

UNIVERSIDADE TIRADENTES

PEDRO EMANUEL RAMOS DE LIMA, TONY MAICON
SIMÃO LEITE E VALDINEI LIMA SILVA

ANÁLISE DA NECESSIDADE DE SAÚDE BUCAL DE
ESCOLARES DO MUNICÍPIO DE NOSSA SENHORA
DO SOCORRO.

Aracaju

2016

PEDRO EMANUEL RAMOS DE LIMA, TONY
MAICON SIMÃO LEITE E VALDINEI LIMA SILVA

ANÁLISE DA NECESSIDADE DE SAÚDE BUCAL DE
ESCOLARES DO MUNICÍPIO DE NOSSA SENHORA
DO SOCORRO.

Trabalho de conclusão de curso
apresentado à Coordenação do
Curso de Odontologia da
Universidade Tiradentes como parte
dos requisitos para obtenção do grau
de Bacharel em Odontologia.

Orientadora: Prof^ª. MSC. Eleonora
de Oliveira Bandolin Martins

Aracaju

2016

PEDRO EMANUEL RAMOS DE LIMA, TONY
MAICON SIMÃO LEITE E VALDINEI LIMA SILVA

ANÁLISE DA NECESSIDADE DE SAÚDE BUCAL DE
ESCOLARES DO MUNICÍPIO DE NOSSA SENHORA
DO SOCORRO.

Trabalho de conclusão de curso
apresentado à Coordenação do
Curso de Odontologia da
Universidade Tiradentes como parte
dos requisitos para obtenção do grau
de Bacharel em Odontologia.

Aprovado em ____ / ____ / ____

Banca Examinadora

Prof. Orientador: _____

1° Examinador: _____

2° Examinador _____

AUTORIZAÇÃO PARA ENTREGA DO TCC

Eu, Eleonora de Oliveira Bandolin Martins orientadora dos discentes: Pedro Emanuel Ramos de Lima, Tony Maicon Simão Leite e Valdinei Lima Silva, atesto que o trabalho intitulado: “ANÁLISE DA NECESSIDADE DE SAÚDE BUCAL DE ESCOLARES DO MUNICÍPIO DE NOSSA SENHORA DO SOCORRO” está em condições de ser entregue à Supervisão de Estágio e TCC, tendo sido realizado conforme as atribuições designadas por mim e de acordo com os preceitos estabelecidos no Manual para a Realização do Trabalho de Conclusão do Curso de Odontologia.

Atesto e subscrevo,

Eleonora de Oliveira Bandolin Martins

Orientadora

“Não sou obrigado a vencer, mas tenho o dever de ser verdadeiro, não sou obrigado a ter sucesso, mas tenho o dever de corresponder à luz que tenho, se eu fracassar, ao menos que fracasse ousando grandes feitos, de modo que minha postura não seja nunca a dessas almas frias e tímidas que não conhecem nem a vitória nem a derrota.”

(Abraham Lincoln)

ANÁLISE DA NECESSIDADE DE SAÚDE BUCAL DE ESCOLARES DO MUNICÍPIO DE NOSSA SENHORA DO SOCORRO.

Pedro Emanuel Ramos de Lima^a, Tony Maicon Simão Leite^a, Valdinei Lima Silva^a e Eleonora de Oliveira Bandolin Martins^b

^(a)Graduando do curso de Odontologia – Universidade Tiradentes; ^(b)PhD. Professora Adjunta do Curso de Odontologia – Universidade Tiradentes;

RESUMO:

O objetivo desse estudo foi analisar a condição de saúde bucal de adolescentes em escolas públicas no município Nossa Senhora do Socorro-SE. A amostra para escolas públicas foi calculada em 540 adolescentes no intuito de assegurar a obtenção da amostra mínima calculada no plano amostral desta pesquisa. A amostra obedeceu aos critérios de aleatorização para amostragem probabilística, dentre as escolas da rede pública, em cada bairro do município e dos alunos de 12 a 18 anos de idade efetivamente matriculados no ensino fundamental e médio e que estiveram presentes no dia dos exames. Utilizou-se uma ficha clínica adaptada da Organização Mundial da Saúde (OMS) para levantamento epidemiológico, com objetivo de reunir informações das necessidades de saúde bucal dos adolescentes. Os resultados mostram que o número maior de participantes foi do sexo feminino com 62,59% e do sexo masculino foi de 37,40%, sendo o índice do CPOD de 2,20, a prevalência de cárie de 17,28, apenas um aluno participante necessita de prótese inferior, 6,85% alunos nunca foram ao dentista, 34% dos alunos afirmou fazer uso do serviço odontológico público, 46% procuram serviços odontológicos com intervalo de 1 a 2 anos e 88,51% nunca faltaram aula para ir ao dentista.

Palavras – Chave: educação e saúde, necessidade de saúde bucal, epidemiologia.

ABSTRACT

The aim of this study was to analyze the oral health status of adolescents in public schools in the city Our Lady of Perpetual Help-SE. The sample for public schools was estimated at 540 adolescents in order to ensure the achievement of the minimum sample calculated in the sample plan of this research. The sample followed the randomization criteria for probability sampling, among public schools in each municipality of the district and students 12-18 years of age actually enrolled in primary and secondary education and who were present on the day of the exams. We used a case report form adapted from the World Health Organization (WHO) for epidemiological survey, in order to gather information on the oral health needs of adolescents. The results show that the largest number of participants were female with 62.59% and males was 37.40%, the DMFT index of 2.20, the prevalence of caries 17.28, only one participant student require lower prosthesis, 6.85% students have never been to the dentist, 34% of students said to use the public dental service, 46% seek dental services with a range of 1 to 2 years and 88.51% never missed class to go to the dentist.

Key words: education and health, need for oral health, epidemiology.

1. Introdução:

Segundo o dicionário etimológico Larousse (Pechon, 1964), o termo adolescência vem do latim *adulescens* ou *adolescens*, participio

passado do verbo *adolescere*, que significa crescer. Entretanto, nas línguas derivadas do Latim, o termo apresentou durante um longo tempo um sentido, sobretudo depreciativo e satírico, sendo somente por volta de 1850 que a palavra

adolescência entrou para os dicionários e adquiriu um sentido mais próximo ao que tem atualmente.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), uma em cada cinco pessoas no mundo é um adolescente, considerando que o órgão entende que a adolescência compreende a faixa etária entre 10 e 19 anos. No entanto, aqui no Brasil de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069 de 13/07/90), é considerado adolescente o indivíduo entre 12 e 18 anos de idade, faixa etária alvo dessa pesquisa (BRASIL, 1990). Os adolescentes e jovens correspondem a 30,33% da população brasileira, ou seja, 1/3 da população total, o que faz com que o Brasil seja um país de população relativamente jovem (IBGE, 2007).

