentual de adolescentes livres de cárie

nos municípios com água fluoretada. Verificou-se, também, que o gênero masculino e os não brancos apresentaram piores condições em relação à cárie dentária.

No estudo transversal realizado em sete escolas públicas e seis escolas privadas, na cidade de João Pessoa, PB, Moreira et al., (2007) calcularam a prevalência de cárie dentária em uma população de 3.330 adolescentes de 12 e 15 anos. Com isso, foi comparada a média do CPOD, entre os dois tipos de escolas, e a relação com os fatores sociodemográficos (idade, gênero) e fatores socioeconômicos (escolaridade da mãe). Os autores encontraram uma prevalência de 51,6% entre os alunos de escola pública, e 9,3% nos alunos das escolas privadas. Para o grupo de 15 anos o valor do CPOD foi de 2,88 para a escola privada e 5,65 para a pública. Os adolescentes da escola pública apresentavam um maior índice de cárie dentária e uma maior necessidade de tratamento. Com relação ao componente perdido, verificou-se valores de 0,01 para a escola privada e de 0,16 para a escola pública no índice CPOD, com diferença significativa.

Celeste et al., (2007) realizaram, também, um estudo transversal sobre a prevalência de cárie dentária e sua associação com os procedimentos preventivos no serviço público baseado nos dados de 4.033 jovens de 15 a 19 anos, de 85 municípios do estado do Rio Grande do Sul, obtidos no inquérito epidemiológico de Saúde Bucal do Brasil, realizado no período de 2002-2003. Os procedimentos odontológicas foram extraídas da base de dados do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde e selecionados para análise apenas as informações dos indivíduos que tinham ido ao dentista em até os três anos que antecederam a coleta de dados do SB Brasil.

A prevalência de cárie dentária não tratada em adolescentes no Brasil foi descrita e associada a fatores individuais e contextuais no estudo realizado por Frias et al., (2007) com uma amostra N= 16.833 adolescentes na faixa de 15 a 19 anos de idade. Foram utilizados dados obtidos do Levantamento Epidemiológico Projeto SB Brasil 2003, empregando o índice CPOD.

Observaram grandes contrastes geográficos, climáticos, culturais e socioeconômicos. Algumas regiões apresentaram melhores valores de IDH-M, como as regiões Sul e Sudeste, enquanto as regiões Norte e Nordeste tiveram pior valor,

menores percentuais de domicílios com ligações ao sistema de abastecimento de água, e menor percentual de municípios com flúor em suas águas. Nesses, é marcante a diferença da prevalência de cárie dentária não tratada entre os adolescentes desses municípios, exibindo altos valores quando comparadas as regiões Sul e Sudeste. O componente P (perdido) nas regiões Norte e Nordeste assumiu um percentual elevado com relação as demais regiões, (50,2% e 46,1%) respectivamente. O presente estudo constatou que, em nível individual, as variáveis preditoras da perda dentária foram: ser negro ou pardo, residir em área rural e não estar matriculado em unidades de ensino (FRIAS et al., 2007).

Quando se considera estudo realizado na América Latina, Piovano et al., (2008) desenvolveram um estudo transversal de seis comunidades da cidade de Buenos Aires, com o objetivo de identificar a magnitude do problema da cárie dentária, e estabelecer as necessidades de tratamento, em crianças e adolescentes. Os exames foram realizados nas escolas e os adolescentes em serviços de rede de saúde. A amostra abrangeu, na faixa de 15 a 24 anos, 168 adolescentes, de ambos os sexos. Observou-se o CPOD de 7,88; o componente C (cariado) foi de 4,32 e a média do componente P (perdido) foi de 1,29. Um percentual de 18,5% dos adolescentes estava livre de cáries. Os altos valores alcançados neste estudo com relação a gravidade da cárie dentária, em crianças e adultos são atribuídos a falta de programas sistemáticos de promoção de saúde e prevenção específica (PIOVANO et al., 2008).

Gushi et al., (2008) avaliaram os indicadores de prevalência e gravidade de cárie em adolescentes e a necessidade de tratamento. Foram utilizados dados secundários dos levantamentos epidemiológicos em saúde bucal realizados no Estado de São Paulo nos anos de 1998 e 2002. No levantamento de 1998 foram examinados 5.195 adolescentes de 18 anos, e 257 em 2002. Além da experiência de cárie avaliada pelo índice CPOD, no momento do exame também foram verificadas as necessidades de tratamento odontológico, segundo os critérios propostos pela OMS.

Aos 18 anos 6,8% e 5,4% dos adolescentes, nos dois anos respectivamente, apresentaram-se livres de cárie. Constatou-se diminuição significativa nas médias dos índices CPOD. Este foi de 8,64 em 1998, e de 7,13 em 2002 o que mostra um declínio de 17,5% na experiência de cárie. Os componentes do índice CPOD, assumiram

respectivamente os valores percentuais que seguem: cariado (18% e 21,5%); obturado (74,6% e 71,9%) e o perdido (7,4% e 6,6%). Quando se compararam os valores percentuais do ano de 1998 com o ano de 2002, observou-se diminuição da necessidade de restaurações (1 e de 2 ou mais superfícies) e aumento das necessidades de selantes.

Barbato e Peres (2009), realizaram um estudo baseado em dados secundários do Projeto SB Brasil 2003 no intuito de estimar a prevalência das perdas dentárias em adolescentes brasileiros e fatores associados. Foram examinados 16.833 indivíduos de ambos os sexos dos 15 aos 19 anos. A prevalência de pelo menos uma perda dentária foi de 38,9% (IC 95%: 38,2%; 39,7%). Os adolescentes residentes em locais não servidos por água fluoretada apresentaram prevalência de perdas dentárias 40% maior do que os residentes em áreas com disponibilidade dessa medida. Houve forte associação entre a ausência da fluoretação das águas de abastecimento e as perdas dentárias para a região Nordeste. Nas demais regiões a associação das perdas com fluoretação de águas foi confundida pelas variáveis mais distais, notadamente as socioeconômicas, que reforçam as características de desigualdades regionais.

Um estudo transversal foi desenvolvido por Viana et al., (2009), com o objetivo de verificar a prevalência de cárie associada a variáveis socioeconômicas em jovens alistados de 17 a 19 anos de idade, em Manaus, Amazonas. Todos os participantes, em número de 578 indivíduos, responderam a um questionário sobre os dados socioeconômicos antes do exame clínico. Os critérios de diagnóstico e as questões referentes a fatores socioeconômicos: grau de instrução; tipo de escola e renda familiar foram baseadas no “Levantamento das Condições de Saúde Bucal no Brasil - Projeto SB 2003”. Avaliou-se a prevalência de cárie dentária, através do índice CPOD, o qual atingiu o valor médio de 5,16 e apresentou para os componentes cariado, perdido e obturado um escore médio de 1,82, 1,27 e 2,07, respectivamente. O componente obturado alcançou maior valor médio, correspondendo a 40,10% do índice CPOD. Dos 578 alistados 11,2% (65) estavam livres de cárie.

Ao se basear na amostra representativa dos 1.824 adolescentes entre 15 e 19 anos que participaram do levantamento epidemiológico “Condições de Saúde Bucal no Estado de São Paulo em 2002”, Gibilini et al., (2010) realizaram um estudo com a

finalidade de descrever a experiência de cárie, condições de acesso a serviços odontológicos e verificar a auto percepção de saúde bucal associada às condições clínicas encontradas. Exames clínicos de acordo com os códigos e critérios recomendados pela OMS e entrevistas foram realizados nas residências dos participantes da pesquisa. As entrevistas abordaram aspectos sociodemográficos (sexo, etnia e residência), auto percepção em saúde bucal e acesso a serviços odontológicos.

A variável CPOD foi analisada em associação com a auto percepção de saúde bucal e foi de 6,5, valor este aquém ao registrado no levantamento SB Brasil 2003 que foi de 7,13. Com relação aos componentes do índice os valores alcançados são os que se seguem: o componente cariado (C) com valor médio de 1,4; o componente perdido (P) 0,5 e o obturado com valor médio de 4,6. Um percentual de 54,8% dos adolescentes apresentou menor experiência de cárie e 9,5% estavam livres de cárie.

Quanto aos aspectos sociodemográficos verificou-se um maior número de indivíduos do sexo feminino, de cor branca e residentes da zona urbana. Diante destes resultados os autores sugerem necessidade de controle e manutenção da saúde bucal, para que se promova neste grupo melhores condições na idade adulta.

Saliba et al., (2010) em adolescentes da zona rural no Estado de São Paulo, teve a finalidade de descrever a perda dentária, além do uso e necessidade de prótese no grupo de 15 a 19 anos, e comparar os resultados com as metas da Organização Mundial da Saúde (OMS). Os adolescentes foram distribuídos em dois grupos etários: 11 a 14 anos, e de 15 a 19 anos, em número de 37 e 39, respectivamente. Dos 39 adolescentes de 15 a 19 anos nenhum deles usava próteses; no entanto, um deles necessitava de prótese superior e três deles de prótese inferior. O índice CPOD foi de 5,74 com a média dos componentes, C (0,92); P (0,08) e O (4,74). A perda dentária (de 1 a 4 dentes perdidos), ocorreu precocemente nesta população, e ficou aquém das metas estabelecidas pela OMS para 2010.

As condições de saúde bucal de adolescentes de 15 a 19 anos, residentes em áreas cobertas pela Estratégia Saúde da Família no município de Salvador, Bahia, foram descritas no estudo de Almeida et al., (2012). A população foi constituída de 1.286 adolescentes e o exame clínico foi realizado em ambiente domiciliar. Com relação à cárie dentária o índice CPOD foi de 3,3. O componente “cariado” foi elevado

(54,0%); o componente “obturado” representou 32,6% e o percentual de dentes perdidos foi de 13,4%. Quanto ao uso e necessidade de prótese o valor de 0,5% mostrou-se quase inexistente para o uso; a necessidade de prótese foi representada em 6,2% dos indivíduos para prótese superior, enquanto 13,8% necessitavam de prótese inferior. Próteses essas de dois tipos distintos, Prótese Fixa (PF) ou Prótese Parcial Removível (PPR). A análise constatou, também, que a substituição de um só elemento dentário foi a que mais se fez necessário.

Numa amostra aleatória de crianças de 12 anos completos e adolescentes, na faixa de 15 a 19 anos, Peres et al., (2013b) analisaram a perda dentária no Brasil com base nos dados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – SB Brasil 2010 com o objetivo de estimar a média de dentes perdidos, prevalência de ausência de dentição funcional e edentulismo em adolescentes, adultos e idosos e comparar com o levantamento de 2003. Foi verificado com relação aos adolescentes que a prevalência de perdas dentárias foi de 38,9% em 2003 e de 17,4% em 2010. A média de dentes perdidos reduziu-se de 0,96 para 0,40 e a proporção de jovens de 18 anos sem perda dentária superou 80%, próximo ao valor estipulado como meta para o ano 2000 pela OMS. Apesar da redução das perdas dentárias nos adolescentes, as desigualdades regionais são marcantes, pois nas regiões Norte e Nordeste há maiores perdas do que nas regiões Sul e Sudeste. Esta diferença foi atribuída as características socioeconômicas e demográficas individuais, assim como restrições ao acesso e utilização de serviços odontológicos especializados.

A prevalência de cárie dentária e as necessidades de tratamento em adolescentes na faixa de 15 a 19 anos foram objetos do estudo transversal de Sousa et al., (2013) baseado nos levantamentos epidemiológicos das Condições de Saúde Bucal de São Paulo em 2002 e Pesquisa Nacional de Saúde Bucal SB Brasil 2010. Analisaram, para este fim, os dados secundários de ambos os grupos e se utilizaram os Índices CPOD e o Índice Significante de Cáries para avaliar a experiência de cárie e medir a gravidade da cárie no terço do grupo que apresentou maior prevalência da doença. Para a necessidade de tratamento seguiram-se os critérios preconizados pela OMS. Constatou-se redução no índice CPOD, entre 2002 e 2010, tanto para o grupo de alta experiência como no grupo de baixa experiência. A média do índice CPOD, neste

período, reduziu do valor de 6,44 para 3,29 e com relação ao percentual de livre de cárie dentária de 9,6% para 29,1%. O componente perdido (P) diminuiu nos adolescentes com baixa experiência de cárie, mas ocorreu aumento do componente cariado (C).

Com base na amostra representativa de 5.445 adolescentes entre 15 e 19 que participaram do Inquérito Nacional de Saúde Bucal SB Brasil 2010, Peres et al., (2013a) realizaram um estudo com a finalidade de estimar a prevalência e identificar fatores sociodemográficos e agravos bucais associados ao impacto da perda dentária. Dos pesquisados, 39,4% relataram pelo menos um impacto negativo na qualidade de vida. Com relação aos agravos bucais investigados, pouco mais da metade dos adolescentes (53,4%) não possuía cárie, ao passo que 15,2% apresentavam quatro ou mais cavidades de cárie sem tratamento. Pelo menos 17,4% dos pesquisados já havia perdido algum dente devido à cárie, e dor de dente, nos últimos seis meses, foi relatada por 25,0%. Quanto a prevalência de impacto negativo na saúde bucal, 40,0% e 22,5% dos adolescentes relataram a presença de dois ou mais impactos negativos na qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Esses dados variaram de acordo com as características analisadas, sendo maior no sexo feminino; entre os referidos como pardos, amarelos e indígenas comparados aos brancos; entre os adolescentes de menor renda familiar e com menor escolaridade comparados com os de maior renda e escolaridade.

Os agravos bucais de maiores impactos na qualidade de vida, foram encontrados entre os adolescentes com quatro ou mais lesões de cáries não tratadas e uma ou mais perdas dentárias. Os três impactos negativos na qualidade de vida mais relatados foram: dificuldade para comer (20,9%), incômodo para escovar os dentes (16,1%) e nervosismo ou irritação devido a problema com os dentes (14,7%).

Um estudo epidemiológico realizado por Barata et al., em 2013 na cidade de Mangualde, Portugal, consistiu em determinar o nível de saúde oral de adolescentes em diferentes faixas etárias e analisar o comportamento de saúde oral destes, principalmente, a frequência e caracterização da escovação, a utilização do fio dental e a frequência de visitas ao dentista. A amostra foi constituída de 156 adolescentes do 7º. e 10º ano escolar, com a idade de 12 a 19 anos. Na amostra final deste estudo

verificou-se um índice CPOD de 4,05; dos 156 alunos participantes, apenas 21,8% apresentavam um CPOD igual a zero. O componente “C” (cariado) obteve um valor médio de 2,92; o componente “P” (perdido) devido a cárie de 0,23 e os “O” (obturados) de 0,90. A prevalência de cárie, por sua vez, entre os participantes foi de 71,8% e foi mais elevada no grupo dos 12 aos 15 anos (81%), do que no de 16 aos 19 anos de idade (71,8%). Do total da amostra, 25,6% dos adolescentes não escovavam os dentes pelo menos duas vezes por dia, 82,1% não utilizavam o fio dental diariamente e 32,7% não consultaram o dentista nos últimos doze meses. Com isso, se constata que apenas um pequeno percentual de adolescentes apresentou comportamentos adequados de saúde bucal.

Com o objetivo de analisar e comparar as tendências das doenças orais dos adolescentes brasileiros com as metas preconizadas pela OMS com foco em políticas públicas de saúde implementadas entre 1986 e 2010, Saintrain et al., (2015) realizaram um estudo epidemiológico com os dados secundários dos levantamentos de Saúde Bucal do Brasil (1986, 2003 e 2010). Na faixa etária de 15 a 19 anos foram avaliados a cárie dentária, doença periodontal (CPI) e a percentagem dos indivíduos que usavam e os que necessitavam de prótese. No levantamento de 1986 o Índice CPOD demonstrou a má condição de saúde bucal dos adolescentes; no entanto, houve uma melhoria no grupo dos adolescentes demonstrado no levantamento de 2010.

O CPOD diminuiu de 12,68 para 4,25, uma redução de 66,5%. Os dados de 2003 mostraram um CPOD médio, na faixa de 15 a 19 anos, no valor de 6,2 e 89,5% dos adolescentes tinham pelo menos um dente cariado, e em 2010, o valor foi de 76,1%. O componente P (perdido), apresentou uma maior redução.

Os fatores individuais e contextuais relacionados à cárie dental em adolescentes brasileiros vulneráveis e a sua distribuição foi objeto do estudo analítico transversal desenvolvido no município de Piracicaba, SP, Brasil, no período de janeiro a dezembro de 2012, com adolescentes de 15 a 19 anos de idade, que estavam sob os cuidados das equipes dos Programas de Saúde Primários da Saúde da Família. A amostra foi constituída de 1.179 adolescentes, selecionados aleatoriamente de 21 escolas estaduais e 34 Unidades de Saúde Primárias - Saúde da Família.

As variáveis dependentes estudadas foram o número de dentes cariados e experiência de cárie (CPOD). Com relação a variáveis individuais os que declararam ter um presidiário na família e que residiam em casas com um número maior de pessoas, apresentaram maior número de dentes cariados. Quanto às variáveis clínicas, o índice médio de CPOD foi de 2,10, com os componentes cariado, perdido e obturado com um valor médio de 0,47, 0,09 e 1,53 respectivamente. O CPOD para o indivíduo de alto nível de cárie apresentou um SIC de 5,24. A maioria dos adolescentes examinados (95,42%) não necessitavam de próteses dentárias. Quanto às variáveis contextuais o CPOD apresentou um valor menor nos subúrbios com maior acesso a esgotamento sanitário doméstico (VASQUEZ et al., 2015).

2.3 FATORES ASSOCIADOS À PERDA DENTÁRIA EM ADOLESCENTES

A perda dentária é o agravamento das doenças bucais, principalmente a cárie dentária (COSTA et al., 2013), e devido a sua alta prevalência acarreta danos estéticos, funcionais, psicológicos e sociais (BARBATO et al., 2007; PERES et al., 2013).

Entre as principais causas da perda dentária apontadas em um estudo qualitativo de Silva et al., (2010a) foram relatadas a falta de conhecimento dos meios para a manutenção dos dentes, a dificuldade de acesso aos serviços de atenção à saúde bucal, a falta de recursos financeiros para o tratamento necessário, as experiências iatrogênicas vivenciadas pelas pessoas e o medo da dor. Entretanto, Costa et al., (2013) afirmam que apesar da dificuldade do acesso ao serviço e da condição socioeconômica, existe uma incoerência na realização da extração pelo serviço, uma vez que para este procedimento não falta recurso nem acesso, em detrimento de outro tipo de tratamento.

Sem dúvida, a perda dos elementos dentais implica em consequências como dificuldades para uma adequada alimentação, sentimentos de constrangimento, de incompletude e também de resignação (SILVA et al., 2010a), o que mostra a importância da manutenção das unidades dentárias no adolescente.

São escassos os estudos com amostras significantes sobre perdas dentárias em adolescentes e este fato requer a realização de investigações adicionais (BARBATO;

PERES, 2009). Alguns estudos têm encontrado associação entre fatores socioeconômicos, sociodemográficos e comportamentais e perda dentária em adolescentes; fatores estes considerados relevantes para a saúde pública.

Perdas dentárias se mostraram associadas às condições socioeconômicas menos favoráveis aos residentes em áreas de privação social e ao fato de pertencerem a estratos socioeconômicos inferiores (FREDDO et al., 2008). Dentre os fatores socioeconômicos enumeram-se renda familiar e escolaridade de pais e adolescentes, tipo de moradia e ambiente escolar; quanto aos sociodemográficos destacam-se sexo, etnia e idade.

Com relação a fatores socioeconômicos individuais, vários estudos, tem relatado associação entre altos valores de CPOD e perda dentária em adolescentes com baixa renda, baixa escolaridade de pais, provenientes de escola pública e de baixo nível social (GONÇALVES et al., 2002; GUSHI et al, 2005a; VIANA et al., 2009). Viana et al., (2009) em um estudo com jovens alistandos, verificaram que os maiores índices de dentes cariados e perdidos se concentraram nos grupos com menor escolaridade e menor renda.

Com relação ao tipo de escola, constataram que os oriundos de escolas privadas apresentavam maior quantidade de dentes obturados e menor quantidade de dentes perdidos. Tal fato comprova que as condições de saúde bucal expressam as desigualdades sociais, uma vez que, indivíduos com maior escolaridade e maior renda, tem uma maior facilidade de acesso ao tratamento odontológico (VIANA et al., 2009).

Escolaridade é um importante marcador de posição social. Como fator socioeconômico o nível de escolaridade atua como um diferencial no acesso à saúde, na obtenção de conhecimentos e de cuidados. (DAVOGLIO et al., 2009; PERES et al., 2013a). Nessa perspectiva, Barbato e Peres (2009), salientam o nível educacional como preditor da saúde bucal, uma vez que o atraso escolar – número de anos de estudo em relação à idade – pode ser um fator de risco aos agravos em saúde bucal.

Peres et al., (2013b) analisaram os dados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – SB Brasil 2010 e verificaram maior perda dentária entre os adolescentes de menor renda e menor escolaridade. Os estudos, assim, reforçam que quanto melhor a

condição econômica e o grau de escolaridade do indivíduo, mais saudável é o seu estilo de vida (FIGUEIREDO et al., 2006).

A perda dentária está fortemente associada à utilização de serviços odontológicos, principalmente quando a visita é realizada em atendimentos de odontalgia e de emergência. Fatores socioeconômicos como renda e escolaridade são determinantes na decisão de extrações dentárias. O nível de escolaridade foi associado a ambos, tanto a visita odontológica por motivo de dor, quanto por exodontias, independente da renda (ROBERTS-THOMSON et al., 2008).

Roberts-Thomson et al., (2008) consideram a perda dentária como um resultado negativo à saúde e é significativamente associada a fatores sociodemográficos, pois indica desigualdades sociais entre os diferentes grupos da população. Dentre as variáveis sociodemográficas, o sexo é um fator importante com relação à perda dentária, e as adolescentes apresentaram maior prevalência de perda do que os adolescentes do sexo masculino. Este achado, se justifica pela maior utilização de serviços odontológicos pelas meninas, resultando em procedimentos invasivos a cada consulta, o que pode acelerar as perdas dentárias (BARBATO; PERES, 2009).

Quanto ao aspecto comportamental, os indivíduos com menor renda e menor escolaridade, residem em localidades com menor cobertura de serviços preventivos e assistenciais, consomem mais sacarose, escovam seus dentes com menor frequência e apresentam menor acesso e utilização de fluoretos, e conseqüentemente, resultando em maiores perdas. (BARBATO; PERES, 2009; PERES et al., 2013a; PERES et al., 2013b).

Outro estudo com 447 adolescentes portugueses de 12 a 19 anos foi realizado por Veiga et al., em 2014, com a finalidade de determinar a prevalência de comportamentos de saúde bucal e sua associação com fatores sociodemográficos. A prevalência de escovar os dentes (duas vezes por dia ou mais) foi de 90,6%. Ao associar comportamentos de saúde bucal e as variáveis sociodemográficas pode-se verificar que a escovação dentária, pelo menos, duas vezes por dia e o uso diário do fio dental é mais frequente entre adolescentes com idade mais elevada, do sexo feminino e cujos pais têm um nível de educação mais elevado. Sessenta e sete por cento

tiveram pelo menos uma consulta odontológica nos últimos doze meses e a prevalência da consulta estava associada a situação profissional dos pais.

Com relação ao tipo de dente extraído o primeiro molar ainda se constitui no elemento dentário mais prevalente na perda dentária. Estes detêm a maior parte de episódios de lesões de cárie instaladas, sobretudo na superfície oclusal que favorece maior acúmulo de placa, e por tratar-se do primeiro dente a emergir fica mais tempo exposto a fatores que contribuem ao desenvolvimento do agravo (BARBATO; PERES, 2009). De alguma forma, a perda destes dentes caracteriza o modelo mutilador, e expressa a incapacidade do serviço de preservação das estruturas dentárias.

Numa amostra de 9.163 estudantes com idade entre 12 e 21 anos, distribuídos em 310 turmas de 98 escolas de ensino médio da Província de Santiago, Lopez e Baelum, (2006), realizaram um estudo com a finalidade de explorar as diferenças de gênero em perdas dentárias em adolescentes chilenos e relacionar com indicadores socioeconômicos e comportamentos de saúde oral. Escovar os dentes apenas uma vez ao dia, os que fumavam mais e nunca iam a visitas regulares ao dentista eram propensos a maior perda dentária. Também, àqueles de condição econômica inferior, cujos pais apresentaram menores níveis de renda e de escolaridade, tinham perdido os dentes com maior frequência quando comparados aos de status socioeconômico mais elevados. Reforçam que as meninas (18%) tinham perda dentária maior que os meninos (14,7%), razão atribuída a variação do tempo de erupção. Os resultados também demonstraram que as diferenças de gênero na perda de dentes entre os jovens chilenos estão relacionadas com a posição socioeconômica.

A prevalência da perda dentária também foi objeto de investigação de Tôrres et al., (2014) que considerou fatores socioeconômicos e demográficos, uso de serviço odontológico e dor, nos últimos seis meses, a partir dos dados do Inquérito de Saúde Oral de São Paulo de 2008, de 2858 adolescentes de 15 a 19 anos de idade. A experiência de cárie foi medida pelo índice CPOD e atingiu o valor médio na amostra de 2,41 e a prevalência de perda dentária com pelo menos um dente perdido foi de 7% (5,93% -7,82%) entre os adolescentes. Entre as idades de 15 e 16 anos foi de 6,2% e entre 17 e 19 anos, subiu para 9,1%. As variáveis independentes que mostraram associação com a perda dentária foram: ter dente com cárie, dor de dente, baixa

escolaridade (ensino básico) do pai e renda familiar inferior a meio salário mínimo per capita. Os resultados sugerem que os fatores socioeconômicos podem contribuir para o aumento da perda dentária precoce entre adolescentes (TÔRRES et al., 2014).

2.4 ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O acesso ao serviço de saúde é um direito garantido constitucionalmente na Lei maior brasileira, a Constituição de 1988. Nessa direção, a referida lei reza em seu Art. 196 que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 2013, p. 90).

Apesar da proteção legal ser enfática quanto à responsabilidade do Estado no atendimento à saúde, é salutar compreender que o tema é envolto de complexidade, conforme ressalta Assis e Jesus (2012, p. 2865): “o acesso aos serviços de saúde é um tema multifacetado e multidimensional que envolve aspectos políticos, econômicos, sociais, organizativos, técnicos e simbólicos, no estabelecimento de caminhos para a universalização da sua atenção. ” Verifica-se, portanto, que a abordagem em questão envolve uma amplitude conceitual que demanda a adoção de definições para melhor explicitar a temática estudada.

No tocante à saúde, a terminologia ‘acesso’ é apresentada na literatura por diferentes autores (DONABEDIAN, 1973; FRENK, 1985; ANDERSEN, 1995; GODDARD, 2001 apud TRAVASSOS; MARTINS, 2004), ora denota a entrada nos serviços, conforme explicita Andersen (1995), ora enquanto um substantivo (acessibilidade) relacionado à oferta de serviços, de acordo com a visão de Donabedian (1973). Desse modo, o termo em questão, a depender da forma como cada pesquisador compreende, assume vieses distintos. Não há, portanto, uma forma predominante de uso o que torna um conceito complexo, por vezes, impreciso e não muito claro.

Quando a perspectiva adotada é entrada no serviço de saúde, o modelo de Andersen compreende a utilização dos serviços em três dimensões, a seguir:

predisposição, capacitação e necessidade em saúde. No que se refere à predisposição, está ligado a susceptibilidade a um evento de saúde predispor o indivíduo ao uso ou não do serviço, como fatores sociodemográficos; a capacitação está diretamente relacionada a possibilidade da procura pelo paciente, como fatores socioeconômicos e a oferta de serviços; e a necessidade percebida pelo indivíduo no estado de saúde ou diagnosticada pelo profissional (TRAVASSOS; MARTINS, 2004; LOUVISON, 2008; PAVÃO; COELI, 2008; ASSIS; JESUS, 2012).

O acesso ao serviço não significa a efetivação do recebimento dos cuidados, uma vez que este resulta de diversos fatores; os individuais predisponentes, e os fatores contextuais (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Carneiro et al., (2009) ampliaram ainda ao acesso, a efetividade e eficiência dos cuidados de saúde recebidos, mas ressaltaram que fatores socioeconômicos e geográficos influenciam as oportunidades de acesso aos serviços de saúde, nas características de utilização dos serviços entre populações rurais e urbanas.

Apesar do acesso aos serviços de saúde ser reconhecido como um direito universal e igualitário, barreiras comprometedoras ao acesso se caracterizam por diversos fatores como o econômico, a não percepção da necessidade da saúde, a disponibilidade individual diante da oferta, capacidade de mobilidade da população de acordo com a distância e transporte, organização da rede de atendimento (CARNEIRO et al., 2009; ASSIS; JESUS, 2012; ROCHA-BUELVAS, 2013; BARBIANI, 2014).

Em relação ao acesso e utilização de serviços odontológicos, este garante-se como um direito, responsável pelo controle dos problemas, alívio da dor e o sofrimento e reabilita estruturas perdidas e a sua utilização está associada a diversos fatores, tais como o nível econômico, educacional e social, bem como padrões de cultura e tradição popular (ARAÚJO et al., 2009) e sua interação com determinantes biológicos (BALDANI et al., 2010).

Em um estudo que avaliou dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada em 1998, verificou-se que 18,7% dos brasileiros nunca haviam consultado um dentista. Houve uma redução para 15,9% na população, no PNAD de 2003, que demonstra pequenos avanços, mas, também, evidencia nestes inquéritos desigualdade na utilização de serviços odontológicos (ARAÚJO et al., 2009).

No Brasil, a política nacional de saúde preconiza a “universalidade” do acesso como um princípio do Sistema Único de Saúde (SUS), no entanto, o acesso a serviços de saúde bucal ainda é restrito, e são marcantes as desigualdades regionais. Destacam-se as regiões Norte e Nordeste em precária situação se comparadas às demais regiões do país (CARNEIRO et al., 2009). Porém, a universalidade do acesso aos serviços de saúde bucal ainda parece uma realidade difícil de alcançar. Por mais que a saúde bucal tenha sua importância reconhecida, uma parcela importante da população brasileira não tem acesso a serviços odontológicos (BARROS; BERTOLDI, 2002).

Apesar dos escolares terem sido alvo das políticas de saúde bucal durante décadas, dados do levantamento epidemiológico do Ministério da Saúde - SB Brasil 2003, revelaram que 13% dos jovens brasileiros entre 15 e 19 anos de idade nunca haviam consultado um dentista (BALDANI et al., 2011).

Slack-Smith et al., (2007) associaram os fatores demográficos de saúde e estilo de vida com o uso de serviços odontológicos no período de 12 meses por jovens adultos, na faixa etária de 18 a 24 anos. Foram utilizados os dados de 1624 participantes da Pesquisa Nacional de Saúde da Austrália de 2001, dos quais 27 tinham seguro de saúde. Ser do sexo feminino; ter ensino médio concluído; ter origem na cidade; falar várias línguas; ter status socioeconômico mais elevado apontaram maior susceptibilidade às visitas odontológicas; quanto à saúde e estilo de vida verificou-se que os que fumavam e consumiam álcool em níveis de médio e alto risco, tinham menor probabilidade de ter visitado um dentista. Apenas um percentual de 41% dos jovens australianos tinha visitado um dentista, no período anterior ao estudo. Valor esse inferior a um nível ideal de atendimento odontológico e acesso aos serviços. À medida que avançam na idade e saem da adolescência, o percentual de escolares que utilizam o sistema de atendimento público (serviços escolares odontológicos), na Austrália, tendem a diminuir e eles próprios assumem a responsabilidade por sua própria saúde bucal. Por esta razão e devido ao percentual de comparecimento ser baixo, os autores apontam a importância destes resultados no sentido de promoção da saúde bucal de forma a garantir bons resultados a estes indivíduos e estabelecer padrões de comportamentos futuros.

Além disso, Slack-Smith et al., (2007) e Thompson et al., (2014) em estudos realizados na Austrália e Canadá, respectivamente, ressaltaram como maior impacto à assistência odontológica o custo do tratamento o que reforça o potencial risco de problemas dentários progressivos pela incapacidade da sua realização.

Os cuidados dentários são financiados através de seguro privado dental, serviço dispendioso e vinculado a empregos, por sua vez, os programas públicos são direcionados a uma faixa da população com renda baixa ou deficiente; apenas para procedimentos básicos e limitado a crianças e adolescentes (MASOE et al., 2014; THOMPSON et al., 2014).

No Brasil, apesar da oferta do serviço público através do SUS (Sistema Único de Saúde) ser gratuita existem obstáculos estruturais: financeiros, temporais (tempo de espera para marcar consulta e atendimento e de deslocamento), organizacionais (TRAVASSOS; MARTINS, 2004) e o tempo de turno de trabalho perdido, coincide com o horário de funcionamento da unidade de saúde o que dificulta à procura por tratamento (RORH; BARCELOS, 2008; CUNHA; SILVA, 2010; SAINTRAIN et al., 2014).

O padrão de utilização dos serviços é um elemento importante no estudo de hábitos de saúde, pois se relaciona à necessidade de tratamento e ao autocuidado (DAVOGLIO et al., 2009), no entanto, as dificuldades de acesso ou barreiras de acesso aos cuidados bucais, estão relacionadas à condição social, os quais envolvem aspectos de ordem socioeconômica e cultural (RORH ; BARCELOS, 2008; ARAÚJO et al., 2009).

Em Ponta Grossa/RS, Baldani et al (2011) avaliaram os determinantes individuais na utilização recente de serviços odontológicos entre adolescentes e adultos jovens de baixa renda, residentes na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família (ESF), em uma amostra de 190 indivíduos com idade entre 12 e 35 anos de idade, os quais responderam a um questionário sobre condições socioeconômicas, necessidade percebida e acesso a serviços odontológicos. Os determinantes individuais, consultas odontológicas recentes associadas a uma maior renda, episódios referidos de dor e o fato de possuir um dentista regular, mostraram-se importantes preditores de acesso aos serviços de saúde bucal. Verificou-se a alta prevalência de utilização recente de serviços odontológicos entre adolescentes e adultos jovens e

confirmou-se a presença de desigualdades sociais e psicossociais na utilização de serviços odontológicos entre os de baixa renda.

Jornada et al., (2012) no intuito de descrever e comparar o acesso e a utilização de serviços odontológicos no Brasil realizaram uma pesquisa, com fatores sociodemográficos, entre adolescentes de 10 a 19 anos. A amostra foi composta pelos adolescentes que participaram das Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílio (PNADs) de 1998, 2003 e 2008, com 72.258, 73.507 e 70.162 adolescentes, em cada ano, respectivamente.

A variável dependente analisada foi a consulta odontológica, relativa a questão sobre a última visita; e as variáveis independentes relacionadas a fatores sociodemográficos (sexo, idade, cor da pele, faixa de rendimento familiar, escolaridade do chefe da família, região da residência, situação do domicílio, se urbano ou rural). Após análise, constatou-se que a prevalência de adolescentes que realizaram consulta odontológica foi de 82,9% em 1998; 85,1% em 2003 e 90,1% em 2008. Quando relacionado a fatores sociodemográficos, verificou-se um aumento na prevalência de indivíduos que já consultaram o dentista, tanto do sexo feminino quanto do masculino ao longo dos anos e diretamente proporcional ao aumento da idade. Adolescentes pertencentes a famílias com maior renda familiar, pais com maior escolaridade, e que residiam em área urbana, tiveram mais acesso ao atendimento odontológico. Quanto ao tipo de serviço considerou-se maior procura pelo atendimento em consultório privado. Os adolescentes da região Sul apresentaram um maior percentual no acesso a atendimento odontológico quando comparado aos da região Nordeste. Os resultados demonstraram que o acesso aos serviços odontológicos e sua utilização estão diretamente associados a fatores socioeconômicos, o que indica melhores condições de vida, maior possibilidade de acesso a tratamento odontológico.

O uso de serviços odontológicos, os hábitos e comportamentos relacionados à saúde e auto percepção da saúde bucal foi objeto da pesquisa realizada em Montes Claros-MG, por Silveira et al., (2013). Com base no Levantamento Epidemiológico das Condições de Saúde Bucal da população de Montes Claros - Projeto SB MOC 2008/2009, foram coletados dados demográficos e socioeconômicos, de uma amostra de 761 adolescentes, dos quais 365 (48%) era do sexo masculino e 396 (52%) do

feminino na faixa etária de 15 a 19 anos de idade, residentes nas áreas urbana e rural do município de Montes Claros, nos anos de 2008/2009. O uso de serviço odontológico, por pelo menos uma vez na vida, foi relatado por 93,9% dos adolescentes, dos quais 46,5% o realizaram há mais de um ano e 56,6% utilizaram os serviços públicos, cujo motivo relatado foi a realização de tratamento.