Segundo Borges; Fujimori (2009) ao deixar a infância, os jovens precisam enfrentar a realidade da sociedade: violência, desigualdade, fome, dissolução familiar, desemprego e a busca de um padrão estético perfeito. A reputação tempestuosa e estressante da adolescência não é um exagero, haja vista, a importância deste processo, no qual, o jovem pode apresentar períodos exacerbados de atitudes positivas contrapostas com outros claramente negativos, como, por exemplo, aqueles de franca negligência com autocuidado com a saúde. (FREDDO *et al*, 2008).

Entre as características psicológicas dos adolescentes, estão a busca de identidade, os desequilíbrios e instabilidades extremas, a alternância de períodos de altivez, introversão, audácia, timidez, descoordenação, urgência, desinteresse e apatia, os conflitos afetivos e as crises religiosas (BORGES; FUJIMORI 2009). Assim, quando uma criança entra no processo de adolescência, questiona de forma radical sua identidade, a dos seus pais, assim como a sociedade em que vive, por serem surpreendentes as mudanças físicas e emocionais que são parte dessa transição. O período da adolescência adquiriu uma reputação tempestuosa e

estressante, o que não é exagerado, tal a importância do processo (BORGES; FUJIMORI 2009).

1.1- A fragilidade do sistema de saúde em relação aos adolescentes

Após a década de 80 ocorreu um incremento de medidas político-sociais voltadas à população jovem no ano de 1985 e foi proclamado o Ano Internacional da Juventude, pela OMS. Tal comemoração teve como objetivo entender melhor esta parte da população dando maior atenção a questões específicas da saúde e vulnerabilidade do adolescente. Setores de nossa sociedade se articularam e empreenderam avanços importantes no campo político, no qual podemos destacar, o artigo 277 da constituição de 1988 neste país, ressaltando o dever da família, do Estado e da sociedade, o direito à vida, à saúde e à educação, assegurados à criança e ao adolescente, direitos sociais básicos de todos os cidadãos (BRASIL, 2004).

De acordo com o Ministério da saúde, (BRASIL, 2004) a partir da segunda metade da década de 1990, tem-se, no Brasil, o alargamento da pirâmide etária na adolescência e juventude, compreendida entre 10 e 24 anos. Os efeitos desse fenômeno, como em ondas sucessivas, serão sentidos nas faixas etárias subsequentes, a cada década, e resultam no aumento absoluto da população que vai se integrando às faixas etárias seguintes, fenômeno denominado de onda jovem. A queda da fecundidade, o crescente declínio da mortalidade infantil e o aumento da esperança de vida ao nascer são fatores que contribuem para a ocorrência dessa onda, merecendo destaque um ligeiro decréscimo populacional de jovens na faixa etária compreendida entre 20 e 24 anos.

A maior parte da população brasileira é carente de bases mínimas que atendam às necessidades de alimentação, moradia, saneamento, emprego e salário digno para garantir condições básicas de vida saudável. Em

consequência disto, alguns adolescentes entram precocemente para o mercado de trabalho sem o devido preparo, em condições de subemprego e exploração. Outros são iniciados na prostituição, ou passam a fazer parte do crime organizado; longe das escolas e/ou de uma vida digna, usam e traficam drogas, passam por diversos tipos de violência ou vão morar nas ruas (PESSALACIA; MENEZES; MASSUIA, 2010).

Devido a sua condição de “pessoa em desenvolvimento”, o adolescente traz em si uma condição intrínseca de vulnerabilidade, necessitando assim, de proteção física, psíquica e moral, com atenção integral. Fica claro a necessidade que no campo da saúde coletiva se abram cada vez mais espaços para que o adolescente sinta-se acolhido e à vontade para compartilhar seus saberes e suas dúvidas. É necessário ainda, que se construam pontes para trocas de informações entre os profissionais e o adolescente e que esse se sinta acolhido através de uma prática construtiva, libertadora, dialógica e promotora de sua autonomia. Os adolescentes perfazem um total de trinta e cinco milhões da população brasileira, sendo a grande maioria carente e em situação de risco psicossocial e pessoal (PESSALACIA; MENEZES; MASSUIA, 2010).

1.2 - Saúde bucal para adolescentes

Na fase da adolescência, o indivíduo experimenta os melhores índices de saúde, no tocante à saúde bucal, geralmente, a adolescência é tida como um período de risco aumentado para cárie dentária, em decorrência do precário controle de placa e da redução dos cuidados com a higiene bucal, agravados pela maior independência em relação ao consumo de uma alimentação mais açucarada. (FREDDO *et al.* 2008).

Paradoxalmente, apesar dessa negligência com a saúde bucal e do risco aumentado de cárie nesta fase, a estética bucal é importante para a

autoimagem e o convívio social do adolescente. Comparada à saúde geral, a maioria dos jovens são mais rigorosos quanto à percepção da saúde bucal, pois estão envolvidos aspectos afetivos, estéticos e sociais. Reforçando a importância deste período para a odontologia, estudos nacionais e internacionais têm alertado sobre a necessidade de maior atenção à saúde bucal do adolescente, (FREDDO, *et al.*, 2008) e como consequência, tem sido crescente a preocupação por parte dos pesquisadores na investigação de aspectos relativos à saúde dos adolescentes, bem como no estabelecimento de medidas que visem à obtenção e manutenção de condições aceitáveis de saúde, incluindo a saúde bucal. (SANTOS *et al.*, 2007).

Entendemos promoção de saúde como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde. Este novo modelo de prática, se tornou viável em grande parte pela ampliação do conceito de cárie e de doenças periodontais. A cárie, por exemplo, é atualmente considerada uma doença infecciosa e transmissível, e não apenas sinônimo de uma lesão. Desta forma, atualmente, tratar a cárie dentária não será apenas retirar a lesão, e a substituir por material restaurador, mas sim interferir no desequilíbrio que ocasiona a doença. Os conhecimentos atuais disponíveis sobre a dinâmica do processo cariioso mostram que o desenvolvimento de uma lesão depende do nível de atividade metabólica das bactérias cariogênicas presentes, que por sua vez é influenciado por fatores variáveis que podem afetar o ecossistema saliva-placa-dente. Tudo isso, tendo como pano de fundo os condicionamentos sócio-econômico-culturais a que as pessoas estão submetidas (ELIAS *et al.*, 2001).