Soares et al., (2013) investigaram os fatores associados à realização de exodontia como indicador de desigualdade no uso de serviço odontológico da Estratégia Saúde da Família (ESF). Realizou-se um inquérito domiciliar de base populacional em dois municípios da região metropolitana de Salvador-BA, com cobertura total da Estratégia Saúde da Família (ESF). Os dados foram coletados por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) devidamente treinados, que entrevistaram moradores com idade acima de 15 anos, em dez setores censitários. Foram abordadas questões sociodemográficas (beneficiário de programa social, renda mensal familiar, sexo, idade, etnia, escolaridade e local de residência) e de utilização de serviços de saúde bucal (tipo de serviço utilizado e procedimentos realizados), no período máximo de 12 meses antes da entrevista. Os dados foram coletados de 2.539 indivíduos, dos quais 682 (26,86%) utilizaram o serviço de saúde bucal da atenção básica, nos últimos 12 meses. Foi realizada exodontia em 218 (31,96%) dos 682 pacientes da atenção básica. Os resultados desta pesquisa demonstraram que receber benefício social, ter mais de 35 anos de idade e menor nível de escolaridade são fatores associados à exodontia na atenção básica nos municípios avaliados. Também apontam os resultados para a permanência de desigualdades na utilização dos serviços de saúde bucal, através da perda dentária. As ações intersetoriais podem ser importantes para a melhoria da saúde bucal da população.

Estudos sobre a relação dos adolescentes com os serviços odontológicos torna-se oportuno para orientar as ações de saúde voltadas para este grupo populacional.

As ações sobre os cuidados da saúde bucal, historicamente, tinham características curativas-mutiladora, com conseqüente necessidade de reabilitação protética, mas nas últimas décadas a odontologia tem se reorganizado em torno de ações e estratégias direcionadas a promoção da saúde bucal, tanto nos países em

desenvolvimento como nos desenvolvidos o que evidencia ganhos referente a saúde coletiva. (FERREIRA et al., 2006).

No entanto, vários estudos enfatizam que apesar da reconhecida importância da saúde bucal com repercussão na saúde geral, uma numerosa parcela da população brasileira não consegue ter acesso aos serviços de saúde. Um outro fator que se vincula diretamente aos cuidados da saúde bucal é a condição socioeconômica, a qual sinaliza uma desigualdade social.

A desigualdade na saúde bucal ainda é um grande problema de saúde pública, o uso de serviços odontológicos, a área de habitação (rural ou urbana), o fator econômico (benefício social), a devida prestação de serviços e o acesso a estes com visitas regulares são fatores que podem reduzir as disparidades.

O acesso aos cuidados dentários regulares para check-ups e manutenção é associada a uma melhor saúde bucal e qualidade de vida (ROBERTS-THOMSON, et al., 2008); além do mais oferecem meios para o diagnóstico precoce e tratamento das doenças, bem como a promoção da saúde, educação sobre higiene oral, prevenção de eventos mais graves e a manutenção de um bom estado de saúde bucal. (MARIÑO et al., 2014).

Assim, deve-se priorizar medidas que facilitem a oferta em relação à demanda, com resolutividade e satisfação de uma necessidade no sistema de saúde, com a redução das barreiras de acesso, de forma a contribuir com a melhoria da saúde bucal e qualidade de vida, principalmente neste grupo populacional.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a ocorrência de perda dentária na população de adolescentes de escolas públicas de 15- 19 anos de idade em Salvador-BA e identificar os fatores associados a perda dentária nesta faixa etária.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Determinar a prevalência e gravidade da perda dentária no município de Salvador, Bahia aos 15-19 anos de idade usuários do sistema público de educação;
- b) Estimar a cobertura potencial dos serviços municipais de saúde bucal na atenção básica e a utilização dos serviços por estes adolescentes.

4 METODOLOGIA

Foi desenvolvido um trabalho a partir de base de dados secundários do levantamento epidemiológico realizado no município de Salvador, em parceria com a FO-UFBA e coordenado pelas professoras Maria Cristina Cangussu e Sandra Garrido de Barros. Abaixo serão apresentados elementos metodológicos do mesmo.

4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

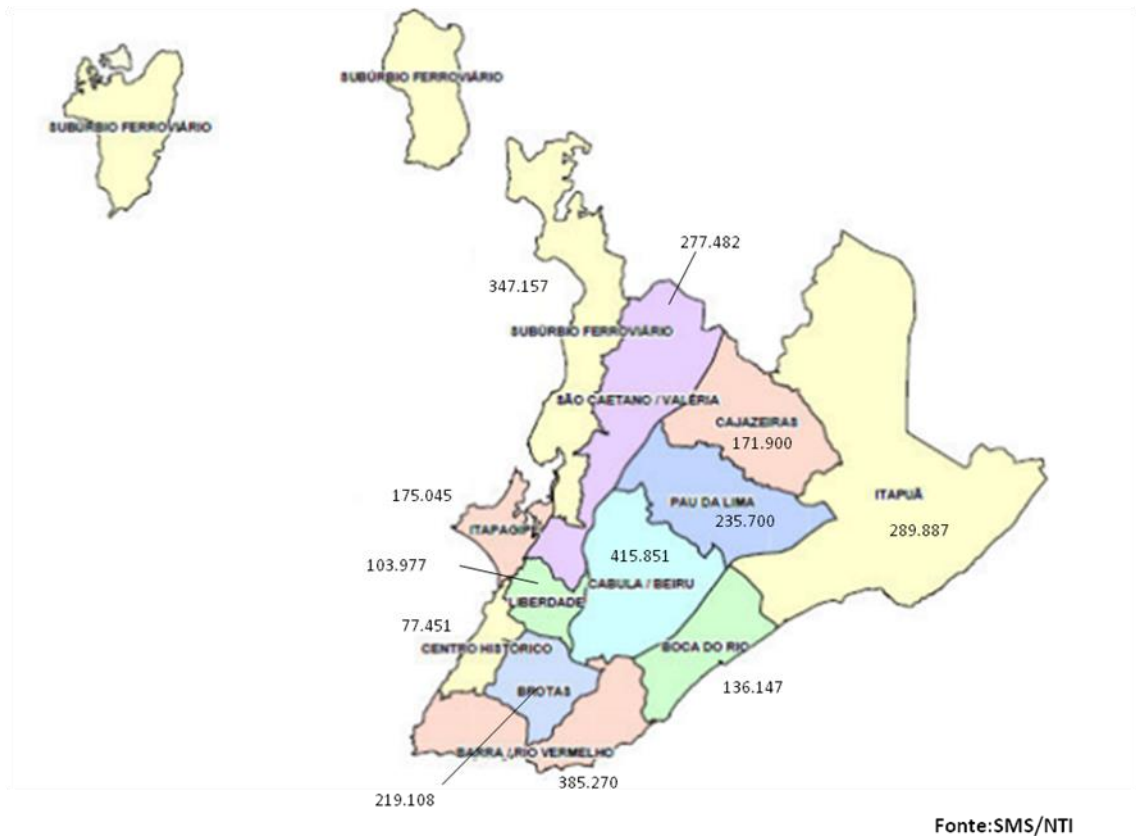
Tratou-se de um estudo epidemiológico analítico com delineamento transversal no qual a população de referência foi constituída por adolescentes de 15-19 anos de idade, de ambos os sexos, regularmente matriculados em escolas públicas de ensino fundamental e médio do município de Salvador.

4.2 LOCAL DE ESTUDO

O presente estudo foi desenvolvido no município de Salvador-Bahia o qual abrange uma grande área territorial e possui uma população estimada em 2.921.087 habitantes. Dados divulgados pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), sobre o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da capital baiana em 2013 foi de 0,660, a qual ocupa o 6º lugar no Nordeste e assume 383ª posição no país.

A população de referência (15-19 anos) foi estimada em 288.632 habitantes. Devido à sua complexa organização sociodemográfica e geográfica, as ações em saúde praticadas no município são baseadas na subdivisão geográfica em 12 Distritos Sanitários (DS) conforme figura 1.

Figura 1 - Distritos Sanitários com respectiva população total, Salvador- BA, 2016



A rede de serviços públicos de atenção à saúde de Salvador conta um total de 40 Unidades Básicas de Saúde (UBSs); 65 Unidades de Saúde da Família (USFs); 05 Unidades de Pronto Atendimento (UPAs); 06 Centros de Especialização Odontológica (CEOs); 02 Unidades de Atendimento Odontológico (UAOs) e 01 Centro de Referência de Doença Cardíaca (CRDC).

Ressalta-se que toda a rede de serviço possui atendimento odontológico e se distribui pelos diferentes distritos de acordo com o Quadro 1 a seguir:

Quadro 1 - Rede de serviços de saúde bucal do município de Salvador por Distrito Sanitário, 2016.

MAPA DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO EM SALVADOR

DS CENTRO HISTÓRICO	DS LIBERDADE	DS BOCA DO RIO	DS CABULA-BEIRU	DS SUBURBIO	DS CAJAZEIRAS
USF IRACIZABEL (GAMBOA)	USF SAN MARTIN	USF PARQUE DE PITUAÇU	USF DE BARREIRAS	USF NOVA CONSTITUINTE	USF CAJAZEIRAS IV
USF TERREIRO DE JESUS	USF SANTA MÔNICA	USF ZULMIRA BARROS – COSTA AZUL	USF DEP. CRISTOVÃO FERREIRA (SARAMANDAIA)	USF CONGO	USF CAJAZEIRAS V
UBS RAMIRO DE AZEVEDO	UBS M ^º CONCEIÇÃO SANTIAGO BOMBASSAHY (16 ^º CS)	USF DE PITUAÇU	USF PROF. CARLOS DE SANTANA (DORON)	USF ALTO DE COUTOS II	USF CAJAZEIRAS X
UBS DR. PERICLUS ESTEVES CARDOSO (BARBALHO)	UBS BEZERRA LOPES (3 ^º CS)	UBS ALFREDO BUREAU (12 ^º C.S)	USF FERNANDO FILGUEIRAS (ALTO DA CACHOEIRINHA)	USF BATE CORAÇÃO	USF CAJAZEIRAS XI
UBS PELOURINHO (19 ^º CS)	1 ^º UAO	UBS DR. CESAR DE ARAUJO	USF PROF. HUMBERTO DE CASTRO (PERNAMBUEZINHO)	USF ALTO DE COUTOS	USF JARDIM DAS MANGABEIRAS
UBS SANTO ANTÔNIO			USF PROF. GUILHERME RODRIGUES DA SILVA (ARENOSO)	USF ESTRADA DA COCISA	USF PALESTINA
CEO CARLOS GOMES			USF SUSSUARANA	USF ILHA DE MARÉ	USF BOCA DA MATA
			UBS EDSON TEIXEIRA	USF FAZENDA COUTOS III	USF YOLANDA PIRES
DS ITAPAGIPE	DS BROTAS	DS SÃO CAETANO / VALÉRIA	DS CABULA-BEIRU	DS SUBURBIO	DS CAJAZEIRAS
USF JOANES CENTRO OESTE	USF CANDEAL PEQUENO	USF ALTO DO CABRITO	UBS DO CSU PERNAMBUES	USF SÃO JOSÉ DE BAIXO	UBS NELSON P. DOURADO
USF JOANES LESTE	USF SANTA LUZIA	USF BOA VISTA DO LOBATO	UBS ARENOSO	USF BEIRA MANGUE	CEO CAJAZEIRAS
UBS MINISTRO ALKIMIN	UBS MANOEL VITORINO	USF ANTONIO LAZZAROTTO	UBS RODRIGO ARGOLÓ (6 ^º CS)	USF SÃO JOÃO DO CABRITO	
UBS VIRGÍLIO DE CARVALHO	UBS MARIO ANDREA	USF RECANTO DA LAGOA	UBS MATA ESCURA	USF ITACARANHA	
	UBS CARDEAL DA SILVA	USF FIAIS	UBS CALABETÃO	USF ALTO DA TEREZINHA	
DS ITAPUA	DS BARRA-RIO VERMELHO	DS SÃO CAETANO / VALÉRIA	DS CABULA-BEIRU	DS SUBURBIO	DS CAJAZEIRAS
USF ARISTIDES MALTEZ	USF ALTO DAS POMBAS	USF BOA VISTA DO SÃO CAETANO	UBS SANTO INÁCIO	USF ALTO DO CRUZEIRO	
USF NOVA ESPERANÇA	USF PROF ^ª IVONE SILVEIRA (CALABAR)	UBS FREI BENJAMIN (VALÉRIA)	UBS ENGOMADEIRA	USF ILHA AMARELA	
USF ALTO DO COQUEIRINHO COQUEIRINHO	USF GARCIA	UBS MARECHAL RONDON	UBS EUNISIO TEIXEIRA (11 ^º C.S.)	USF RIO SENA	
USF PARQUE SÃO CRISTÓVÃO	USF FEDERAÇÃO	UBS PERICLES LARANJEIRAS (18 ^º CS)	CEO ALTO DA CACHOEIRINHA	UBS SERGIO AROUCA	
USF MUSSURUNGA	UBS DR OSVALDO C. CAMPOS/ SANTA CRUZ	UBS MARECHAL RONDON	CEO PAU DA LIMA	UBS FAZENDA COUTOS	
UBS DR. ORLANDO BOMBASSAHY (BAIRRO DA PAZ)	UBS ENG VELHO DA FEDERAÇÃO	UBS PERICLES LARANJEIRAS (18 ^º CS)	USF CANABRAVA	UPA ADROALDO ALGERGARIA	
UBS JOSE MARIANE (7 CENTRO)	CRDC – Dr. ADRIANO PONDE	UPA VALÉRIA	USF DOM AVELAR	CEO PERIPERI	
UPA Dr. HELIO MACHADO	UBS PROF ^º SABIHO SILVA (9 ^º CS)	UPA SAN MARTIN	UBS SPIRES DA VEIGA		
CEO MUSSURUNGA	UBA BARRIS		UBS CECY ANDRADE		
	CEO FEDERAÇÃO		UBS CASTELO BRANCO (20 ^º CS)		
			UBS CANABRAVA		
			UBS NOVA BRASÍLIA		
			UBS NOVO MAROTINHO		
			UBS SETE DE ABRIL		

	USF
	UBS
	UPA
	CEO
	UAO

Fonte: SMS- Salvador/ DAS/ Coordenação de Saúde Bucal

4.3 SUJEITOS DA PESQUISA E DELINEAMENTO AMOSTRAL

Os sujeitos participantes da pesquisa foram os usuários dos serviços públicos de educação, os quais foram localizados a partir do sorteio aleatório para cada distrito sanitário. Nas visitas às escolas, foram realizados os procedimentos de coleta com a identificação dos alunos das faixas etárias a partir das listas das turmas registradas.

Para o cálculo da amostra deste estudo considerou-se uma população estimada de 288.632 escolares e utilizou-se como referência à cárie dentária na idade de 12 anos. Nessa idade pode-se avaliar a dentição permanente completa e é preconizada pela *World Health Organization* (WHO) como padrão para o monitoramento e seguimento das tendências da doença; os dados populacionais mais recentes disponíveis da média e variabilidade de cárie dentária, o CPO-D (dentes cariados, perdidos e obturados), foi utilizado na população aos 12 anos de idade, com o valor de 1,07 e DP de 1,85, para o município de Salvador (BRASIL. MS 2010), e as informações contidas no manual “*Oral Health Surveys Basic Methods*” (WHO 1997), que preconiza o mínimo de 25 crianças em regiões com baixa prevalência de cárie dental.

Optou-se por aumentar este número em aproximadamente 30%, com o objetivo de estabelecer uma margem de segurança em relação a perdas e recusas de participação.

Consideraram-se 12 estratos de análise que representam o número de distritos sanitários da cidade, e a unidade como número mínimo capaz de detectar a diferença entre os estratos. O nível de significância adotado foi de 5% e o poder do teste foi de 80%. A distribuição t de Student foi considerada a mais pertinente para o cálculo da amostra e se fez uso do método proposto por ZAR (1996), conforme descrito:

$$n \geq \frac{2s_p^2}{\delta^2} (t_{\alpha,v} + t_{1-\beta,v})^2$$

n = amostra mínima requerida

v = variabilidade entre os grupos = gno - g (no=34 e g = 12) = 374

α = nível de significância = 5%

β = erro aceitável na hipótese alternativa = 20%

d = diferença mínima detectável na unidade do estudo = 1

s = desvio padrão = 1,85

$t_{\alpha, v} = 1,96$ $t_{1-\beta, v} = 1,282$

Obteve-se uma amostra mínima de 106 adolescentes nesta faixa etária e por distrito sanitário. Assim, a amostra mínima total prevista foi de 1272 adolescentes.

- Critérios de Elegibilidade

Critérios de inclusão: Todos os adolescentes com 15 a 19 anos de idade completos, regularmente matriculados em escolas públicas sorteadas estavam aptos a participar do estudo.

Critérios de exclusão: Foram excluídos da amostra aqueles que se recusaram pelo assentimento a participar da coleta de dados.

4.4 COLETA DE DADOS

- Padronização e Treinamento da Equipe

A equipe da pesquisa foi composta por aproximadamente 40 dentistas da rede municipal de Salvador, equipe da gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador- Coordenação de Saúde Bucal, Professores da Disciplina de Saúde Coletiva da Faculdade de Odontologia da UFBA, Residentes do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA e alunos da Faculdade de Odontologia da UFBA.

A padronização de procedimentos para obtenção de dados de saúde bucal nas populações, mediante levantamentos epidemiológicos, é de fundamental importância para a garantia da confiabilidade e comparabilidade dos dados.

Neste sentido, foram realizadas duas (02) oficinas com quatro (04) horas de duração cada. Na primeira foram abordados e discutidos os critérios do exame,

indicadores, instrumentos e elementos metodológicos do inquérito. Na segunda oficina, realizaram-se exames epidemiológicos em indivíduos de distintas faixas etárias, de forma a exercitar os critérios anteriormente apresentados.

A base teórica do treinamento é a proposta pela OMS, no Manual de Calibração do levantamento SB Brasil 2010 (BRASIL, 2009).

- Sistemática da Coleta

Previamente à coleta dos dados as escolas em questão foram comunicadas através de Ofícios encaminhados às Direções das Escolas e às Coordenações do Programa de Saúde da Família, com o objetivo de informar sobre o estudo e o horário a ser realizado e obter a anuência destes órgãos.

Na fase de campo, para as entrevistas e realização dos exames, em ambiente escolar, elaborou-se ficha específica com emprego dos códigos e critérios preconizados pela OMS, para levantamentos epidemiológicos de saúde bucal, desenvolvida para este estudo (Anexo 1), e nas unidades de saúde sorteadas para o estudo.

As entrevistas foram do tipo semi-estruturadas e realizadas anteriormente ao exame no sentido de identificar dados demográficos, acesso e utilização dos serviços de saúde e morbidade referida.