Dados do Levantamento Epidemiológico Nacional realizado no Brasil (Saúde Bucal/SB BRASIL 2004) revelaram um quadro insatisfatório da saúde bucal dos adolescentes

brasileiros, com discrepâncias regionais, quando se comparam as regiões norte e nordeste com o sul e sudeste do país, e demonstrou um caráter mais crítico quando se verifica que, em todo o território nacional, cerca de 14% dos adolescentes brasileiros nunca foram ao dentista e, no Nordeste, esse percentual se eleva para 22%. (BRASIL 2004).

A educação é o ponto essencial de qualquer programa de saúde. Seus resultados são significativos, quando conseguem promover mudanças positivas no comportamento das pessoas. A implementação de programas de educação para saúde bucal em escolas oferece às crianças o conhecimento sobre os meios efetivos para evitar as doenças bucais. A motivação é, também, um requisito indispensável para o aprendizado. (VALARELLI *et al.*, 2011).

A escovação é a forma mais utilizada e socialmente aceita de higiene bucal. No entanto, para tornar-se eficaz no combate à placa bacteriana, a escovação precisa ser orientada e supervisionada pelo profissional, sendo a motivação do paciente fundamental para os melhores resultados. A eliminação da placa bacteriana exige métodos mecânicos de higiene bucal, que têm a necessidade de serem ensinados e treinados com o paciente. Para que o paciente seja educado, é fundamental que haja uma comunicação efetiva entre o cirurgião-dentista e o próprio paciente, pois, sem esta comunicação, não há aprendizado (VALARELLI *et al.*, 2011).

2. Objetivos:

2.1 Objetivo geral:

O objetivo deste estudo foi analisar a condição de saúde bucal de adolescentes de escolas públicas no município Nossa Senhora do Socorro -SE.

2.2 Objetivos específicos:

- Analisar a prevalência de cárie dentária dos adolescentes pesquisados;
- Identificar o índice de cárie dentária CPO-D;
- Aferir o índice de Condição Periodontal Comunitária (CPI).

3. Materiais e métodos:

Foi realizado um estudo epidemiológico seccional ecológico do tipo observacional, sendo representativo de uma população adolescente entre 12 a 18 anos de idade da cidade de Nossa Senhora do Socorro- SE no período de 2012 a 2013. A prevalência de cárie foi avaliada segundo critérios definidos pela OMS (1997) incluindo o cálculo do índice de Cariados, Perdidos e Obturados (CPO-D). Este estudo foi desenvolvido no Laboratório de Planejamento e Promoção da Saúde no Instituto de Tecnologia e Pesquisa (ITP) e possui aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa na resolução nº 196, de 10 de outubro de 2012.

3.1- População:

Constituiu-se população dessa pesquisa os alunos adolescentes matriculados em escolas do município de Nossa Senhora do Socorro de com idades entre 12 a 18 anos, de ambos os sexos sem distinção de cor.

O critério de inclusão foi estar matriculado em uma escola de ensino fundamental e médio em escola públicas de Nossa Senhora do Socorro-SE, possuírem de 12 a 18 anos e obter o termo de consentimento livre e esclarecido assinado pelo responsável. Como critério de exclusão foram eliminados os portadores de doenças sistêmicas crônicas e aqueles cujos pais (no caso de menores) ou o próprio indivíduo (maiores de idade) não assinarem sua participação na pesquisa.

3.2- Coleta de Dados:

Para manter a consistência dos dados nos exames clínicos bucais houve

o processo de calibração, que foi realizado como preconiza a OMS (1997), com trinta adolescentes da faixa etária de 12 a 18 anos. Após se discutir os critérios de diagnóstico, o exame foi repetido, sendo distribuídos seis adolescentes para cada examinador realizar um novo exame.

Foi utilizada uma ficha clínica adaptada pelas especificações da Organização Mundial da Saúde para levantamento epidemiológico com objetivo de reunir informações e achados clínicos durante exame clínico bucal do adolescente (Apêndice 1). A ficha constatou de identificação do tipo de escola (pública ou particular), idade e sexo do adolescente, anamnese, espaço para exame físico e intra-oral e odontograma. Foi utilizado para medir a frequência de perda dentária o índice epidemiológico CPO-D. A saúde periodontal foi mensurada pelo o Índice Periodontal Comunitário (IPC).

Os procedimentos da coleta dos dados ocorreram em seis etapas. A primeira etapa foi o levantamento bibliográfico aprofundado; visita às escolas para seleção dos alunos que participaram da pesquisa; seleção da amostra de alunos, matriculados nas escolas públicas selecionadas. A segunda etapa teve a solicitação de autorização dos responsáveis (Termo de Consentimento – Apêndice 2). A terceira etapa houve calibração dos examinadores e realização de exames bucais. Na quarta etapa ocorreu a separação das fichas clínicas de exame bucal, tabulação dos dados. Na quinta etapa foi a análise estatística e interpretação dos dados encontrados; apresentação dos resultados com discussão e conclusão. Na sexta etapa foi a digitação do texto e conclusão do relatório final.

4. Análise estatística:

A análise estatística compreendeu ao uso dos testes Qui-quadrado, Mann Whitney e Kruskall Wallis, com nível de significância de 5%. Houve análise estatística descritiva

com distribuição de frequência da ocorrência da Cárie Dentária e Doença Periodontal por idade e sexo. Foi realizada análise multivariada com adoção de um modelo que possa explicar a função das variáveis intervenientes sobre a variável dependente (ocorrência de doenças bucais). Com nível de significância de 5%.

5. Resultados:

Os adolescentes participantes deste estudo totalizam 540, sendo 338 do sexo feminino e 202 do sexo masculino.

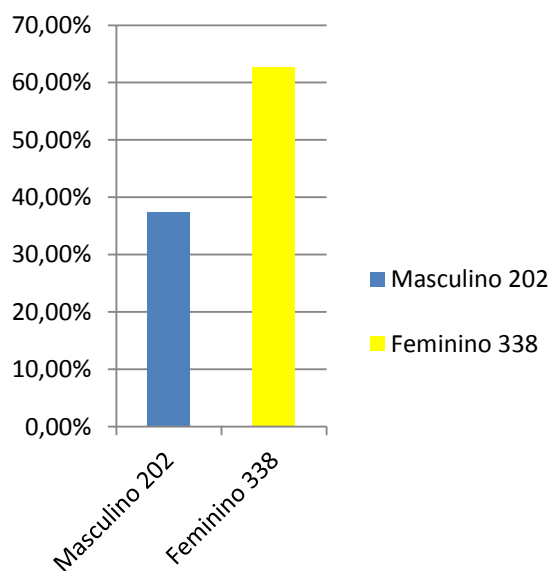


Fig 1. Distribuição dos adolescentes de escolas pública Nossa S. do Socorro – SE, 2012-2013.