-Índices e Indicadores utilizados

No que se refere a questões sociodemográficas caracterizaram-se as suas variáveis e respectivos códigos, conforme descritos abaixo:

- Sexo – Utilizaram-se os códigos 0 para o sexo masculino e 1 para o sexo feminino;
- Etnia – Para categorizar os diferentes grupos étnicos, foi utilizada a classificação da Fundação IBGE que considera a autodeclaração do indivíduo e leva em consideração os traços predominantes relacionados às características físicas e biológicas, descritos a seguir, em seus correspondentes indicadores:

-Código 0. Branco - pele branca; cabelo liso ou ondulado fino (de louro a negro); nariz estreito e proeminente; lábios finos (ou de espessura mediana); gengiva

cor rósea (com suas variações normais devidas à queratinização e vascularização). Compreende-se nesta categoria a pessoa que se declarou da raça branca

-Código 1. Pardo - pele de coloração entre branca e negra (“mulato”, “moreno”); traços que evidenciam miscigenação; impossibilidade de incluir o indivíduo nas categorias “branco”, “negro” ou “amarelo”. Inclui-se nesta categoria a pessoa que se declarou mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça.

- Código 2. Negro - pele castanho-escura ou negra; cabelo ondulado, encarapinhado ou em anel, geralmente escuro; nariz largo ou achatado; gengiva pigmentada pelo acúmulo de melanina. Compreende-se nesta categoria a pessoa que se declarou da raça negra

- Código 3. Indígena - Considera-se, nesta categoria, a pessoa que se declarou indígena ou índia

- Código 4. Amarelo - pele branco-amarela; olhos oblíquos, repuxados. Compreende-se nesta categoria a pessoa que se declarou da raça amarela

- Código 9. Sem informação - Quando não foi possível determinar o grupo étnico e/ou quando a pessoa não se declarou pertencente a nenhum dos grupos anteriores. Quanto a morbidade referida de dor, codificou-se 0 para ausência da condição dolorosa e 1 para presença da dor, com os últimos doze meses anteriores ao período do inquérito como referência.

No que se refere a questões socioeconômicas e utilização dos serviços de saúde foram utilizadas as seguintes variáveis, a seguir:

- Atraso escolar: é uma variável incorporada pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento à base de cálculo do índice de desenvolvimento humano no Brasil, e tem relação direta entre o número de anos de estudo e à idade do indivíduo.

-Código 0 – sem atraso escolar; 1 – com atraso escolar e o código 9 – sem informação (não sabe).

- Procura nos últimos 12 meses e ao tipo de financiamento ao qual o serviço pertença, com classificação:

-Código 0 – ausência da condição e 1- presença da condição; o tipo de financiamento foi categorizado como código 0 – público; 1 – privado; 2 – convênio e 3 – não sabe.

- Tipo de financiamento foi explorada a demanda e os serviços categorizados a seguir:

-Código 0 – Serviço Público; 1 – Serviço Privado. 2 – Serviço Conveniado. E no especializado o Público foi dividido entre Universidade e Centro de Especialidades Odontológicas-CEO.

Para analisar a história odontológica, três questões foram aplicadas com relação ao uso do serviço odontológico, assim mencionadas: “teve dor de dente nos últimos 12 meses? ”; “foi ao dentista nos últimos 12 meses? ” e se “fez algum procedimento de urgência”, com códigos binomiais o escore 0 – não e 1- sim.

- Exame bucal

O exame para cárie dentária foi realizado com espelho bucal plano, espátula de madeira e a sonda CPI, com esfera 0,5mm na ponta e faixa delimitada entre 3,5mm e 5,5mm a partir da sua extremidade, conforme preconizado pela OMS, para levantamentos epidemiológicos, sob a luz natural. Utilizaram-se compressas de gaze para secar as superfícies dentais e remover possíveis detritos destas superfícies. Espátulas de madeiras descartáveis também foram utilizadas com a finalidade de afastamento dos tecidos bucais.

Posição para o exame

A posição de exame dos indivíduos dependeu do equipamento disponível. A cadeira ou mesa de exame deve ser posicionada em direção e o mais próximo possível, da fonte de luz natural.

O exame epidemiológico foi realizado para o levantamento das condições da saúde bucal, uso e necessidade de prótese e respectivos tratamentos, com o auxílio de um anotador devidamente orientado. Este, se posicionou, junto ao examinador, de forma que facilmente recebesse as informações a serem registradas corretamente, e ao mesmo tempo confirmasse as mesmas.

Os elementos dentários foram examinados de uma forma sistemática e ordenada de um dente ou espaço dentário para o dente ou espaço adjacente, conforme preconizado no Manual de Levantamento Epidemiológico da OMS. Considerou-se presente o elemento dentário quando alguma parte de sua estrutura estivesse visível. Iniciou-se o exame a partir do terceiro molar ao incisivo central do hemi-arco direito (18 ao 11); seguiu-se o exame do hemi-arco superior esquerdo a partir do incisivo central ao terceiro molar (21 a 28); ao dar continuidade ao exame, passou-se para o hemi-arco inferior esquerdo, se iniciou a avaliação a partir do elemento dentário terceiro molar ao incisivo central (38 a 31) e, por fim, o exame do hemi-arco inferior direito (41 ao 48). Foram avaliados em cada elemento dentário a condição de sua coroa e a necessidade de tratamento; o número de dentes cariados, perdidos, obturados e hígidos na cavidade bucal que segue os seguintes critérios:

- Coroa hígida.

Considera-se uma coroa hígida quando não há evidência clínica de cárie, tratada ou não. Os estágios da cárie que precedem à cavitação, bem como outras condições similares aos estágios precoces de cárie, são excluídos em virtude de não ser possível se obter um diagnóstico confiável. Deste modo, uma coroa que apresente os seguintes defeitos, desde que na ausência de outros critérios positivos, deve ser registrada como hígida:

- manchas esbranquiçadas;
- descolorações ou manchas rugosas resistentes à pressão da sonda CPI;
- sulcos e fissuras do esmalte manchados, mas que não apresentam sinais visuais de base amolecida, esmalte socavado, ou amolecimento das paredes, detectáveis com a sonda CPI;
- áreas escuras, brilhantes, duras e fissuradas do esmalte de um dente com

fluorose moderada ou severa;

- lesões que, com base na sua distribuição ou história, ou exame tátil/visual, resultem de abrasão.

- Coroa Cariada. Sulco, fissura ou superfície lisa apresenta cavidade evidente, ou tecido amolecido na base ou descoloração do esmalte ou de parede ou há uma restauração temporária (exceto ionômero de vidro). A sonda CPI deve ser empregada para confirmar evidências visuais de cárie nas superfícies oclusal, vestibular e lingual. Na dúvida, considerar o dente hígido.

- Coroa Restaurada, mas Cariada = Cariado

Há uma ou mais restaurações e ao mesmo tempo uma ou mais áreas estão cariadas. Não há distinção entre cáries primárias e secundárias, ou seja, se as lesões estão ou não em associação física com a (s) restauração (ões).

- Coroa Restaurada e Sem Cárie.

Há uma ou mais restaurações definitivas e inexistente cárie primária ou recorrente. Um dente com coroa colocada devido à cárie inclui-se nesta categoria. Se a coroa resulta de outras causas, como suporte de prótese, é codificada como 7 (G). Um dente permanente ou decíduo foi extraído por causa de cárie e não por outras razões. Essa condição é registrada na casela correspondente à coroa.

- Perdido.

Perdido por motivo de cárie dentária

Estes critérios foram posteriormente categorizados para conformar o índice CPOD, sua composição percentual e a prevalência de cárie dentária e de perda dentária por cárie.

A variável dependente considerada em todas as análises foi a prevalência de perda dentária por cárie.

4.5 COBERTURA EM SAÚDE BUCAL

Para o cálculo da cobertura potencial da rede municipal de atenção à saúde bucal, utilizou-se dois indicadores, com dados fornecidos pela Secretaria Municipal de

Saúde de Salvador- Coordenação de Saúde Bucal: Cobertura das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família- ESF (número de equipes X 3450 X 100/ população estimada no ano de 2015) e a Cobertura das Equipes de Saúde Bucal na Atenção Básica sem a ESF (Número de horas dos profissionais X 3000/40/ população estimada no ano de 2015). Calcularam-se ambos os indicadores por distrito sanitário.

4.6 PROCESSO DE ANÁLISE

Os dados foram revisados, digitados em planilha eletrônica e analisados a partir da obtenção das medidas de tendência central e dispersão para as variáveis contínuas e números absoluto e relativo para as variáveis categoriais, para o município e por distrito sanitário. A ocorrência de perda dentária foi estimada a partir do intervalo de confiança com 95% de significância.

Com o objetivo de identificar as variáveis associadas ao evento procedeu-se a análise exploratória. Foi considerada, como variável dependente, a ocorrência da perda dentária por cárie, categorizada como ausência ou presença. As variáveis independentes – sociodemográficas e de acesso aos serviços de saúde foram categorizadas conforme descrito anteriormente.

A medida de ocorrência utilizada foi a prevalência. Na análise univariada, realizada com dados categorizados, adotou-se, como medida de associação o Teste Qui-Quadrado de Mantel- Haenszel. Foi considerado, estatisticamente, significativo o valor de $p < 0,05$. Foram assim selecionadas as possíveis variáveis candidatas a figurar na análise multivariada e se escolheu aquelas que apresentaram associação com a variável resposta ao nível de significância estatística de 5,0% para, assim, manter no modelo as variáveis que apresentaram significância de até 20%.

Para iniciar a análise multivariada utilizou-se a regressão logística não condicional com o modelo saturado, com todas as variáveis selecionadas, retirou-se, uma a uma, cujo valor de p era superior ao pré-estabelecido, até resultar em um modelo final, onde permaneceram aquelas que se mantiveram com significância estatística ou que mais contribuíram para a explicação do efeito. Durante o procedimento da análise, a magnitude da associação entre perda dentária e as potenciais variáveis associadas

foi verificada pelo cálculo da Odds Ratio (OR), cuja medida de precisão foi o Intervalo de Confiança a 95%. O diagnóstico do modelo foi realizado pela razão de máxima verossimilhança.

Os programas estatísticos informatizados utilizados para a digitação do banco de dados e análise foram respectivamente o Excel ® Versão 2010 e Minitab, versão 14.

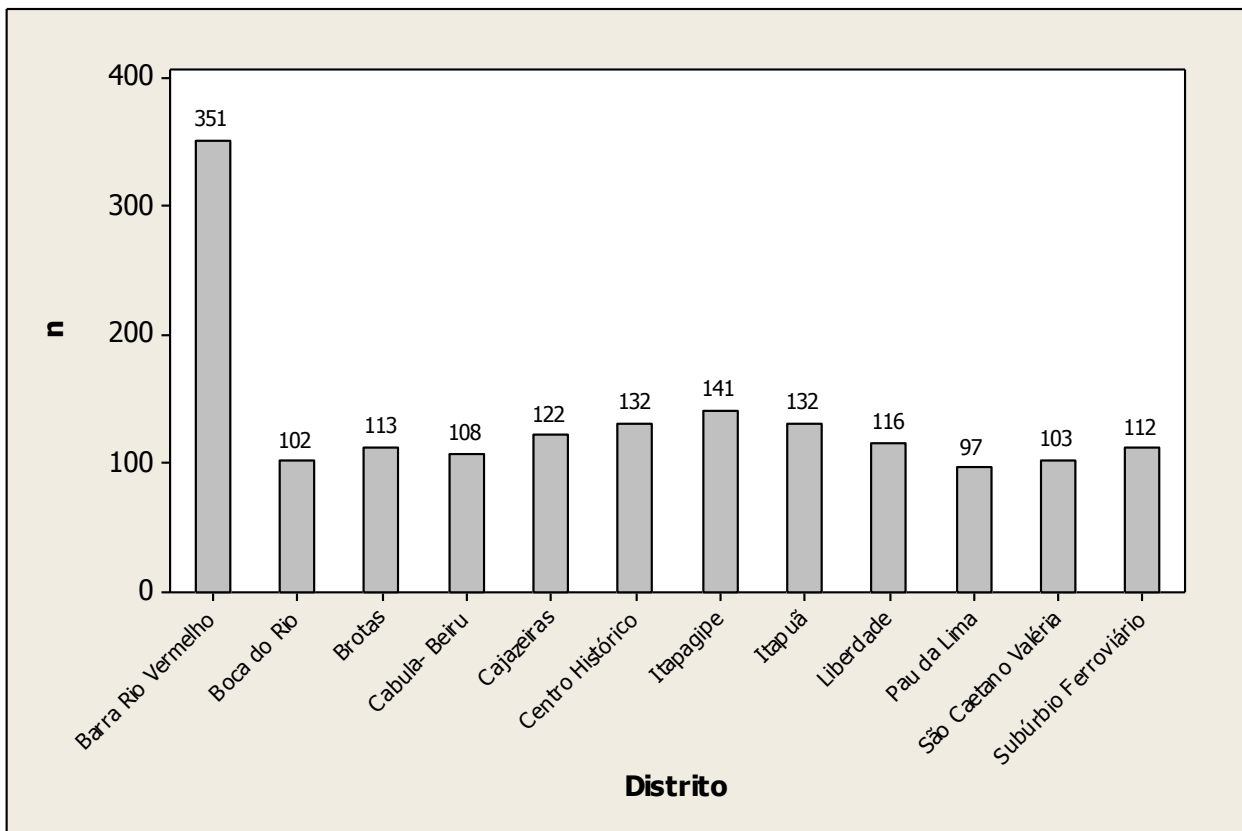
4. 7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O Projeto do Estudo em questão foi conduzido de acordo com os preceitos determinados pela resolução 466/2012 e aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia – protocolo 43000615.7.0000.5030 (ANEXO 2). Cada escola participante do estudo recebeu um termo de consentimento e só foi realizada a entrevista e exame mediante assentimento do adolescente. Caso ocorresse condição de urgência ou necessidade imediata, o participante seria encaminhado ao serviço de saúde de referência.

5 RESULTADOS

Foram examinados e entrevistados 1.629 estudantes de 15 a 19 anos de idade oriundos de escolas públicas do município de Salvador, distribuídos nos 12 distritos sanitários conforme o Gráfico 1. Destaca-se que predominaram neste grupo, o sexo feminino (56,05%) e a etnia parda ou negra (85,75%). O percentual de atraso escolar foi de 48,49% (Tabela 1).

Gráfico 1 – Distribuição por Distrito Sanitário de estudantes de escolas públicas nas idades de 15-19 (n= 1.629) anos, Salvador- BA, 2015.



Com relação aos indicadores referentes à utilização e ocorrência de dor, observou-se que 23,53% da população de estudo relatou ter tido algum tipo de morbidade no último ano e uma pequena maioria (52,70%) utilizou a assistência odontológica, onde, na maior parte, o serviço privado foi àquele de escolha (53,16%),

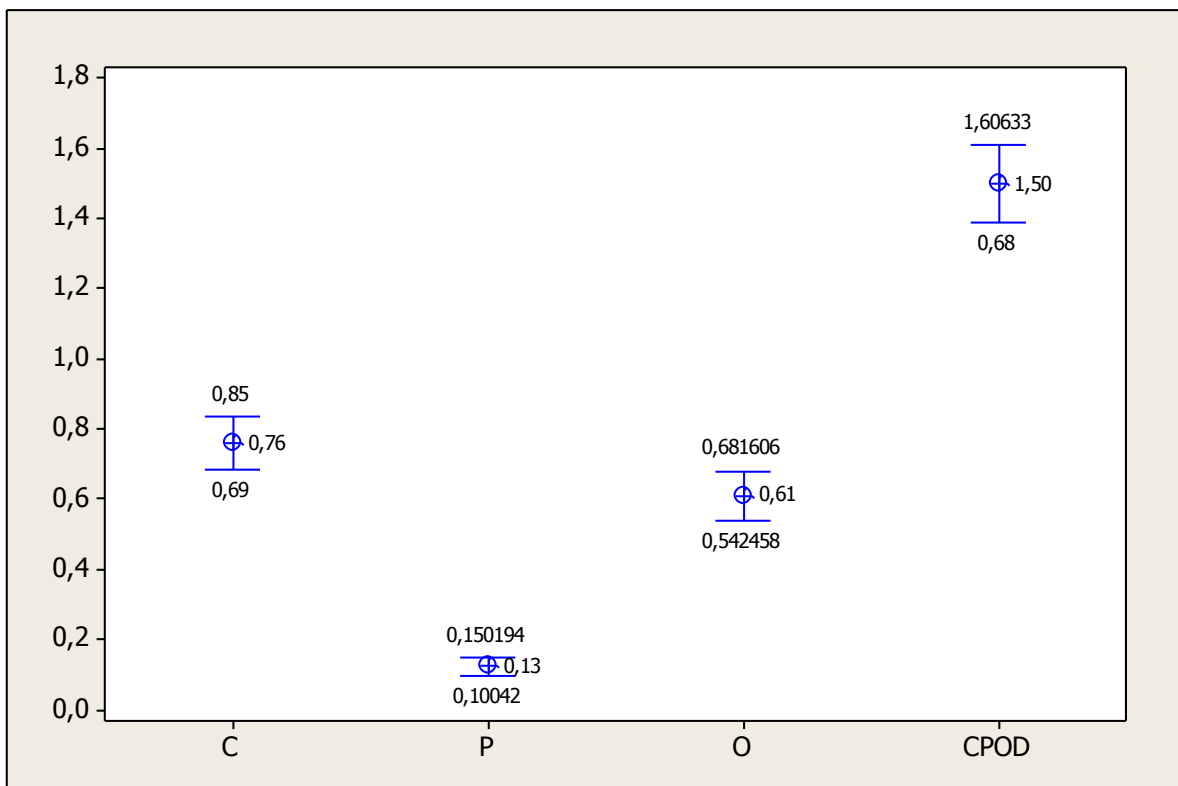
seguido do Sistema Único de Saúde (SUS) - 28,08%. Do total, aproximadamente, 6% deste grupo relatou necessidade de serviço de urgência odontológica (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização da população e utilização dos serviços de saúde bucal em estudantes de 15-19 anos de escolas públicas (n= 1.629). Salvador- BA, 2015.

Variável	n (%)
Sexo	
Masculino	716 (43,95)
Feminino	913 (56,05)
Etnia	
Branco	165 (10,36)
Pardo	654 (41,05)
Negro	712 (44,70)
Indígena	41 (2,57)
Amarelo	21 (1,32)
Situação de escolarização	
Sem atraso escolar	817 (51,51)
Com atraso escolar	769 (48,49)
Dor de dente nos últimos 12 meses	
Não	1245 (76,47)
Sim	383 (23,53)
Utilização dentista últimos 12 meses	
Sim	858 (52,70)
Não	770 (47,30)
Financiamento da utilização dentista últimos 12 meses	
Público	253 (28,08)
Privado	479 (53,16)
Convênio	147 (16,32)
Outros	22 (2,44)
Urgência nos últimos 12 meses	
Não	1525 (93,95)
Sim	98 (6,05)

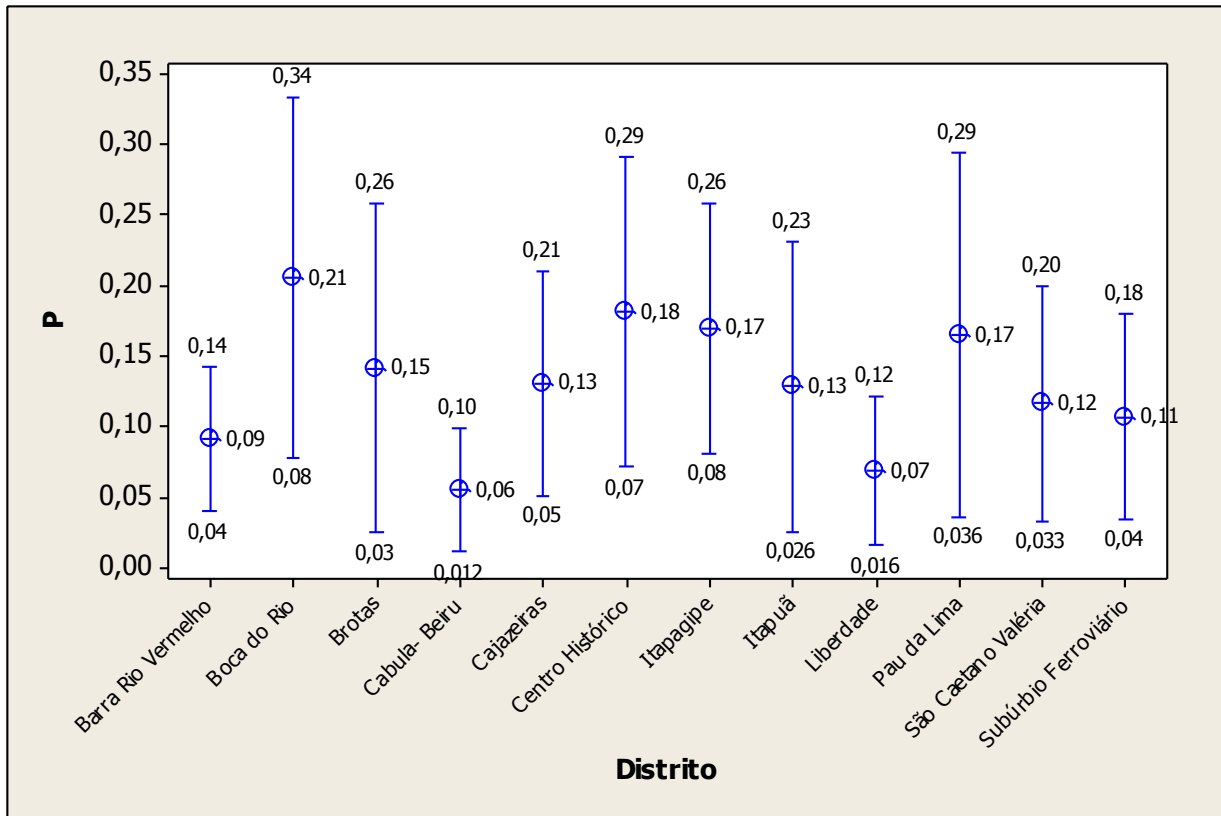
A média do CPOD para estes adolescentes foi de 1,50 (1,35- 1,61 95% IC), com maior participação do componente cariado (50,67%) seguido do componente obturado (40,67%). A menor parcela deve-se a dentes extraídos por cárie (8,66%) (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Média e Intervalo de confiança do CPOD e seus componentes em estudantes de escolas públicas de 15-19 anos em Salvador- BA, 2015.



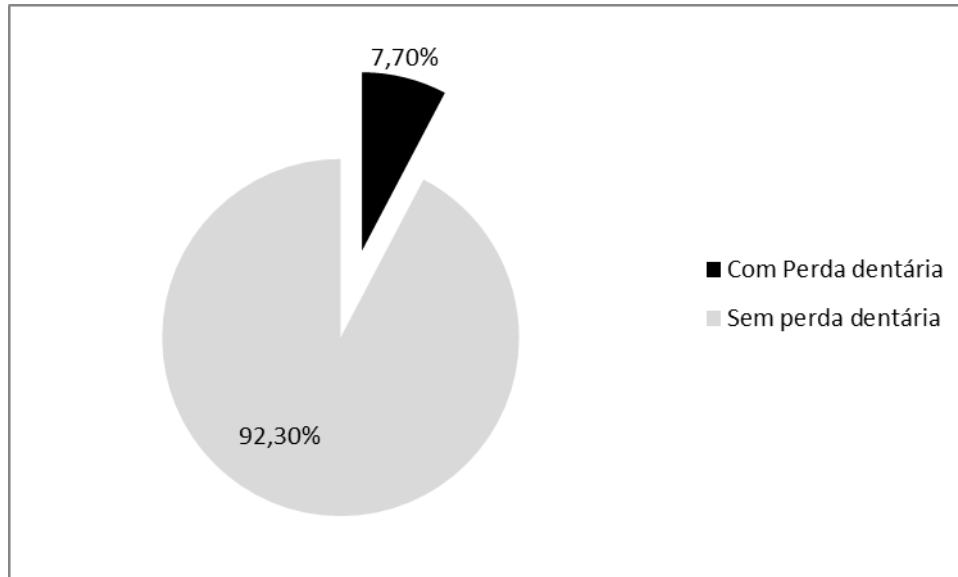
Foram identificadas grandes variações da média de dentes perdidos entre os distritos sanitários. (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Distribuição da média dos dentes perdidos por distrito em estudantes de escolas públicas nas idades de 15-19 anos (n= 1.629). Salvador- BA, 2015.



Quando analisada para o município, do total de adolescentes, 7,7% apresentavam-se no momento do exame com pelo menos 1 unidade dentária extraída por cárie (Gráfico 4).

Gráfico 4 – Prevalência de perda dentária por cárie em estudantes de escolas públicas nas idades de 15-19 (n= 1.629) anos de idade. Salvador- BA, 2015.

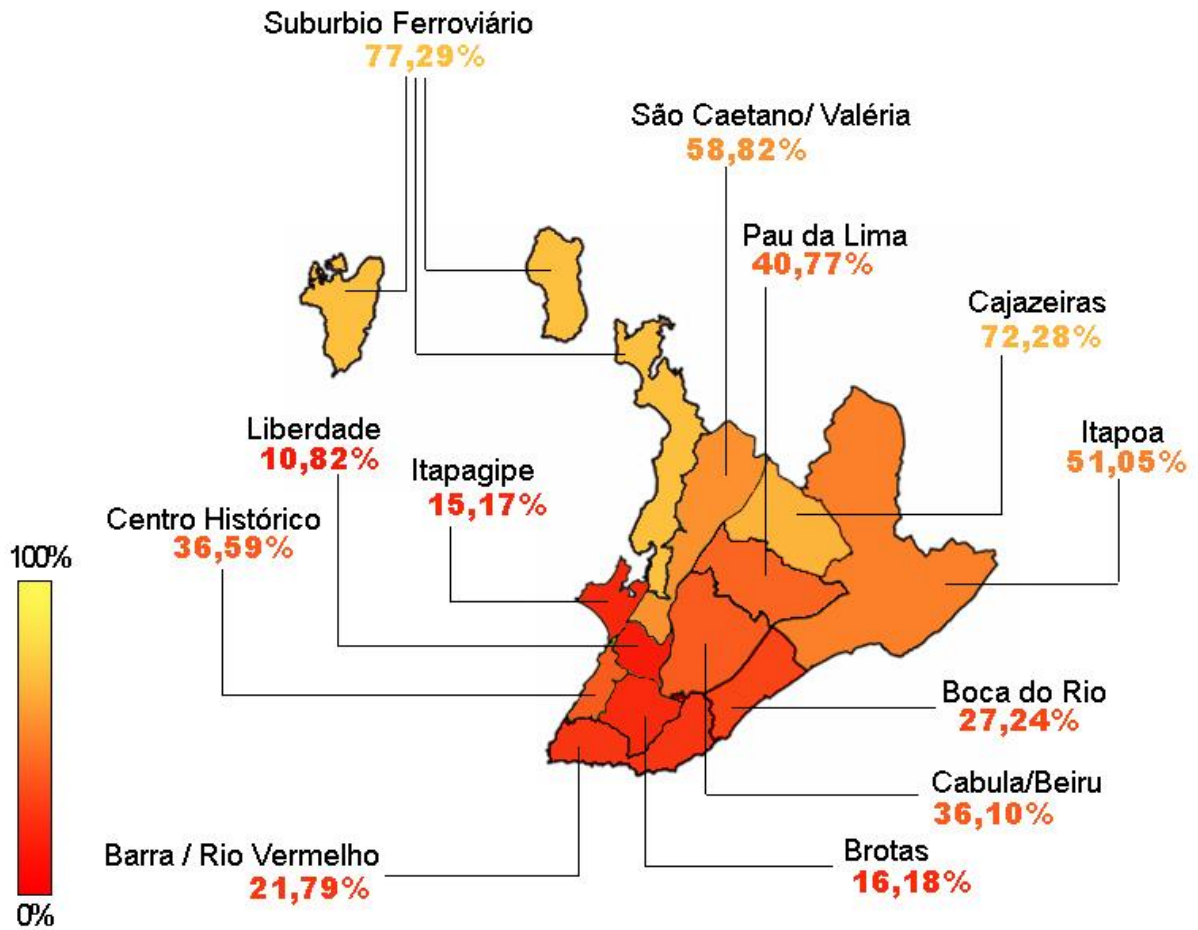


Foi calculada também a cobertura assistencial na atenção básica e na estratégia de saúde da família no município de Salvador (Tabela 2). Não existiu correlação entre a perda dentária e a cobertura em serviços de saúde bucal ($R^2=0,23$; $p=0,09$).

Tabela 2 - Cobertura assistencial em saúde bucal por Distrito Sanitário do município de Salvador- BA, 2015 que inclui atenção básica e estratégia de saúde da família.

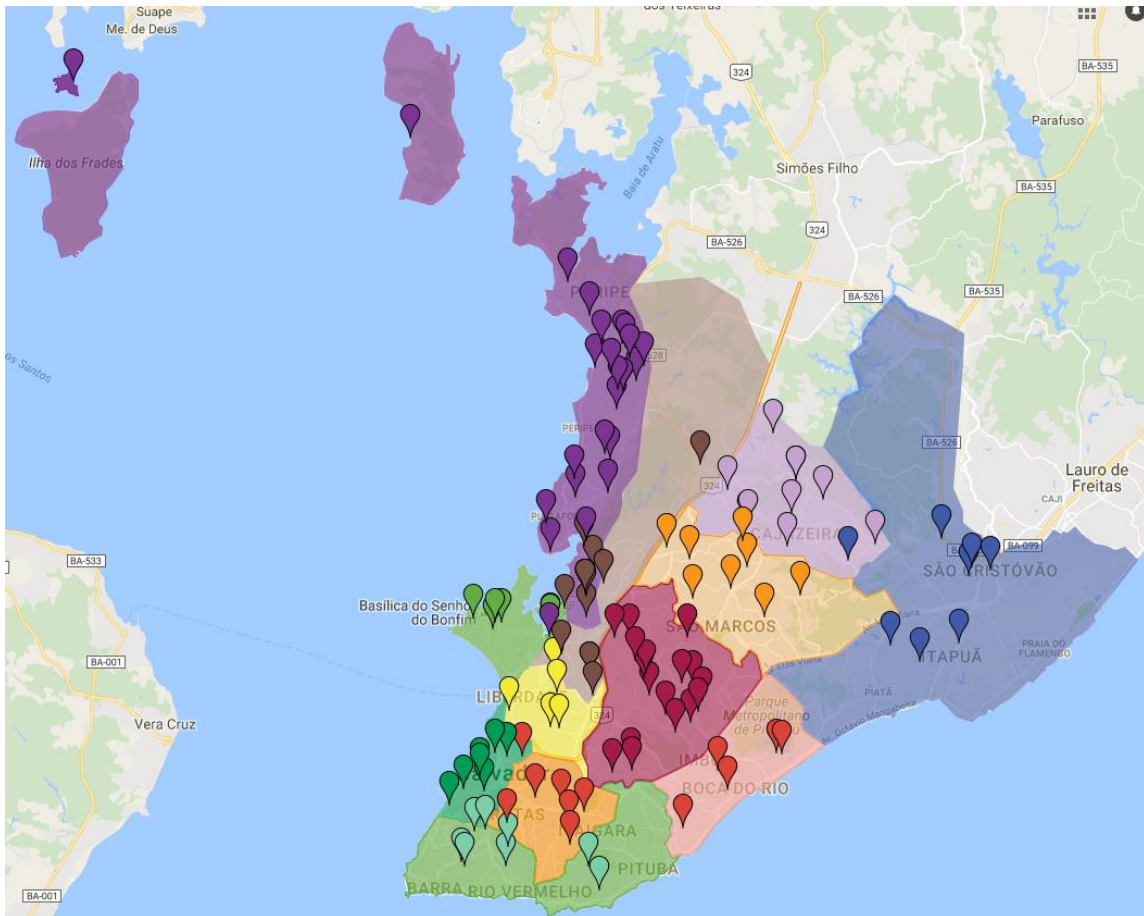
Distrito	Cobertura atenção básica (%)	Cobertura estratégia de saúde da família (%)
Barra- Rio Vermelho	10,54	11,25
Boca do Rio	17,18	10,06
Brotas	11,49	4,69
Cabula- Beiru	18,80	17,30
Cajazeiras	36,29	35,99
Centro Histórico	23,32	13,27
Itapagipe	9,30	5,87
Itapuã	26,90	24,15
Liberdade	5,51	5,31
Pau da Lima	20,42	20,35
São Caetano- Valéria	30,42	28,40
Subúrbio Ferroviário	35,83	41,46

Figura 2 - Cobertura assistencial em saúde bucal por Distrito Sanitário do município de Salvador- BA, 2015.



Fonte: A pesquisa

Figura 3 - Distribuição espacial das unidades de saúde da família e de atenção básica no município de Salvador- BA, 2015.



Fonte: A pesquisa

- Fatores associados à ocorrência da perda dentária

Analisou-se a relação bivariada da perda dentária e as variáveis estudadas na tabela 3. Destaca-se que a ocorrência de dentes perdidos foi maior no sexo feminino e na etnia parda/ negra, sem significância estatística. Já estar em situação de atraso escolar, ter relatado dor de dente nos últimos 12 meses, ter utilizado os serviços odontológicos ou de urgência nos últimos 12 meses foram fatores associados positivamente a maior ocorrência de perda dentária (Tabela 3).

Além da significância estatística e o ponto de corte adotado ($P < 0,20$), optou-se por motivos teóricos e por esta ser uma das poucas variáveis sociodemográficas, incluir a variável etnia no modelo completo da regressão logística.

Tabela 3 - Associação bivariada entre ocorrência de perda dentária, variáveis sociodemográficas, dor de dente e utilização de serviços de saúde em estudantes de escolas públicas nas idades de 15-19 ($n = 1.629$) anos de idade. Salvador- BA, 2015.

Variável	Sem dentes perdidos n (%)	Com dentes perdidos n (%)	P valor
Sexo			
Masculino	668 (93,30)	48 (6,70)	0,19
Feminino	835 (91,56)	77 (8,44)	
Etnia			
Branco/ outros	212 (93,39)	15 (6,61)	0,47
Pardo/ Negro	1256 (92,01)	109 (7,99)	
Situação de escolarização			
Sem atraso escolar	710 (92,45)	58 (7,55)	<0,00
Com atraso escolar	722 (88,37)	95 (11,63)	
Dor de dente nos últimos 12 meses			
Não	1165 (93,65)	79 (6,35)	<0,00
Sim	337 (97,99)	46 (12,01)	
Utilização dentista nos últimos 12 meses			
Sim	739 (95,97)	31 (4,03)	<0,00
Não	763 (89,03)	94 (10,97)	
Urgência nos últimos 12 meses			
Não	1431 (94,14)	89 (5,86)	<0,00
Sim	63 (64,29)	35 (33,71)	

No modelo final da regressão logística, as variáveis de acesso e utilização dos serviços de saúde mostraram-se associadas a ocorrência da perda dentária em

adolescentes que utilizaram serviços de saúde nos últimos 12 meses (OR=2,21; 1,41-3,46 95%IC) e os que procuraram atendimento em urgência odontológica nos últimos 12 meses (OR= 6,17; 3,65- 10,41 95%IC). Das variáveis sociodemográficas, apenas se mostrou relevante no modelo final a presença de atraso escolar de pelo menos um ano (OR= 2,16; 1,78- 2,72 95%IC). Apesar da associação positiva do restante das variáveis investigadas, não foi confirmada a significância estatística (sexo, etnia e morbidade referida de dor).

Tabela 4 - Modelo final de regressão logística entre ocorrência de perda dentária, variáveis sociodemográficas, dor de dente e utilização de serviços de saúde bucal em estudantes de escolas públicas nas idades de 15 a 19 anos (n= 1.629), Salvador- BA, 2015.

Variável	OR	95% IC	P valor
Sexo			
Masculino	1,00	-	
Feminino	1,09	0,73- 1,65	0,66
Etnia			
Branco/ outros	1,00	-	
Pardo/ Negro	1,13	0,63- 2,03	0,68
Situação de escolarização			
Sem atraso escolar	1,00	-	
Com atraso escolar	2,16	1,78- 2,72	0,005
Dor de dente nos últimos 12 meses			
Não	1,00	-	
Sim	1,28	0,82- 2,00	0,27
Utilização dentista nos últimos 12 meses			
Sim	2,21	1,41- 3,46	0,001
Não	1,00	-	
Urgência nos últimos 12 meses			
Não	1,00	-	
Sim	6,17	3,65- 10,41	0,000

6 DISCUSSÃO

Os escolares que fizeram parte deste estudo constituíram uma amostra de 1629 adolescentes de 15 a 19 anos, todos matriculados regularmente em escolas públicas pertencentes a área de abrangência territorial do município de Salvador, distribuídos em 12 Distritos Sanitários. Com relação as características da população, verificou-se predomínio da etnia negra e parda. Quanto a escolaridade, houve atraso escolar de pelo menos um ano em quase metade do grupo. A morbidade referida de dor ocorreu em 23,53% e uma pequena maioria utilizou o serviço odontológico nos últimos 12 meses. Desta população 6% relatou necessidade de urgência odontológica.