O índice do CPOD médio encontrado foi de 2,20 com 220 alunos (40,74%) não apresentando lesão de cárie e 320 (59,25%) apresentaram alguma experiência com cárie (figura 3).

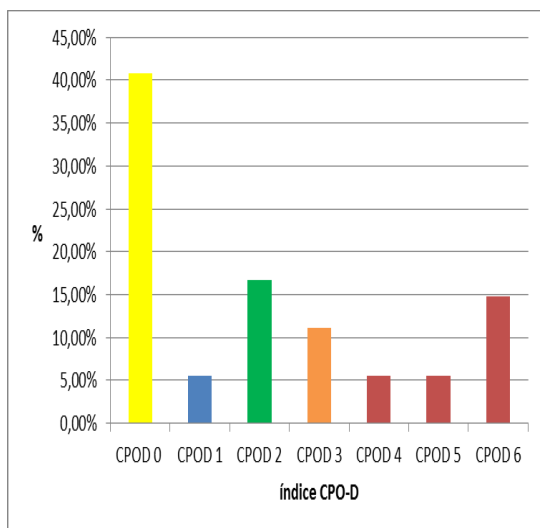


Fig. 2 Distribuição do índice CPOD dos adolescentes de escolas publica Nossa S. do Socorro – SE, 2012-2013.

O código do Índice Periodontal Comunitário (CPI) mais prevalente foi 0 (saúde gengival), seguido dos códigos 1 e 2 (gengivite) em todos os sextantes analisados (tabelas 4)

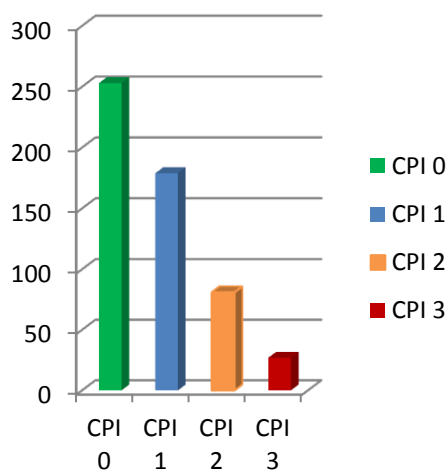


Fig. 3 Distribuição do índice CPI na comunidade Nossa S. do Socorro – SE, dos adolescentes de escolas publicas, 2012-2013. Com uma Média de índice de **CPI de 1,25**

De acordo com Edentulismo:

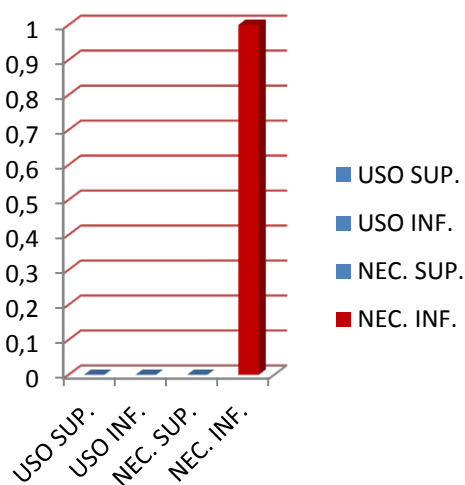


Fig. 4. Distribuição do índice edentulismo na comunidade Nossa S. do Socorro – SE, dos adolescentes de escolas publicas, 2012-2013.

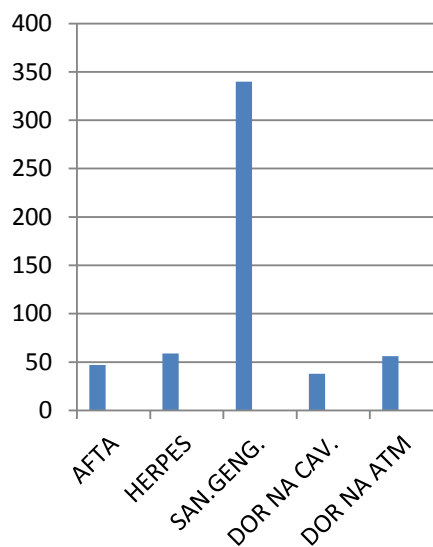


Fig. 5 Distribuição das manifestações orais coletadas durante a Anamnesis dos adolescentes de escolas publicas na comunidade Nossa S. do Socorro – SE, 2012-2013.

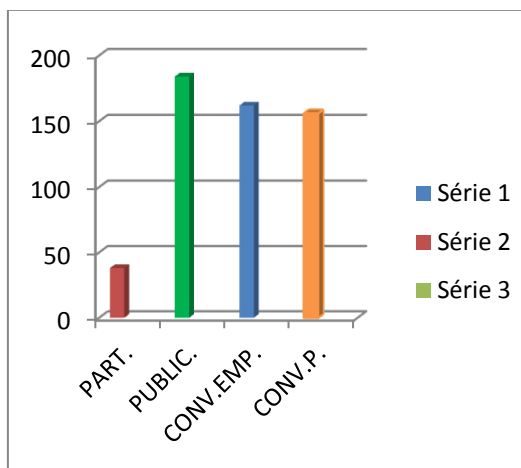


Fig. 6 Distribuição dos tipos de acesso ao serviço odontológico (Particular, Publico, Convênios por empresa, Convênios Particulares) na comunidade Nossa S. do Socorro – SE, dos adolescentes de escolas publicas, 2012-2013.

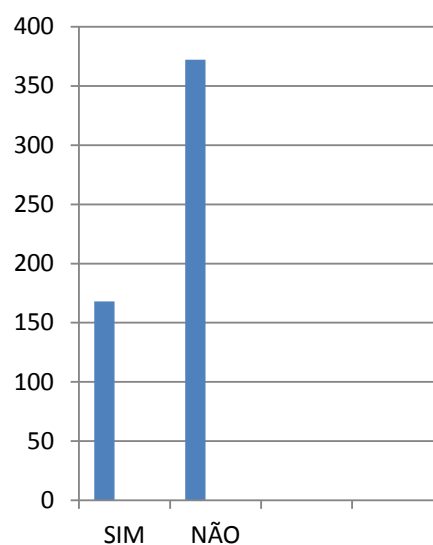


Fig. 8. Distribuição dos adolescentes que receberam orientações de como evitar problemas bucais na comunidade Nossa S. do Socorro – SE, nas escolas publicas, 2012-2013.

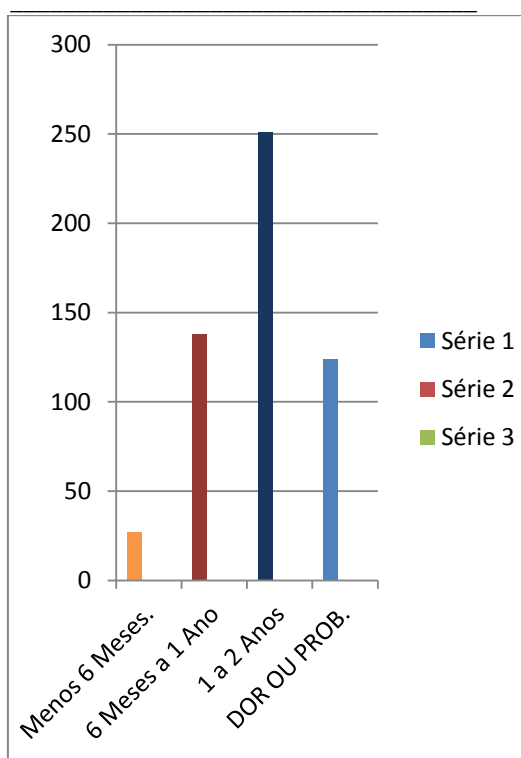


Fig. 7. Distribuição da frequência de procura de serviços odontológicos na comunidade Nossa S. do Socorro – SE, dos adolescentes de escolas publicas, 2012-2013.

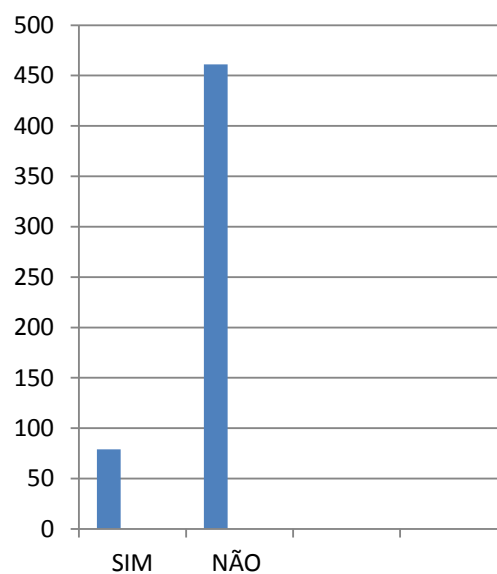


Fig. 9. Distribuição do índice de dor de cabeça por estresse no trabalho na comunidade Nossa S. do Socorro – SE, dos adolescentes de escolas publicas, 2012-2013.

6. Discussão:

As pesquisas epidemiológicas no mundo todo mostraram que houve expressiva redução na prevalência da cárie dentária na maioria dos países desenvolvidos a partir da década de 1970 (NARVAI, FRAZÃO, CASTELLANOS, 1999), fatos também observados no Brasil por meio de estudos epidemiológicos realizados em 1986 e 1996 (BRASIL, 1997), sendo assim com a finalidade de avaliar a situação de utilização e acesso aos serviços odontológicos no Brasil, além dos diferenciais entre os estratos socioeconômicos, o estudo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) junto com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) concluiu que em 1998 cerca de 29,6 milhões de brasileiros (19%) nunca tinham se consultado com um dentista (BARROS, BERTOLDI, 2002). Com os resultados desse estudo sendo divulgados na mídia, houve uma grande repercussão na sociedade brasileira e em resposta a essa situação, o Ministério da Saúde publicou em 29 de dezembro de 2000 a portaria MS nº 1.444, que introduziu oficialmente a saúde bucal na Estratégia Saúde de Família (ESF) através dos incentivos financeiros para as Equipes de Saúde Bucal (ESB) no programa (SOARES *et al.*, 2011). Desde o primeiro trimestre de 2001 começaram a serem implantadas as primeiras ESB que tinham como objetivo, segundo o Ministério da Saúde, ampliar o acesso da população brasileira às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, melhorando os indicadores de saúde, além de incentivar a reorganização desta área na atenção básica (SOARES *et al.*, 2011). De acordo com esta pesquisa percebe-se que a maioria

dos adolescentes (34%) são atendidos em setor público o que sugere que o acesso dos adolescentes tem sido efetivo na atenção básica inclusive para saúde bucal.

Segundo dados do Ministério da Saúde, tem havido aumento substancial no número de equipes de saúde bucal desde a sua implantação, resultando em aumento da cobertura populacional, 17.807 equipes de saúde bucal estavam implantadas em cerca de 5,6 mil municípios gerando uma cobertura populacional de 45,3% da população brasileira, o que corresponderia a cerca de 85,2 milhões de pessoas no ano de 2008 (SOARES *et al.*, 2011) A atual Política Nacional de Saúde Bucal, instituída em 2004, que teve como uma das diretrizes a operacionalização da oferta de serviços na atenção básica através da ESF (BRASIL, 2002). Apesar de admitir que possuem acesso aos serviços públicos de saúde, contudo a figura 7. aponta a procura ao atendimento em tempo inadequado, já que a orientação é acompanhamento odontológico semestral necessitando de estímulo da procura do cuidado através de educação promoção em educação em saúde.

Aproximadamente 70% dos países no mundo alcançaram a meta de apresentar três dentes ou menos com experiência de cárie aos 12 anos de idade, proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS) há 20 anos (NISHI *et al.*, 2002). Porém, são escassos os dados nacionais da real condição de saúde bucal dos 15 aos 19 anos, idade em que os adolescentes não estão mais incluídos nos programas preventivos e curativos destinados aos escolares.