Os resultados deste estudo apontaram para um CPOD igual a 1,50 (0,68 – 1,61), onde 0,13 (0,10 – 0,15) destes dentes foram perdidos devido a cárie. O percentual de perda dentária entre os adolescentes foi de 8,66%, seguido do componente “cariado”, com um percentual de 50,67% e valor médio de 0,76 (0,69 – 0,85), componente este que mais contribuiu no escore do CPOD, e o componente “obturado” que alcançou o escore médio de 0,61 (0,542 – 0,681) e que representa 40,67% dos dentes acometidos pela doença cárie dentária.

A perda dentária neste grupo foi de 7,7%, bastante heterogênea entre os distritos sanitários, que, por sua vez, também apresentaram média de dente perdido entre 0,06 a 0,21. Destaca-se que a perda dentária foi associada a maior proporção de atraso escolar (OR=2,16), utilização dos serviços odontológicos (OR=2,21) e ter procurado serviço de urgência no último ano (OR=6,17).

Discutir a perda dentária na adolescência é de grande importância. Além do dano permanente, este é um período crítico para a saúde e a vida, pois durante a transição da infância para a vida adulta, os indivíduos experimentam importantes mudanças biológicas, cognitivas, emocionais e sociais. Esta fase é um importante momento para adoção de novas práticas e comportamentos, ganho de autonomia, exposição a diversas situações e riscos presentes e futuros para a saúde geral e bucal. Dentro deste contexto, a saúde bucal tem grande importância não só na função, mas na estética e construção da auto-estima (CORREA et al., 2012; VETTORE et al., 2012).

Reforça-se a cárie ainda como um problema de saúde neste grupo, devido ao custo do tratamento e os efeitos sobre a qualidade de vida, embora com níveis de gravidade inferiores aos estudos nacionais (BRASIL, 2004; BRASIL, 2011). É a principal causa de perda dentária, e esta, por sua vez, um dos piores agravos a saúde bucal, no que se refere aos danosos impactos na vida das pessoas afetadas, uma marca de desigualdade social, sob os aspectos físicos e psicológicos.

A baixa experiência da doença encontrada nesse grupo reforça às mudanças observadas em países desenvolvidos e em desenvolvimento (WHO, 2003; BRASIL, 2011) com redução acentuada da mesma. Apesar disso, os levantamentos nacionais apontaram as desigualdades entre os grupos populacionais e estes são fundamentais para o monitoramento das tendências em saúde bucal (NARVAI et al., 2006; FRIAS et al., 2007; GIBILINI et al., 2010; COSTA et al., 2013; SOUSA et al., 2013). A mesma tendência foi verificada, com uma redução significativa de 35% no componente cariado entre os adolescentes no período de 2003 a 2010 (BRASIL, 2004; BRASIL, 2011).

Na faixa etária de 15-19 anos, observou-se importante redução na gravidade da doença nos levantamentos epidemiológicos nacionais- CPOD de 12,67 em 1986 (BRASIL, 1988), de 6,17 em 2003 (BRASIL, 2004) e de 4,25 no último levantamento ocorrido em 2010 (BRASIL 2011). Apesar da melhoria no declínio da doença, nesta faixa etária, em quase todos os estudos, há a permanência da perda dentária e uma distribuição desigual que mostra diferenças entre as regiões e os grupos sociais. Em todos os levantamentos analisados, há desvantagem para as Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, que apresentaram maior carga da doença. (COSTA et al., 2013). No presente estudo, verificou-se um CPOD de 1,50, nesta mesma faixa, com média de dentes perdidos de 0,13, inferior à média de dentes perdidos no valor de 0,40, relatado no SB Brasil 2010 (BRASIL, 2011).

Narvai et al., (2006) destacaram que o declínio não se deu apenas pelo acesso aos serviços de saúde ampliado a partir da implantação do Brasil Sorridente, mas, também, e principalmente, devido a importante incorporação do flúor no cotidiano das práticas individuais (especialmente a fluoretação dos dentifrícios), a fluoretação das águas de abastecimento e outras ações de promoção e proteção da saúde bucal.

Quando se analisam os estudos locais, Gonçalves et al., (2002) em estudo transversal com alistados (adolescentes de 18 anos) de Florianópolis SC., encontraram um CPOD de 4,5, com prevalência de 81% da doença, nesta população. Já o estudo de Viana et al., (2009), com alistados de Manaus, relataram um CPOD de 5,16 e prevalência de cárie dentária de 88,8%. O valor do componente perdido neste último ($P = 1,27$) foi semelhante ao encontrado no SB Brasil 2004, $P = 1,34$ (BRASIL, 2004). No entanto, maior que o valor do componente $P = 0,3$ (GONÇALVES et al., 2002) encontrado no estado de Florianópolis. Em ambos os estudos, as maiores proporções de dentes cariados e perdidos concentraram-se nos grupos de menor escolaridade e renda, os quais revelam que as condições de saúde bucal expressam as desigualdades sociais. Quando se analisou a perda dentária neste estudo encontrou-se valor absoluto do componente $P = 0,13$ e valor do CPOD de 1,50; o componente cariado apresentou prevalência de 50,67%, percentual este inferior aos 81% relatados por Gonçalves et al., (2002), quanto aos 88,8% descrito por Viana et al., (2009).

Cangussu et al., (2002) e Moreira et al., (2007), encontraram CPOD semelhante, 2,66 e 2,88, e valor do componente P de 0,15 e 0,16 respectivamente, em adolescentes de 15 anos, de escolas públicas e privadas de Salvador- BA e de João Pessoa-PB. Em ambos, verificou-se maior percentual de dentes cariados para os de escolas públicas e de obturados para os de escolas privadas. Com relação ao CPOD do presente estudo, com valor de 1,50, com prevalência do componente perdido de 8,66% e valor absoluto de 0,13, próximo aos valores encontrados em estudos anteriores acima citados. Ressalta-se, no entanto, que os adolescentes do presente estudo pertenciam somente a escolas públicas. Verificou-se ainda nesta população, uma maior concentração de componente cariado num percentual de 50,67% e obturado de 40,67%.

Já Saliba et al., (2010), em um estudo transversal, conduzido na zona rural do município de Gabriel Monteiro – SP, encontrou um CPOD 5,87, com prevalência de perda dentária de 1,3% com média de 0,08. O acesso ao serviço atingiu um percentual de 80,75%, mas o componente obturado representou uma prevalência alta de 80,8% do índice, o qual corresponde a 31 indivíduos dos 39 que compunham a sua amostra, para a faixa etária de 15 a 19 anos de idade. Quando comparamos os nossos resultados com média de perda dentária de 0,13 e prevalência de 8,66%, devemos salientar que

mesmo ao apresentar percentuais inferiores, deve-se interpretar os valores a partir do n amostral de cada estudo, (39, SALIBA; 1.629, COSTA), os quais apresentam grande disparidade e, por sua vez, podem aferir resultados diferentes.

Gushi et al. (2005), em um estudo transversal desenvolvido em São Paulo, observaram um CPOD 6,44 para esta faixa de 15 a 19 anos, com prevalência de cárie dentária de 90,4%, em uma população com status socioeconômico baixo, atendidos em serviço público. Já em outro trabalho, Gushi et al., (2008) reportaram CPOD de 7,1 para a idade de 18 anos, igual ao CPOD= 7,1, relatado por Celeste et al., (2007) em 85 municípios do Rio Grande do Sul.

Os dados do presente estudo mostraram um CPOD de 1,50, e prevalência em seus componentes de 50,67% (C), 8,66% (P) e 40,67% (O), respectivamente. Quando em comparação a estudos anteriores no município, ressaltamos um valor médio de 2,09 para o CPOD encontrado no projeto SB Brasil 2010, e respectivas prevalências para os seus componentes de 51,2% (C), 8,6% (P) e 35,4% (O). Almeida et al., (2012), em adolescentes, nesta faixa de 15 a 19 anos, em áreas cobertas pela Estratégia de Saúde da Família, verificaram nesta população um CPOD de 3,3, e prevalência de 54% (C), 13,4% (P) e 32,6% (O). Salienta-se no estudo de Almeida et al., (2012) uso e necessidade de prótese, num percentual de 0,5% e de 13,0% respectivamente, variável não avaliada no presente estudo.

Dos adolescentes examinados, no momento da análise, um percentual de 7,7% já tinha perdido pelo menos um dente permanente. A associação de perdas dentárias com fatores sociodemográficos demonstrou associação positiva com sexo e etnia. As adolescentes tiveram maior perda dentária numa proporção maior (8,44%) que os meninos (6,70%); e com relação à etnia, o maior percentual foi entre pardos e negros num percentual de 7,99%, mas sem significância estatística.

A prevalência de perda dentária do presente estudo é muito semelhante a registrada no Levantamento SB Brasil 2010- 8,66% (BRASIL, 2011). No entanto, com relação ao percentual do componente obturado este registrou aumento, de 35,4% para 40,67% o que demonstra controle da cárie dentária e uma maior procura por serviço odontológico.

Alguns trabalhos têm descrito perdas dentárias muito superiores às encontradas em Salvador- BA. Melo et al., (2011), em Campina Grande-PB, verificaram em adolescentes uma proporção de 17,2%, e próxima de 17,4 % citada por Peres et al., (2013b) através dos dados secundários da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal –SB Brasil 2010 e dos 18,1% encontrados por Lopez e Baelum (2006) em adolescentes chilenas.

Entretanto, outros resultados relatados na literatura são bem similares. A prevalência de perda dentária de 7%, ao considerar fatores socioeconômicos, demográficos, utilização de serviços e dor, foi resultado do estudo de Tôrres et al., (2014) em São Paulo. Já Gushi, et al., (2005) trabalharam com dados de levantamentos epidemiológicos no Estado de São Paulo entre 1998 e 2002, e verificaram que para aqueles com 18 anos, o percentual de necessidade de extrações aumentou de 5,9% em 1998 para 7,1% em 2002, porém sem significância estatística, no entanto, confirmam aumento na perda dentária precoce.

Frias et al., (2007) com a análise dos dados secundários do SB Brasil 2003 reforçaram que a presença de dentes cariados em adolescentes é consequência do reduzido acesso a recursos preventivos e reflete a ausência ou a utilização limitada de atendimento odontológico, o que aumenta o risco de perda dentária. A prevalência de perda dentária é alta, em adolescentes brasileiros, e os primeiros molares ainda se constituem no elemento dentário que mais contribui para esta perda, (BARBATO; PERES, 2009), fato também considerado no estudo de Melo et al., (2011).

Reforça-se que, de acordo com a Federação Dental Internacional (FDI) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) a proporção de jovens de 18 anos de idade sem nenhuma perda dentária deveria ser no mínimo de 85% no ano de 2000 (FDI., 1982) e a perda dentária deveria ser progressivamente reduzida a zero até o ano de 2020.

No presente estudo, foram variáveis associadas à perda dentária a escolaridade em pelo menos um ano de atraso (OR= 2,16; 1,78-2,72 95% IC), o uso de serviço odontológico (OR= 2,21; 1,41-3,46 95%IC) e o atendimento de urgência nos últimos doze meses (OR= 6,17; 3,65-10,41 95%IC) elementos que serão discutidos a seguir.

Entre os adolescentes, o sexo feminino, os pardos e negros, os de menor renda e escolaridade apresentaram maiores perdas dentárias em concordância com diversos

outros estudos (PERES et al., 2013b; BARBATO; PERES, 2009; SALIBA et al., 2010), embora neste trabalho só tenha sido relatada diferença estatística para a variável escolaridade.

O acesso e utilização de serviços odontológicos mostraram-se positivamente associados à perda dentária, assim como a procura por atendimentos de urgência. Este achado é semelhante ao estudo de Roberts-Thomson et al., (2008), entre adolescentes australianos. Isto porque a dor é considerada um importante preditor da utilização do serviço odontológico em populações vulneráveis e em regiões em que existem dificuldades de acesso e utilização dos serviços odontológicos (PEREIRA et al., 2013; SILVEIRA et al., 2013).

Entretanto, em alguns trabalhos, este resultado é diferente. Estudo em adolescentes canadenses (VINGILIS et al., 2007) e adolescentes chilenos (LOPEZ ;BAELUM, 2007), demonstraram forte associação entre o uso dos serviços com os indivíduos com maior renda e melhor auto percepção bucal, embora concordem em afirmar maior utilização nos maiores níveis de morbidade referida.

No estudo de Melo et al., (2011), estes verificaram maior frequência de perda no sexo feminino, o que também está de acordo com a pesquisa de Lopez e Baelum (2006). Ainda, neste último citado, quando se associou a perda dentária com a visita ao serviço odontológico, verificou-se um resultado estatisticamente significativo em relação aos adolescentes que visitaram o serviço que, por sua vez, apresentaram duas vezes mais chances de possuírem perda dentária comparado àquelas que não foram ao consultório. Este achado é semelhante ao encontrado nesta pesquisa. Aqueles autores sugerem que a visita ao cirurgião-dentista, dentro de um modelo curativo-restaurador, pode se constituir em um fator importante para a perda dentária e indicar a tendência a uma superexposição de tratamento, repetição do tratamento invasivo, ou por exodontia, caso não haja condição para um procedimento especializado de maior complexidade.

A utilização do serviço odontológico no presente estudo foi de 52,7%, semelhante aos resultados encontrados por Araújo et al., (2009) de 52,2% em Pelotas, RS e Baldani et al. (2011), de 52,6% em Ponta Grossa, PR, e com maior participação do sexo feminino.

Existem desigualdades regionais marcantes no Brasil, como por exemplo- menos de 6% dos adolescentes da região Sul relatam nunca ter ido ao dentista enquanto que esta porcentagem chega a quase 22% na região Nordeste. Um dos principais motivos da ida ao dentista é a experiência de dor dentária a qual foi relatada por mais de 30% dos adolescentes, enquanto a ida ao dentista para consulta de rotinas/manutenção foi relatada por cerca de 34% dos adolescentes (BRASIL, 2004).

Diversos estudos da literatura, (SLACK-SMITH et al., 2007; VINGILIS et al., 2007; ARAÚJO et al., 2009; DAVOGLIO et.al., 2009; ROBERTS-THOMSON et al., 2008; BALDANI et al., 2011), associaram a variável menor renda com as iniquidades no acesso a serviços odontológicos. Em Baldani et al., (2011) a maior proporção de consultas ocorreu naqueles de maior renda e apresentaram um valor de 8:1 de chance.

Destaca-se, na população do presente estudo ainda necessidade de tratamento, bem como a perda dentária precoce, bastante heterogênea entre os distritos sanitários, embora não tenha sido possível estabelecer correlações com a distribuição e cobertura da rede de atenção à saúde bucal do município, bem como acesso e disponibilidade da mesma para esta faixa etária.

Existe a necessidade de uma política consistente para a inclusão deste grupo na atenção à saúde bucal, com implantação das ações e programas voltados para a promoção da saúde, com enfoque no controle e manutenção da saúde bucal, para que no futuro apresentem melhores condições e valorizem a importância da saúde bucal. No estudo de GIBILINI et. al., (2010), observou-se que apesar de grande parte da população de adolescentes referir ter algum tipo de problema odontológico, a maior parte deles (54,8%), relataram ter uma ótima saúde bucal. Ainda há a naturalização da perda dentária precoce, com o não reconhecimento desta como problema de saúde.

Além disso, intervenções efetivas da atenção à saúde bucal dependem, necessariamente de um modelo de atenção diferente do curativo- restaurador. Apesar da expansão recente dos serviços de saúde, as ações de cuidado à saúde bucal ainda envolvem a mutilação dentária, principalmente na população de baixa renda.

No entanto, esforços devem ser voltados a mudanças nos modelos assistenciais para o desenvolvimento de programas de atenção à saúde bucal que incluam ações de educação e promoção de saúde, acesso e assistência odontológica de qualidade e

redução da vulnerabilidade social, que juntos, poderão ser bastante efetivos para a melhora da saúde bucal de muitos adolescentes brasileiros. (BRASIL, 2004).

A situação socioeconômica e renda familiar são variáveis muito utilizadas em estudos epidemiológicos e desempenham um papel importante no processo saúde-doença, com piores condições de vida e saúde na maior condição de vulnerabilidade. Condições de privação social podem representar barreiras sociais ao uso dos serviços, tanto pela falta de recursos financeiros para alcançar o atendimento, como pela falta de informações acerca de seus direitos e da importância da manutenção da saúde bucal.

Neste trabalho a variável escolaridade expressou a vulnerabilidade social e a maior proporção de perda dentária. Outros estudos epidemiológicos também constataram associação entre escolaridade e condição de saúde bucal com maior experiência de cárie e perda dentária (SLACK-SMITH et al., 2007; BARBATO; PERES, 2009; VASQUEZ et al., 2015).

A condição social é importante na avaliação da cárie dentária, por ser considerado um dos principais fatores de risco. A baixa renda pode ser associada ao menor acesso aos serviços odontológicos e aos produtos de higiene, bem como ao menor conhecimento sobre os hábitos saudáveis de higiene bucal, e em consequência, a alta prevalência e gravidade de cárie, e, por fim, um dos maiores agravos – a perda dentária (BARBATO; PERES, 2009; COSTA et al., 2013).

Estudos epidemiológicos constataram associação entre condições socioeconômicas precárias e piores condições de vida, e, possivelmente maior número de agravos à saúde bucal dos indivíduos (BORGES, et al., 2008; COSTA et al., 2013). Vários são os aspectos relacionados a condições socioeconômicas que interferem na saúde bucal do adolescente – renda mensal familiar; nível educacional do adolescente; nível educacional materno; o tipo de escola; localização geográfica da residência (urbana, rural) (BARBATO; PERES, 2009; HASHIZUME et al., 2011).

Com o objetivo de avaliar a desigualdade social de jovens australianos, Roberts-Thomson et al., (2008), utilizaram dados secundários da Pesquisa Nacional da Austrália de Saúde Bucal Adulta (NSAOH). Verificaram que educação e rendimento foram associados com a realização de extrações. Desse modo, se constata que conhecimentos e valores, bem como as restrições financeiras podem afetar o acesso

aos oportunos cuidados dentários. Quanto menor a renda e escolaridade maior a probabilidade de perda dentária na razão de 3,06 (IC95% 2,27-4,12) 1,59 (IC95% 1,27-1,99), respectivamente. No presente estudo, só foi relatado associação estatisticamente positiva da perda dentária com a variável escolaridade- ter pelo menos um ano de atraso- com um OR=2,16 (IC 95%; 1,78-2,72).