O presente estudo como pode ser visualizado na Figura 8. Corrobora os estudos anteriormente citados, pois os adolescentes participantes 372 (68%) afirmaram não terem recebido orientações de como evitar problemas bucais, o que provavelmente implica em provável falha de políticas e programas de educação e saúde adequados para esta faixa etária. Os poucos estudos epidemiológicos de cárie aos 18 anos foram realizados quase que exclusivamente em países desenvolvidos (GONÇALVES; PERES; MARCENES, 2002; PERES *et al.*, 2011)

No Brasil, um estudo, investigou a prevalência e severidade de cárie dentária em crianças de 12 anos de escolas públicas em Goiânia entre 1988 a 2003. Destacando que o estado possui água fluoretada desde 1985. Utilizaram fontes secundárias, as variáveis de prevalência de indivíduos livres de cárie (CPOD=0) e a severidade da cárie através do Índice CPOD. Observaram o percentual de escolares livres de cárie teve um aumento de 21% de 1994 (10%) a 2003 (31%). Houve uma redução de 70,6% na média do índice CPOD no período entre 1988 a 2003. As médias nos anos de 1989 foram de 8,3; 4,59 em 1994, 3,07 em 1998 e 2,43 em 2003. Os principais componentes foram os cariados, com predomínio em 1988 e 2003 e os obturados, com predomínio em 1994 e 1998. No período de 1988 a 2003 houve redução de 81,9% na média de dente cariado, 66,7% do perdido por cárie e 31,8% do obturado. (REIS *et al.*, 2009)

Essa pesquisa abrangeu a faixa etária de avaliados, entre 12 e 18 anos, ou seja, inclui um maior número de participantes comparadas à pesquisa supracitada. Percebe-se os livres de cárie e da doença periodontal, que podem ser medidos pelo índice de CPOD 0 com maior

prevalência (40,74%), assim como o CPI 0 (46%), denotam uma situação que corrobora com a melhoria já relatada por REIS (2009). Nos índices de saúde bucal de adolescentes.

Araújo, em 2003, avaliou a condição de saúde bucal dos pacientes atendidos no curso de Odontologia da Universidade a Federal do Pará. Foi observado que o CPO-D na faixa etária de 12 anos foi de 1,63. A faixa etária de 15 a 19 anos o CPOD foi de 4,63.

Compreende-se que neste estudo os adolescentes que buscam tratamento odontológico parecem ter uma condição bucal melhorada em relação à média geral da população.

Um estudo comparou o CPOD de escolas públicas e privadas de João Pessoa-PB e relataram prevalência de cárie mais elevada em crianças da rede pública, do gênero feminino. Os autores destacaram a relação entre nível de escolaridade dos responsáveis com a prevalência da doença cárie, afirmando que quanto menor a escolaridade destes maior a prevalência da doença nas crianças. (GUSHI *et al.*, 2008).

Este estudo foi realizado em escolas públicas e de acordo com a Figura 1. percebe-se maior participação do gênero feminino (62,59%) comparado ao gênero masculino (37,40%).

Quanto ao perfil sócio-econômico este estudo incluiu a necessidade destes adolescentes de estabelecer vínculo empregatício, entendendo que o trabalho representa uma forma de contribuir com a renda familiar. Questionando sobre o estresse que essa exigência provoca na rotina do adolescente, percebeu-se que 85% estão submetidos ao estresse devido ao trabalho (Figura 9.)

Santos, Alves e Freitas, (2007), analisaram a saúde bucal de adolescentes no estado de Pernambuco e da Bahia e verificou um elevado nível de sangramento gengival, estando de acordo com essa pesquisa.

Dentre as manifestações orais relatadas com maior frequência pelos estudantes está o sangramento gengival com 63% (Figura 5.) sugerindo doença gengival que pode estar associada a deficiência na técnica de higiene oral.

Noro *et al.* (2009) estudaram uma amostra composta por 688 adolescentes moradores no Município de Sobral, Ceará, Brasil. Observou-se que a incidência da doença cárie aumentou progressivamente com a idade, passando de 1,60 nos adolescentes com 12 anos até 2,28 para os com 15 anos, registrando assim uma incidência média de 1,86 dentes cariados por adolescente. Tambelini e col., (2010), observaram que a prevalência de cárie em estudantes entre 15 e 19 anos, de escola pública do ensino médio foi de 72,9%, com o índice CPO-D médio de 2,93. Já Claudino *et al.*, (2011), avaliou a condição de saúde bucal em escolares de 12 anos, na cidade de João Pessoa-PB. Observou-se que o CPO-D médio foi de 3,62 (DP= \pm 2,95), constatando-se que 35,09% dos escolares se apresentavam livres de cárie.

O perfil etário de adolescente contemplado por esta pesquisa representa um grupo de risco para patologias orais e por isso é necessário políticas públicas que incluam esse grupo na promoção e prevenção de doenças orais.

Contudo, Rihs *et al.*, em 2010, realizaram um estudo com adolescentes do município de Indaiatuba (SP) e concluíram que os escolares apresentaram baixa experiência de cárie, porém entre as

necessidades de tratamento verificou-se a restauradora como a mais prevalente. Compreende-se que a doença cárie é uma realidade entre os jovens brasileiros.

Segundo Antunes e col., em 2008, A utilização de serviços odontológicos foi significativamente associada a melhores condições de saúde gengival (sangramento e cálculo). Na figura 5.

No presente estudo o índice sangramento obteve um percentual alto 63%, o que indica que provavelmente os adolescentes não estão sendo monitorados.

Carvalho, *et al.* em 2011, investigaram a auto percepção dos adolescentes, entre 12 e 19 anos, da cidade de Aracaju (SE), sobre sua própria saúde e relacioná-la aos aspectos psicossociais. A amostra consistiu em 247 adolescentes matriculados em instituições de ensino, públicas ou privadas, da zona urbana do município de Aracaju (SE). A maior parte dos adolescentes (85%) se considera saudável, enquanto 9% têm vergonha das condições bucais. Quanto a já ter sentido odontalgia, 72 escolares (29%) nunca haviam sentido e 175 (71%) afirmaram a manifestação de dor ao menos uma vez. No que se referia ao sangramento gengival, 176 escolares (71%) afirmaram nunca ter percebido; já 71 escolares (29%) relataram a percepção do mesmo.

Assim a adolescência é um período de intensas transformações biológicas e psicológicas do indivíduo. É um período crítico de transformação de criança para adulto e por isso se configura em um importante momento de construção de conhecimentos, importa que os programas e ações em saúde bucal possam considerar essa etapa da vida como diferenciada.

7. Conclusão:

- A maioria dos participantes desta pesquisa, foi do sexo feminino (62,59%) e não apresentou nenhuma patologia sistêmica (94,44%).
- O índice do CPO - D encontrado foi de 2,20 com 220 alunos (40,74%) não apresentando lesão de cárie.
- Nenhum aluno fazia uso de prótese e apenas uma necessitava usa-la e um aluno necessita de prótese inferior.
- Quanto ao acesso a serviços odontológicos, 37 (6,85%) alunos nunca foram ao dentista. A maioria dos alunos afirmou fazer uso do serviço odontológico público para acesso odontológico (34%).
- A maioria procura serviços odontológicos com intervalo de 1 a 2 anos (46%) e nunca faltaram aula para ir ao dentista (88,51%).

Observando os aspectos explanados na presente pesquisa, como bases em dados obtidos através do levantamento epidemiológico pode-se analisar que o alto índice de cárie, doenças periodontais e outras patologias orais assolam os adolescentes. Percebe-se a necessidade de programas e políticas de educação e saúde sejam incrementadas para melhor orientação quanto aos fatores de risco para as doenças bucais, com incentivo aos hábitos saudáveis.

Referências

1. ARAÚJO, M. V. A.: **Estudo das condições de saúde bucal e necessidade de tratamento em pacientes do curso de odontologia da Universidade Federal do Pará.** São Paulo, SP, 2003. Dissertação (mestrado interinstitucional USP – UFPA). Universidade de São Paulo, USP.
2. ARAÚJO, L. M. L.; CEZÁRIO, E. S.; ARAÚJO, L. H. L.; COSTA, F. O.; ZENÓBIO, E. G.: **Condições Periodontais de Crianças e Adolescentes Participantes de um**

Programa de Saúde Bucal. Pesq. Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa, 11(2):177-181, abr./jun. 2011

3. ANTUNES, J. L. F., PERES, M. A., FRIAS, A. C.; CROSATO, E. M. E.; BIAZEVIC, M. G. H.: **Saúde gengival de adolescentes e a utilização de serviços odontológicos, Estado de São Paulo.** Revista Saúde Pública 2008;42(2):191-9.
4. BARROS A. J. D.; BERTOLDI A. D.: **Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional.** Ciencia e Saude Coletiva. 2002; 7(4):709-717.
5. BRASIL. Lei nº 8.069. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília, de 1990.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica; Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2003: **condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais.** Brasília, DF: 2004. 68 p.
7. BORGES, C. M.; CASCAES, AM.; FISCHER, T. K.; BOING, A. F.; PERES, M. A.; PERES, K. G.: **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, 24(8):1825-1834, ago, 2008.
8. BORGES, A.L.V.; FUJIMORI, E.: **Enfermagem e a saúde do adolescente na atenção básica.** Barueri: M; anole, v. 1, p. 42-60, 2009.
9. BURT B.: **Research, Science and Therapy Committee of the American Academy of Periodontology. Position paper: epidemiology of periodontal diseases.** J Periodontol. 2005;76(8):1406-19.
10. CARVALHO, R. W. F.; SANTOS, C. N. A.; OLIVEIRA, C. C. C.; GONÇALVES, S. R. J.; NOVAIS, S. M. A.: Maria Auxiliadora Pereira,

- MAS. Aspectos psicossociais dos adolescentes de Aracaju (SE) relacionados à percepção de saúde bucal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(Supl. 1):1621-1628, 2011.
11. CHAMBRONE, L.; MACEDO, S. B.; RAMLHO, F. C.; TREVIZANI; FILHO, E. E.; CHAMBRONE, L. A.: **Prevalência e severidade de gengivite em escolares de 7 a 14 anos: condições locais associadas ao sangramento à sondagem.** *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010; 15(2):337-343.
 12. CLAUDINO, L. V.; ALEXANDRIA, A. K. F.; LIMA, A. L.; SILVA, N.B.; DANTAS, R. V. F.; SANTIAGO, B. M.; VALENÇA, A. M. G.; **Condições de Saúde Bucal, Acesso aos Serviços Odontológicos e Auto percepção de Saúde Bucal em Escolares de 12 anos.** *Pesq. Bras. Odontoped Clín. Integr.*, João Pessoa, 11(4):573-84, out./dez., 2011.
 13. ELIAS, M.S.; CANO, M.A.T.; MESTRINER Jr. W.; FERRIANI, M. G. C.: **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, janeiro 2001.
 14. FREDDO, S. L.; AERTS, D. R. G. C.; ABEGG, C.; DAVOGLIO, R.; CONZATTI, P. V.; MONTEIRO, L.: **Hábitos de higiene bucal e utilização de serviços odontológicos em escolares de uma cidade da Região Sul do Brasil.** *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 1991-2000, set. 2008.
 15. GONÇALVES, E. R.; PERES, M.A.; MARCENES W.: **Cárie dentária e condições sócio-econômicas: um estudo transversal com jovens de 18 anos de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.** *Cad Saude Publica*. 2002;18(3):699-706.
 16. GUSHI, L. L.; SOARES, M. C.; FORNI, T. I. B.; VIEIRA, V.; WADA, R. S. E.; SOUSA, M. L. R.: **Cárie dentária em adolescentes de 15 a 19 anos de idade no Estado de São Paulo, Brasil, 2002.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(5):1383-1391, set-out, 2005.
 17. GUSHI, L. L.; RIHS, L. B.; SOARES, M. C.; FORNI, T. I. B.; VIEIRA, V.; WADA, R. S. E.; SOUSA M. L. R.: **Cárie dentária e necessidades de tratamento em adolescentes do estado de São Paulo, 1998 e 2002.** *Rev Saúde Pública* 2008;42(3):480-6.
 18. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Área Técnica de Saúde Bucal. **Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: Cárie Dental, Capitais, 1996** [acesso em 13/06/03]. Disponível em:<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sbucal/sbdescr.htm>. BRASIL 1996.
 19. MOREIRA, P. V. L.; ROSENBLATT, A. E.; PASSOS I. A.: **Prevalência de cárie em adolescentes de escolas públicas e privadas na cidade de João Pessoa, Paraíba, Brasil.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(5):1229-1236, 2007.
 20. NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P.; CASTELLANOS, R. A.: **Declínio da Experiência de Cárie em Dentes Permanentes de Escolares Brasileiros no Final do Século XX.** *Odontol. Soc.* 1999;1(1/2):25-9. Disponível em: http://www.fo.usp.br/departamentos/social/legal/arquivos/declinio_carie.pdf.
 21. NISHI, M.; STJERNSWÄRD, J.; CARLSSON, P.; BRATTHALL, D.: **Caries experience of some countries and areas expressed by Signifi cant Caries Index.** *Community Dent Oral Epidemiol.* 2002;30(4):296-301.
 22. NORO, L. R. A.; RONCALLI, A. G.; JÚNIOR, F. I. R. M.; LIMA, K. C.; **Incidência de cárie dentária em adolescentes em município do Nordeste brasileiro, 2006.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(4):783-790, abr, 2009.
 23. PERES, K. G.; PERES, M.A.; DEMARCO, F. F.; TARQUÍNIO, S.