Estudo conduzido por Barbato e Peres, em 2009, com dados do SB Brasil 2002-03, para a faixa etária de 15-19 anos, apontou associação estatisticamente positiva entre perdas dentárias e baixa renda per capita na razão de prevalência de 1,30 (IC95% 1,21-1,39), e escolaridade com pelo menos um ano de atraso escolar, na razão de 1,14 (IC95% 1,10-1,19).

Ao analisar dados secundários do SB Brasil 2010, Peres et al., (2013b), apontaram que as variáveis renda e escolaridade estavam associadas às perdas dentárias em adolescentes. Tal fato mostra que quanto menor a renda e escolaridade maior perda dentária, uma vez que, os mais pobres e menos escolarizados residem em áreas com menores coberturas de fluoretação das águas de abastecimento, e de serviços odontológicos, consomem mais açúcar, e escovam os dentes com menor frequência. (PERES et al., 2013b; PERES et al., 2013a).

Ao corroborar com este estudo, os fatores socioeconômicos podem contribuir para a perda dentária precoce entre adolescentes, portanto, ações de promoção de saúde que enfatizam a importância de medidas de auto-cuidado são necessárias para propiciar mudanças na situação da saúde bucal desta população (DAVOGLIO et al., 2009; TÔRRES et al., 2014).

Diversos podem ser considerados os limites deste estudo. Inicialmente tratou-se de um estudo transversal, com metodologia proposta para a epidemiologia descritiva, com pequeno número de variáveis e coleta de dados realizada durante o trabalho dos cirurgiões-dentistas da rede. O próprio delineamento, assim, apresenta limites para a inferência causal, como também a precisão das variáveis pode estar comprometida em função da não calibração dos examinadores e clareza das respostas.

Por fim, temos limites na investigação da associação entre utilização dos serviços de saúde e a perda dentária no município. São claros os vazios assistenciais identificados em Salvador, mas foi impossível investigar de forma profunda a

organização dos serviços de saúde bem como as estratégias de atenção à saúde bucal desenvolvidas pela rede municipal de saúde.

Devem ser intensificados as ações para uma maior resolutividade dos serviços de saúde de forma a reduzir a perda dentária neste grupo. Sem dúvida esta atuação é necessariamente intersetorial, elemento identificado neste trabalho, de forma a reduzir a vulnerabilidade. Desta forma, seria possível a identificação dos indivíduos de alto risco para o desenvolvimento de programas de atenção à saúde bucal a fim de diminuir os danos e promover melhor condição geral e de saúde bucal.

7 CONCLUSÕES

- Foi baixa a experiência de cárie dentária neste grupo, com um CPOD = 1,50 (1,35-1,61; 95%IC), menor que a gravidade da doença na maior parte dos municípios brasileiros;
- Apesar da baixa experiência da doença, a perda dentária esteve presente em 7,7% dos adolescentes, com diferenças entre os distritos sanitários;
- É, ainda baixa a cobertura potencial dos serviços de saúde bucal no município de Salvador, com grandes divergências entre os Distritos Sanitários;
- Foram variáveis associadas à ocorrência de perda dentária- o atraso escolar, a utilização dos serviços de saúde e a presença de dor referida;
- É necessário reforçar medidas de promoção, proteção e recuperação à cárie dentária envolvendo a educação em saúde, uso de flúor e incrementar o acesso aos serviços de saúde de forma a prevenir a perda dentária precoce no município.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, T. F. et al. Condições de saúde bucal em crianças, adolescentes e adultos cadastrados em Unidades de Saúde da Família do Município de Salvador, Estado da Bahia, Brasil, em 2005. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF., v. 21, n. 1, p. 109-118, 2012.

ANTUNES, J. L. F. ; NARVAI, P. C. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 360-5, 2010.

ANTUNES, L. A. A. et al. Impacto do traumatismo dentário na qualidade de vida de crianças e adolescentes: revisão crítica e instrumentos de medida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17 n. 12, p. 3417-3424, 2012.

ANTUNEZ, M.E.M. Principais problemas odontológicos dos adolescentes. **Adolescência & Saúde**; Rio de Janeiro, v. 2 n. 4, p. 12-16, nov. 2005.

ARAÚJO, C. S. et al. Utilização de serviços odontológicos e fatores associados: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1063-1072, 2009.

ASSIS, M. M. A. ; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012.

AVILA, Sueli de Fatima Ourique de. A adolescência como ideal social.. In: SIMPOSIO INTERNACIONAL DO ADOLESCENTE, 2., 2005, São Paulo. **Proceedings online...** Disponível em: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000082005000200008&lng=en&nrm=abn>. Acesso em: 19 ago. 2016

BALDANI, M. H. et al. Determinantes individuais da utilização de serviço odontológicos por adultos e idosos de baixa renda. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v.13, n.1, p. 150-62, 2010.

BALDANI, M. H. et al. Determinantes Individuais da Utilização Recente de Serviços Odontológicos por Adolescentes e Adultos Jovens de Baixa Renda. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, João Pessoa, v. 11, n. 1, jan./mar. 2011.

BARATA, C. et al. Determinação do CPOD e comportamentos de saúde oral numa amostra de adolescentes do concelho de Mangualde. **Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial**, v. 54, n. 1, p. 27-32, 2013.

BARBATO, P. R. et al. Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e de serviços associados em adultos brasileiros: uma análise dos dados do Estudo Epidemiológico Nacional (Projeto SB Brasil 2002-2003). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1803-1814, ago. 2007.

BARBATO, P. R. ; PERES, M. A. Perdas dentárias em adolescentes brasileiros e fatores associados: estudo de base populacional. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 13-25, 2009.

BARBIANI, R. et al. A produção científica sobre acesso no âmbito do Sistema Único de Saúde do Brasil: avanços, limites e desafios. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 23, n. 3, p.855-868, 2014.

BARROS, A. J. D. ; BERTOLDI, A. D. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 709-717, 2002.

BONOTTO, D. M. V. et al. Cárie dentária e gênero em adolescentes. **RFO, Passo Fundo**, v. 20, n. 2, p. 202-207, maio/ago. 2015.

BORGES, C. M. et al. Dor nos dentes e gengivas e fatores associados em adolescentes brasileiros: análise do inquérito nacional de saúde bucal SB-Brasil 2002-2003. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1825-1834, ago. 2008.

BOUCHARDET, F. et al. The impact of tooth avulsion on daily life performance using the Brazilian OIDP index in children and young adults. **Journal of Forensic Odontostomatology**, U. Porto, v. 32, n. 1, jul. 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde, Centro de Documentação. **Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil, zona urbana, 1986**. Brasília: Ministério da Saúde; 1988. 137p.

BRASIL. SECRETARIA de POLÍTICAS de SAÚDE/MS. PROJETO PROMOÇÃO da SAÚDE. A promoção da saúde no contexto escolar. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 533-5, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira, 2002–2003, resultados principais**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. 51p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde do Adolescente: competências e habilidades**. Cap. 9. Saúde Oral. Brasília – DF, p. 349-389, 2008. 753p.

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. **Lei 8.069, de 13 de julho de 1990**. Brasília: Ministério da Justiça, 1990. Versão Atualizada 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria 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. 116p.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 19ª ed. São Paulo: Rideel, 2013. 273p.

CALLIGARIS, C. A adolescência como ideal cultural. **In: C. Calligaris, A Adolescência**. São Paulo: Publifolha, Cap. 4, p. 20, 2000.

CANGUSSU, M. C. T. et al. Cárie dentária em escolares de 12 e 15 anos de escolas públicas e privadas de Salvador, Bahia, Brasil, em 2001. **Pesqui. Odontol Bras**, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 379-384, 2002.

CARNEIRO, F.C. et al. Oferta e utilização de serviços de saúde bucal no Amazonas, Brasil: estudo de caso em população ribeirinha do Município de Coari. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1827-1838, ago. 2009.

CELESTE, R. K. et al. Associação entre procedimentos preventivos no serviço público de odontologia e a prevalência de cárie dentária. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 830-838, 2007.

CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE (CONANDA); CONSELHO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (CNAS). MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. Plano nacional de promoção, proteção e defesa do direito de crianças e adolescentes à convivência familiar e comunitária. Brasília/DF., dez. 2006.

CORDEIRO, A. B. N. F. et al. Odontohebiatria em saúde pública. **Adolescência & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 5 n. 3, p. 6-12, jul. / set. 2008.

CORREA, C. R. et al. Saúde bucal do adolescente: necessidades odontológicas levantadas pelos agentes comunitários de saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 25, n. 2, p. 131-138, abr./jun. 2012.

COSTA, S. M. et al. Desigualdades na distribuição da cárie dentária no Brasil: uma abordagem bioética. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 461-470, 2013.

COSTA, C. H. M. Autopercepção em saúde bucal, uso e necessidade de prótese na população de Alagoinha-PB: estudo de base domiciliar. **Brazilian Research in Pediatric Dentistry and Integrated Clinic**, João Pessoa, PB., v. 14, n. 3, p. 14-23, 2014.

CUNHA, A. B. O. ; SILVA, L. M. V. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 725-737, abr. 2010.

DAVOGLIO, R. S. et al. Fatores associados a hábitos de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos entre adolescentes. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 655-667, mar. 2009.

EISENSTEIN, E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. **Adolescência & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p.6-7, jun. 2005.

ELIAS, M. S. A importância da saúde bucal para adolescentes de diferentes estratos sociais do município de Ribeirão Preto. **Rev. latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 1, p. 88-95, jan. 2001.

FERREIRA, A. A. A. et al. A dor e a perda dentária: representações sociais do cuidado à saúde bucal. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 211-218, 2006.

FREDDO, S. L. et al. Hábitos de higiene bucal e utilização de serviços odontológicos em escolares de uma cidade da Região Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 1991-2000, set. 2008.

FREIRE, M. C. M. et al. Determinantes individuais e contextuais da cárie em crianças brasileiras de 12 anos em 2010. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. supl. 3, p. 40-9, 2013.

FRIAS, A. C. et al. Determinantes individuais e contextuais da prevalência de cárie dentária não tratada no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica, OPAS**, Washington DC, v. 22, n. 4, p. 279-285, 2007.

GARBIN, C. A. S. et al. A saúde na percepção do adolescente. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 227-238, 2009.

GIBILINI, C. et al. Acesso a serviços odontológicos e auto-percepção da saúde bucal em adolescentes, adultos e idosos. **Arquivos em Odontologia**, Belo Horizonte, v. 46, n. 4, p. 213-223, out. /dez. 2010.

GONÇALVES, E. R. et al. Cárie dentária e condições sócio-econômicas: um estudo transversal com jovens de 18 anos de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 699-706, mai-jun. 2002.

GRANVILLE-GARCIA, A. F. Importância da Saúde Bucal entre Adolescentes de Escolas Públicas de Campina Grande/PB, Brasil. **Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr.**, João Pessoa, v. 11, n. 3, p. 425-31, jul. /set. 2011.

GUSHI, L. L. et al. Cárie dentária em adolescentes de 15 a 19 anos de idade no Estado de São Paulo, Brasil, 2002. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1383-1391, set. /out. 2005b.

_____. Relationship between dental caries and socio-economic factors in adolescents. **Journal of Applied Oral Science**, Bauru-USP, v. 13, n. 3, p. 305-311, 2005a.

_____. Cárie dentária e necessidades de tratamento em adolescentes do estado de São Paulo, 1998 e 2002. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 480-486, 2008.

HASHIZUME, L. N. et al. Factors associated with prevalence of dental caries in Brazilian schoolchildren residing in Japan. **Journal of Oral Science**, Piracicaba, v. 53, n. 3, p. 307-312, 2011.

JORNADA, B. et al. Acesso e utilização de serviços odontológicos entre adolescentes e fatores associados no Brasil. **Disciplinarum Scientia. Série: Ciências da Saúde**, Santa Maria, v. 13, n. 2, p. 275-288, 2012.

LOPES, L. M. et al. Indicadores e fatores de risco da cárie dentária em crianças no Brasil – Uma revisão de literatura. **Revista da Faculdade de Odontologia-UPF**, Passo Fundo, v. 19, n. 2, p. 245-251, maio/ago. 2014.

LOPEZ, R. ; BAELUM, V. Gender differences in tooth loss among Chilean adolescents: Socio-economic and behavioral correlates. **Acta Odontologica Scandinavica**, Denmark, v. 64, p. 169/176, 2006.

LOUVISON, M. C. P. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 733-740, 2008.

MARIÑO, R. J. et al. Socio-demographic profile of child and adolescent users of oral health services in Victoria, Australia. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 9, p. 1903-1911, set. 2014.

MASOE, A. V. et al. Preventive and clinical care provided to adolescents attending public oral health services New South Wales, Australia: a retrospective study. **BMC Oral Health**, v. 14, n. 1, p. 142-150, nov. 2014.

MELO, F. G. C. et al. Perda precoce de molares permanentes e fatores associados em escolares de 9, 12 e 15 anos da rede pública municipal de Campina Grande, Estado da Paraíba, Brasil. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringá, v. 33, n. 1, p. 99-105, 2011.

MOREIRA, P. V. L. et al. Prevalência de cárie em adolescentes de escolas públicas e privadas na cidade de João Pessoa, Paraíba, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 5, p. 1229-1236, 2007.

MOREIRA, J. O. et al. Juventude e adolescência: considerações preliminares. **Psico**, Porto Alegre, PUCRS, v. 42, n. 4, pp. 457-464, out. /dez. 2011.

MOTTA, B. B. et al. Perfil epidemiológico do uso e necessidade de prótese dentária em usuários de uma Unidade de Saúde da Família de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Arquivos em Odontologia**, Belo Horizonte, v. 50, n. 4, p. 170-177, out/dez. 2014.

NARVAI, P. C. et al. Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social. **Rev. Panam Salud Publica, OPAS**, Washington DC, v. 19, n. 6, p. 385-93, 2006.

OLIVEIRA, M. Z. T. Caracterização da perda dentária em usuários da atenção básica: um estudo bibliográfico. **Revista Formar Interdisciplinar**, Sobral - v.1, n.1, p.15-20, jul.- dez. 2012.

PAVÃO, A. L. B. ; COELI, C. M. Modelos teóricos do uso de serviços de saúde: conceitos e revisão. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 471-482, 2008.

PEREIRA, C. et al. Comportamentos de saúde oral em adolescentes portugueses. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 145-152, 2013.

PERES, S. H. C. S. et al. Polarização da cárie dentária em adolescentes, na região sudoeste do Estado de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, (Supl. 2), p. 2155-2162, 2008.

PERES, K. G. et al. Aspectos sociodemográficos e clínicos da qualidade de vida relacionada à saúde bucal em adolescentes. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, p. 19-28, 2013a.

PERES, M. A. et al. Perdas dentárias no Brasil: análise da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, (Supl. 3), p. 78-89, 2013b.

PETERSEN, P. E. World Health Organization global policy for improvement of oral health – World Health Assembly 2007. **International Dental Journal**, v. 58, n. 3, 2008.

PIOVANO, S. et al. Estado dentario en niños, adolescentes y adultos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. **Revista de la Facultad de Odontología (UBA)**, Buenos Aires, v. 23, n. 54/55, p. 34-42, 2008.

PIZZATTO, L. N. et al. Dental Avulsion: Are the Dentist Prepared to the Correct Management? **Brazilian Research in Pediatric Dentistry and Integrated Clinic**, João Pessoa, PB., v. 15, n. 1, p. 399-405, 2015.

PUCCA Jr., G. A. A política nacional de saúde bucal como demanda social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 243-246, 2006.

RAPOSO, C. C. et al. Prótese Adesiva: alternativa reabilitadora no serviço público odontológico. **Revista Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 6, n. 2, p. 355-360, maio/ago. 2013.

ROBERTS-THOMSON, K. F. et al. Social inequality in use of dental services: relief of pain and extractions. **Australian and New Zealand Journal of Public Health**, Austrália, v. 32, n. 5, p. 444-449, 2008.

ROCHA-BUELVAS, A. Análisis sobre el acceso a los servicios de la salud bucal: un indicador de equidad. **Rev. Gerencia y Políticas de Salud**, Bogotá (Colombia), v. 12, n. 25, p. 96-112, jul.-dic. 2013.

ROHR, R. I. T.; BARCELLOS, L. A. As barreiras de acesso para os serviços odontológicos. **UFES Rev. Odontol.**, v. 10, n. 3, p. 37-41, 2008.

SAINTRAIN, M. V. L. et al. Acesso a bens e serviços de saúde bucal em um município de pequeno porte no nordeste brasileiro. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 27, n. 3, 2014.

_____. Brazilian adolescents' oral health trends since 1986: an epidemiological observational study. **BMC Research Notes**, v. 8, n. 1, p. 1-7, 2015.

SALIBA, N. A. et al. Perda dentária em uma população rural e as metas estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, (Supl. 1), p. 1857-1864, 2010.

SILVA, M. E. S. et al. Impacto da perda dentária na qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 841-850, mayo. 2010a.

_____. Perda dentária e expectativa da reposição protética: estudo qualitativo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 813-820, 2010b.

SILVEIRA, M. F. et al. Adolescentes: uso de serviços odontológicos, hábitos e comportamentos relacionados à saúde e autopercepção das condições de saúde bucal. **Unimontes Científica**, v. 14, n. 1, p. 170-185, 2013.

SLACK-SMITH, L. M. et al. Demographic, health and lifestyle factors associated with dental service attendance by young adults. **Australian Dental Journal**, Australia, v. 52, n. 3, p. 205-209, 2007.

SOARES, F. F. et al. Desigualdade na utilização de serviços de saúde bucal na atenção básica e fatores associados em dois municípios brasileiros. **Rev. Panam Salud Publica, OPAS**, Washington DC, v.34, n. 6, p. 401-6, 2013.

SOUSA, M. L. R. et al. Cárie dentária e necessidades de tratamento em adolescentes paulistas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, (Supl. 3), p. 50-58, 2013.

TAGLIAFERRO, E. P. S. et al. Risk indicators and risk predictors of dental caries in schoolchildren. **Journal of Applied Oral Science**, Bauru-USP, v. 16, n. 6, p. 408-413, 2008.

THOMPSON, B. et al. The potential oral health impact of cost barriers to dental care: findings from a Canadian population-based study. **BMC Oral Health**, Piracicaba, v. 14, n. 78, 2014.

TÔRRES, L. H. N. et al. Reasons related to tooth loss among adolescents in São Paulo, **Brazil. Braz J Oral Sci.**, Piracicaba, v. 13, n. 1, jan. | mar. 2014.

TRAVASSOS, C. ; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, Sup. 2, p. S190-S198, 2004.

VAZQUEZ, F. L. et al. Individual and contextual factors related to dental caries in underprivileged Brazilian adolescents. **BMC Oral Health**, Piracicaba, v. 15, n. 6, p. 1-10, 2015.

VEIGA, N. J. et al. Oral Health Behaviors in a Sample of Portuguese Adolescents: an Educational Issue. **Health Promot. Perspect.**, v. 4, n. 1, p. 35-45, 2014.

VETTORE, M. V. Condição socioeconômica, frequência de escovação dentária e comportamentos em saúde em adolescentes brasileiros: uma análise a partir da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28 Sup: S101-S113, 2012.

VIANA, A. R. P. et al. Prevalência de cárie dentária e condições socioeconômicas em jovens alistados de Manaus, Amazonas, Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 680-687, 2009.

VINGILIS, E. et al. Predictors of adolescent health care utilization. **Journal of Adolescence**, v. 30, n. 5, p. 773-800, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Oral health surveys: basic methods**. 4. ed. Geneva: WHO, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Oral Health Report 2003**. Continuous Improvement of Oral Health in the 21st Century – the Approach of the WHO Global Oral Health Programme. Geneva: Organização Mundial de Saúde; 2003.

ANEXOS

FICHA DE COLETA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP-ISC



Ficha 12 anos /15-19 anos

No. _____

Escola _____ Examinador _____
Nome _____ Idade _____ Sexo _____ 0. MASC/ 1. FEM
Bairro Residência _____ Etnia _____ 0. BRANCO 1. PARDO 2. NEGRO 3. INDÍGENA 4.
AMARELO 9. NÃO SABE

Escolaridade		0.SEM ATRASO ESCOLAR; 1. COM ATRASO ESCOLAR 9. NÃO SABE
Teve dor de dente nos últimos 12 meses		0.NÃO 1 .SIM
Foi ao dentista nos últimos 12 meses?		0.PUBLICO 1. PRIVADO 2. CONVENIO 3. NÃO SABE
Fez algum procedimento de urgência?		

Exame oral

Traumatismo

C	P	O	H

USO SUP	USO INF	NEC SUP	NEC INF

Fluoro se

22	21	11	12
32	31	41	42



Ficha 12 anos /15-19 anos

No. _____

Escola _____ Examinador _____
Nome _____ Idade _____ Sexo _____ 0. MASC/ 1. FEM
Bairro Residência _____ Etnia _____ 0. BRANCO 1. PARDO 2. NEGRO 3. INDÍGENA 4.
AMARELO 9. NÃO SABE

Escolaridade		0.SEM ATRASO ESCOLAR; 1. COM ATRASO ESCOLAR 9. SÃO SABE
Teve dor de dente nos últimos 12 meses		0.NÃO 1 .SIM
Foi ao dentista nos últimos 12 meses?		0.PUBLICO 1. PRIVADO 2. CONVENIO 3. NÃO SABE
Fez algum procedimento de urgência?		

Exame oral

Traumatismo

C	P	O	H

USO SUP	USO INF	NEC SUP	NEC INF

Fluoro se

22	21	11	12
32	31	41	42



Ficha 12 anos /15-19 anos

No. _____

Escola _____ Examinador _____
Nome _____ Idade _____ Sexo _____ 0. MASC/ 1. FEM
Bairro Residência _____ Etnia _____ 0. BRANCO 1. PARDO 2. NEGRO 3. INDÍGENA 4.
AMARELO 9. NÃO SABE

Escolaridade		0.SEM ATRASO ESCOLAR; 1. COM ATRASO ESCOLAR 9. SÃO SABE
Teve dor de dente nos últimos 12 meses		0.NÃO 1 .SIM
Foi ao dentista nos últimos 12 meses?		0.PUBLICO 1. PRIVADO 2. CONVENIO 3. NÃO SABE
Fez algum procedimento de urgência?		

INSTITUTO DE SAÚDE
COLETIVA / UFBA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Condições de saúde bucal da população do Município de Salvador, 2015.

Pesquisador: Sandra Garrido de Barros

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 43000615.7.0000.5030

Instituição Proponente: Instituto de Saúde Coletiva / UFBA

Patrocinador Principal: SALVADOR PREFEITURA

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.278.789

Apresentação do Projeto:

A Política Nacional de Saúde Bucal tem como pressupostos a utilização da epidemiologia e as informações sobre o território para subsidiar o planejamento de ações e serviços e a atuação centrada na Vigilância à Saúde, incorporando práticas de acompanhamento e avaliação de danos, riscos e determinantes do processo saúde-doença. Nesse contexto, o município de Salvador desenvolveu, no ano de 2005, o levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal em usuários da Estratégia de Saúde da Família. Este inquérito contou com a participação da UFBA e de diversos profissionais da rede municipal. O atual momento é de reflexão e consolidação da rede municipal de atenção à saúde bucal no município, sendo necessário identificar as suas maiores necessidades e prioridades assistenciais. Nesse sentido, a realização de um novo levantamento epidemiológico em saúde bucal, ainda mais amplo, após 10 anos da realização do primeiro conduzido pela SMS/ Salvador, e, também incluindo os adultos e idosos contribuirá em muito para a priorização de problemas, vigilância epidemiológica e intervenção em saúde. O levantamento será realizado em parceria entre a SMS/ Salvador e a UFBA (Faculdade de

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n

Bairro: Canela

CEP: 40.110-040

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7441

Fax: (71)3283-7460

E-mail: cepisc@ufba.br

INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA / UFBA



Continuação do Parecer: 1.278.789

Odontologia e Residência Multiprofissional em Saúde da Família - ISC/UFBA). Serão incluídas as idades/ grupos etários de 18 a 36 meses, 5-6 anos, 12 anos, 15 a 19 anos, 35 a 44 anos e 65 a 74 anos.

Serão investigadas a ocorrência de cárie dentária, fluorose, traumatismo dentário, doença periodontal, uso e necessidade de prótese. A equipe será composta de aproximadamente 40 dentistas da rede municipal de Salvador, equipe da gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador-Coordenação de Saúde Bucal, professores da Faculdade de Odontologia da UFBA, Supervisores e Residentes do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA e alunos da Faculdade de Odontologia da UFBA. A padronização de procedimentos para obtenção de dados de saúde bucal nas populações, visando garantir a confiabilidade e comparabilidade dos dados, será realizada em duas (02) oficinas com quatro (04) horas de duração cada. Na primeira serão abordados e discutidos os critérios do exame, indicadores, instrumentos e elementos metodológicos do inquérito. Na segunda oficina serão realizados exames epidemiológicos em indivíduos de distintas faixas etárias, de forma a exercitar os critérios anteriormente apresentados. A coleta de dados será realizada em ambiente escolar/ pré- escolar e nas unidades de saúde sorteadas, utilizando-se fichas de exame desenvolvidas para este estudo. Precederá o exame uma entrevista para identificação dos dados demográficos, de acesso e utilização dos serviços de saúde e morbidade referida. O exame epidemiológico será realizado sob iluminação natural e conforme os critérios preconizados pelo SB Brasil 2010. Todos os indivíduos com necessidades de assistência odontológica serão informados da sua condição e, encaminhados para unidade de saúde de referência, quando for o caso.

Hipótese:

Trata-se de estudo descritivo que busca conhecer a ocorrência de cárie dentária, fluorose dentária, traumatismo dentário, doença periodontal, uso e necessidade de prótese nas idades/grupos etários incluídos, bem como o acesso e utilização dos serviços de saúde bucal no município de Salvador, representativo por distrito sanitário.

Tamanho da Amostra no Brasil: 7.968

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n

Bairro: Canela

CEP: 40.110-040

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7441

Fax: (71)3283-7460

E-mail: cepisc@ufba.br

INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA / UFBA



Continuação do Parecer: 1.278.789

Metodologia Proposta:

Para pré-escolares e escolares, obteve-se uma amostra mínima de 106 indivíduos por idade e por distrito sanitário a serem identificados nos locais descritos no Anexo 1. Para a população adulta e idosa a referência para o cálculo do tamanho da amostra foi a ocorrência do fenômeno mais raro - a presença de bolsa periodontal - 26,7% na população adulta e 15,1% em idosos (BRASIL. MS 2010). Considerando uma variação possível de 8% e cálculo de tamanho de amostra de proporção simples por distrito, definiu-se o número de 120 exames por distrito, em cada faixa etária. A Organização Mundial da Saúde (OMS) sugere a composição da amostra em determinadas idades-índice e grupos etários os quais foram utilizados na presente pesquisa com algumas modificações. (WHO, 1997), bem como os critérios de exame a serem utilizados. - 18 a 36 meses. Cárie dentária. - 5-6 anos. Cárie dentária. - 12 anos. Cárie dentária, fluorose dentária e traumatismo dentário. - 15 a 19 anos. Cárie dentária, fluorose dentária, traumatismo dentário, uso e necessidade de prótese. - 35 a 44 anos. Cárie dentária, doença periodontal, uso e necessidade de prótese. - 65 a 74 anos. Cárie dentária, doença periodontal, uso e necessidade de prótese. A equipe será composta de aproximadamente 40 dentistas da rede municipal de Salvador, equipe da gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador- Coordenação de Saúde Bucal, Professores da Faculdade de Odontologia da UFBA, Residentes do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA e alunos da Faculdade de Odontologia da UFBA. A padronização de procedimentos para obtenção de dados de saúde bucal nas populações, mediante levantamentos epidemiológicos, é de fundamental importância para a garantia da confiabilidade e comparabilidade dos dados. Neste sentido, serão realizadas duas (02) oficinas com quatro (04) horas de duração cada. Na primeira serão abordados e discutidos os critérios do exame, indicadores, instrumentos e elementos metodológicos do inquérito. Na segunda, oficina, serão realizados exames epidemiológicos em indivíduos de distintas faixas etárias, de forma a exercitar os critérios anteriormente apresentados. A coleta de dados será realizada em ambiente escolar/ pré- escolar, utilizando-se

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n

Bairro: Canela

UF: BA

Município: SALVADOR

CEP: 40.110-040

Telefone: (71)3283-7441

Fax: (71)3283-7460

E-mail: cepisc@ufba.br

INSTITUTO DE SAÚDE
COLETIVA / UFBA



Continuação do Parecer: 1.278.789

fichas de exame desenvolvidas para este estudo (Anexo 2), e nas unidades de saúde sorteadas para o estudo (Anexo 1). Precederá o exame uma entrevista para identificação dos dados demográficos, de acesso e utilização dos serviços de saúde e morbidade referida. Após isso, o exame epidemiológico será realizado sob iluminação natural e conforme os critérios preconizados pelo SB Brasil 2010. Todos os indivíduos com necessidades de assistência odontológica serão informados da sua condição e, encaminhados para unidade de saúde de referência, quando for o caso. Todos os membros da equipe de campo devem estar permanentemente atentos e desenvolver práticas coerentes e adequadas em relação à sua proteção e dos que se submetem aos exames. Deve-se assinalar, entretanto, que a responsabilidade pela adoção das normas de biossegurança é do Cirurgião-Dentista (CD). As principais medidas, na presente investigação, incluem:- lavar as mãos no início e no final de cada sessão/período de exames, ou quando for necessário;- usar avental, luvas e máscara. Óculos e gorros são facultativos;- trocar as luvas sempre que estas entrarem em contato com sangue;- utilizar o instrumental adequado, fazer o exame e descartá-lo no recipiente adequado, devidamente identificado bem como responsabilizar-se pela sua adequada esterilização para a próxima utilização. Os exames serão feitos utilizando-se espátula de madeira (cárie, fluorose, traumatismo, uso e necessidade de prótese), espelho bucal plano e a sonda da OMS (sonda CPI)- doença periodontal- para levantamentos epidemiológicos, sob luz natural, com o examinador e a pessoa examinada sentados. Preferencialmente, o local para realização dos exames deve ser bem iluminado e ventilado.

Critério de Inclusão:

Serão incluídos - Crianças 18- 36 meses/ 5- 6 anos identificados em creches e pré-escolas (sorteio aleatório) e campanhas de vacinação infantil;- Escolares de 12 anos e 15- 19 anos identificados em escolas públicas de ensino fundamental e médio. Sorteio aleatório de escolas.- Adultos de 35- 44 anos identificados em Unidades de Saúde da Família e unidades de atenção básica e especializada. População que demanda outras clínicas que

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n

Bairro: Canela

CEP: 40.110-040

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7441

Fax: (71)3283-7460

E-mail: cepisc@ufba.br

INSTITUTO DE SAÚDE
COLETIVA / UFBA



Continuação do Parecer: 1.278.789

não a odontologia. Amostra de conveniência.- Idosos de 65- 74 anos identificados em Unidades de Saúde da Família e unidades de atenção básica

e especializada. População que demanda outras clínicas que não a odontologia. Amostra de conveniência.

Critério de Exclusão:

Não serão incluídos na pesquisa os indivíduos que não assinarem o termo de consentimento esclarecido.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Produzir informações sobre as condições de saúde bucal da população do município e subsidiar o planejamento/avaliação de ações no âmbito do

Sistema Único de Saúde e contribuir com a estruturação/ consolidação de um sistema nacional de vigilância epidemiológica em saúde bucal.

Objetivo Secundário: 1) Estimar, para a população de 18 a 36 meses, 5, 12, 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos, a prevalência e gravidade de cárie dentária;2) Identificar, nas

amostras de 35 a 44 e 65 a 74 anos, a prevalência de doença periodontal;3) Identificar, na amostra correspondente às idades de 12 e 15 a 19 anos,

a prevalência de fluorose dentária;4) Identificar, na amostra correspondente às idades de 12 e 15 a 19 anos, a prevalência de traumatismo

dentário;5) Estimar a necessidade e o uso de prótese nas faixas etárias de 35 a 44 e 65 a 74 anos;6) Estimar a morbidade referida de dor de origem

odontológica nos últimos 12 meses, em todas as faixas etárias;7) Identificar, em todas as faixas etárias, o acesso aos serviços de saúde nos últimos

12 meses;8) Subsidiar pesquisas que visem ao estabelecimento de relações entre os dados encontrados e a realidade demográfica da população do

município de Salvador;9) Fornecer subsídios aos profissionais da área do planejamento e administração, relativos à Saúde Bucal.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O estudo apresenta os riscos inerentes aos exames físicos da área e possibilidade de recusa de

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n

Bairro: Canela

CEP: 40.110-040

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7441

Fax: (71)3283-7460

E-mail: cepisc@ufba.br

Continuação do Parecer: 1.278.789

participação de um contingente grande da população a ser atingida, que devem ser minimizados pela experiência da equipe e sua prévia inserção no campo. O estudo ampliará a informação sobre saúde bucal da população do município de Salvador, podendo contribuir para o aprimoramento das políticas públicas dirigidas nesta área.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem detalhado, permitindo uma boa compreensão do leitor, apresenta tema de relevante em saúde e poderá fornecer dados que contribuirão para a adequação e ou criação da política pública de saúde bucal do município de Salvador.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo apresenta folha de rosto preenchida com as informações adequadas; projeto com descrição suficiente do estudo, devendo-se, entretanto, atualizar a norma citada no quesito 'Aspectos Éticos'; não há termo de assentimento, termo exigido quando o estudo inclui crianças e adolescentes abaixo de 18 anos; o cronograma de execução necessita ser atualizado; não há orçamento; A denominação do documento apresentado às escolas participantes é a 'Carta de Anuência' e deve constar um modelo anexado ao projeto.

Recomendações:

1. acrescentar termo de assentimento, já que serão incluídas crianças e adolescentes abaixo de 18 anos de idade. O termo deverá ser aplicado aqueles já capazes de assentir.
2. Atualizar a Resolução citada no item 'Aspectos éticos'
3. Atualizar o cronograma
4. Apresentar o orçamento completo do projeto
5. Em relação as escolas onde serão realizados os atendimento, o documento a ser apresentado ao diretor da Unidade deve ser uma Carta de solicitação de anuência ou de Coparticipação.

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n

Bairro: Canela

CEP: 40.110-040

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7441

Fax: (71)3283-7460

E-mail: cepisc@ufba.br

INSTITUTO DE SAÚDE
COLETIVA / UFBA



Continuação do Parecer: 1.278.789

Procedidas as alterações, favor encaminhar os documentos corrigidos para este email.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sanadas as pendências elencadas no item anterior, sou favorável à aprovação do projeto proposto, visto que, salvo melhor juízo, trará mais benefícios que possíveis transtornos à população participante do estudo, em que pese não haver benefício direto decorrente do mesmo.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva – UFBA analisou, na sessão do dia 31 de março de 2015 o processo no. 010/15 referente ao projeto de pesquisa em tela.

Tendo apresentado pendências na época da sua primeira avaliação, veio em tempo hábil supri-las adequada e satisfatoriamente de acordo com as exigências da Resolução nº 466 de 12/12/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Assim, mediante a importância social e científica que o projeto apresenta e a sua aplicabilidade e conformidade com os requisitos éticos, somos de parecer favorável à realização do projeto, classificando-o como APROVADO.

Solicita-se a/o pesquisador/a o envio a este CEP de relatórios parciais sempre quando houver alguma alteração no projeto, bem como o relatório final gravado em CD ROM.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	2. Projeto Inquerito modificado_SSA_20.05.2015-Sandra Garrido.doc	06/07/2015 12:06:19		Postado
Outros	3. Orczamento completo-Sandra Garrido.doc	06/07/2015 12:05:13		Postado
Outros	4. Carta de anueçncia escolas-Sandra Garrido.doc	06/07/2015 12:03:08		Postado
Outros	Sandra Garrido - e-mail escolas municipais.pdf	06/07/2015 12:02:40		Postado
Outros	Termo de anueçncia Secretaria Estadual de Educacçao-Sandra	06/07/2015 12:01:42		Postado

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n

Bairro: Canela

CEP: 40.110-040

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7441

Fax: (71)3283-7460

E-mail: cepisc@ufba.br

INSTITUTO DE SAÚDE
COLETIVA / UFBA



Continuação do Parecer: 1.278.789

Outros	Garrido.pdf	06/07/2015 12:01:42		Postado
Outros	1. Termo de assentimento-Sandra Garrido.doc	06/07/2015 12:01:23		Postado
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_479215.pdf	17/03/2015 11:56:04		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo de consentimento esclarecido final.pdf	17/03/2015 11:55:02		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto LE SSA completo.pdf	17/03/2015 11:54:29		Aceito
Folha de Rosto	Folha de rosto com assinaturas.pdf	17/03/2015 11:09:44		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 13 de Outubro de 2015

Assinado por:
Mônica de Oliveira Nunes
(Coordenador)

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n

Bairro: Canela

CEP: 40.110-040

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7441

Fax: (71)3283-7460

E-mail: cepisc@ufba.br