- B. C.; HORTA, B. L.; GIGANTE, D. P.: **Oral health studies in the 1982 Pelotas (Brazil) birth cohort: methodology and principal results at 15 and 24 years of age.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 27(8):1569-1580, ago, 2011.
24. PESSALACIA, J. D. R.; MENEZES E. S.; MASSUIA, D.: **A vulnerabilidade do adolescente numa perspectiva das políticas de saúde;** BIOETHIKOS, Centro Universitário São Camilo, São Paulo4(4):423-430 – 2010.
25. REIS, S. C. G. B. REIS; FREIRE, M. C. M.; HIGINO, M. A. S. P.; BATISTA, S. M. O.; REZENDE, K. L. V. E QUEIROZ, M. G. **Declínio de cárie em escolares de 12 anos da rede pública de Goiânia, Goiás, Brasil, no período de 1988 a 2003.** Rev. Bras. Epidemiol.2009; 12(1): 92-8.
26. RIHS, L. B.; SOUSA, M. L. R.; CYPRIANO, S.; ABDALLA, N. M.: **Desigualdades na distribuição da cárie dentária em adolescentes de Indaiatuba (SP), 2004.** Ciência & Saúde Coletiva, 15(4):2173-2180, 2010.
27. SANTOS, N. C. N.; ALVES, T. D. B.; FREITAS, V. S.: **A saúde bucal de adolescentes: aspectos de higiene, de cárie dentária e doença periodontal nas cidades de Recife, Pernambuco e Feira de Santana, Bahia.** Ciência & Saúde Coletiva,12(5):1155-1166, 2007.
28. SOARES, F. F.; FIGUEIREDO, C. R. V.; BORGES, N. C. M.; JORDÃO, R. A.; FREIRE, M. C. M.: **Atuação da equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família: análise dos estudos publicados no período 2001-2008.** Ciência & Saúde Coletiva, 16(7):3169-3180, 2011.
29. TAMBELINI, C. A.; RAMOS, D. M.; FREDERICO, R. C. P.; TOMASETTI C. S. C.; BARATA, T. J. E.; MACIEL, S. M.: **Dental caries in adolescents and its association with excess weight and sociodemographic factors in Londrina, Paraná, Brazil** Rev. odonto ciênc. 2010;25(3):245-249.
30. VALARELLI, F. P.; FRANCO, R. M.; SAMPAIO, C. C.; MAUAD, C.; PASSOS, V. A. B.; LOURENÇO, L.; RIBEIRO, V.; MACHADO, A. A. M. M.; OLIVEIRA, T. M.: **Importância dos programas de educação motivação para saúde bucal em escolas: relato de experiência.** Odontol. Clín.-Cient., Recife, 10 (2) 173-176, abr./jun., 2011.
31. WORD HEALTH ORGANIZATION. **Oral health surveys, basics methods.** 4th Ed. Geneve: Word Health Organization; 1997.



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO
GABINETE DA SECRETÁRIA ADJUNTA

Ofício Nº ⁰⁹⁴ / 2012
Ref. SEED/GSADJ

Aracaju, 03 de dezembro de 2012.

Ilustríssimo Diretor Presidente,
TEMISSON JOSÉ DOS SANTOS
Diretor Presidente do Instituto de Tecnologia e Pesquisa-ITP
Av. Murilo Dantas, 300, Prédio do ITP – CEP: 49032-490
Farolândia- Aracaju-SE

Assunto: **Resposta a solicitação de liberação de início da pesquisa na rede estadual**

Senhor Diretor Presidente,

1. Em resposta ao ofício nº 90-2012/DITEC desta instituição, enviado para este Gabinete, informamos que **está autorizado** o início da pesquisa **“Análise da condição de saúde bucal de adolescentes em escolas públicas da Grande Aracaju-Se”**, nas escolas da rede estadual de Sergipe elencadas em anexo.
2. Ao tempo em que autorizamos, lembramos que deverá ser observada a autonomia das unidades de ensino, portanto, a realização da pesquisa terá que ser acordada com elas, no tocante às datas e horários disponíveis, sem prejuízo para as atividades escolares.
3. Ressaltamos também que há necessidade de solicitar aos pais, dos alunos menores de idade, autorização para os mesmos participarem da pesquisas.
4. Outrossim, parabenizamos pelo projeto e desejamos bastante sucesso no decorrer do trabalho de pesquisa.

Atenciosamente,

PROFª DRª HORTÊNCIA MARIA PEREIRA ARAÚJO
Secretária Adjunta de Estado da Educação

ANEXO 1-Ficha Clínica Odontológica

FICHA CLÍNICA E ANAMNESE

Nº: _____ Idade: _____
Sexo: M () F () Estado civil: _____
Naturalidade: _____ Escola: _____

EXAME EXTRA BUCAL

LESÕES EM TECIDOS MOLES DA FACE
ULCERAÇÕES, FERIDAS, EROSÕES E FISSURAS

- 1- Na cabeça, pescoço e membros
2- Nas áreas da pele ao redor da boca (nariz, bochechas, mento)
3- Comissuras labiais
4- Bordos do vermelhidão dos lábios
6- Anormalidades nas porções cutâneas dos lábios superior e inferior
7- Infartamento de linfonodos (cabeça e pescoço)

EXAME INTRA-ORAL

C =
P =
O =
CPO-D =

DOENÇA PERIODONTAL

Table with 2 rows and 3 columns for CPI scores: 17-16, 11, 26-27; 46-47, 31, 36-37

EDENTULISMO

Table for edentulism: USO DE PRÓTESE (SUPERIOR, INFERIOR) and NECESSIDADE DE PRÓTESE (SUPERIOR, INFERIOR)

ANAMNESE

Quais destas manifestações orais já teve?

- Afta
- Herpes
- Sangramento gengival espontâneo
- dor em alguma parte da cavidade oral
- dor da ATM

Diminui a quantidade de escovação quando se sente estressado por algum motivo no trabalho?

- Sim
- Não

Aperta dentes quando sente-se estressado?

- Sim
- Não

Morde Lábio ou bochechas quando sente-se estressado?

- Sim
- Não

Tem zumbido com o estresse no ambiente de trabalho?

- Sim
- Não

Tem dor de cabeça quando se sente estressado?

- Sim
- Não

ACESSO A SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS

Qual tipo de serviço odontológico você faz uso?

- a. Particular
- b. Público
- c. Convênio Pela Empresa
- d. Convênio Pessoal

Qual frequência procura por serviços odontológicos?

- e. Menos de 6 meses
- f. 6 meses a 1 ano
- g. 1 a 2 anos
- h. Somente com dor ou problema dentário

Recebeu alguma orientação como evitar problemas bucais?

- i. Sim
- j. Não

Já faltou algum dia de aula para cuidar de problemas dentários?

- k. Sim
- l. Não

