

Programa de Pós-Graduação em
Odontologia Preventiva e Social



**SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DE
ADOLESCENTES DE UM
ASSENTAMENTO RURAL NO PONTAL
DO PARANAPANEMA-SP**

Doutoranda: Milene Moreira Leão

Orientadora: Profa. Dra. Tânia Adas Saliba Rovida



Araçatuba-SP
2015





Universidade Estadual Paulista
Júlio de Mesquita Filho
Campus de Araçatuba

Milene Moreira Leão

Saúde e qualidade de vida de adolescentes de um
assentamento rural no Pontal do Paranapanema-SP

Tese apresentada à Faculdade de Odontologia de
Araçatuba, da Universidade Estadual Paulista “Júlio
Mesquita Filho”, como parte dos requisitos para a
obtenção do título de Doutor em Odontologia Preventiva
e Social.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Tânia Adas Saliba Rovida

Araçatuba-SP

2015

Catálogo na Publicação (CIP)

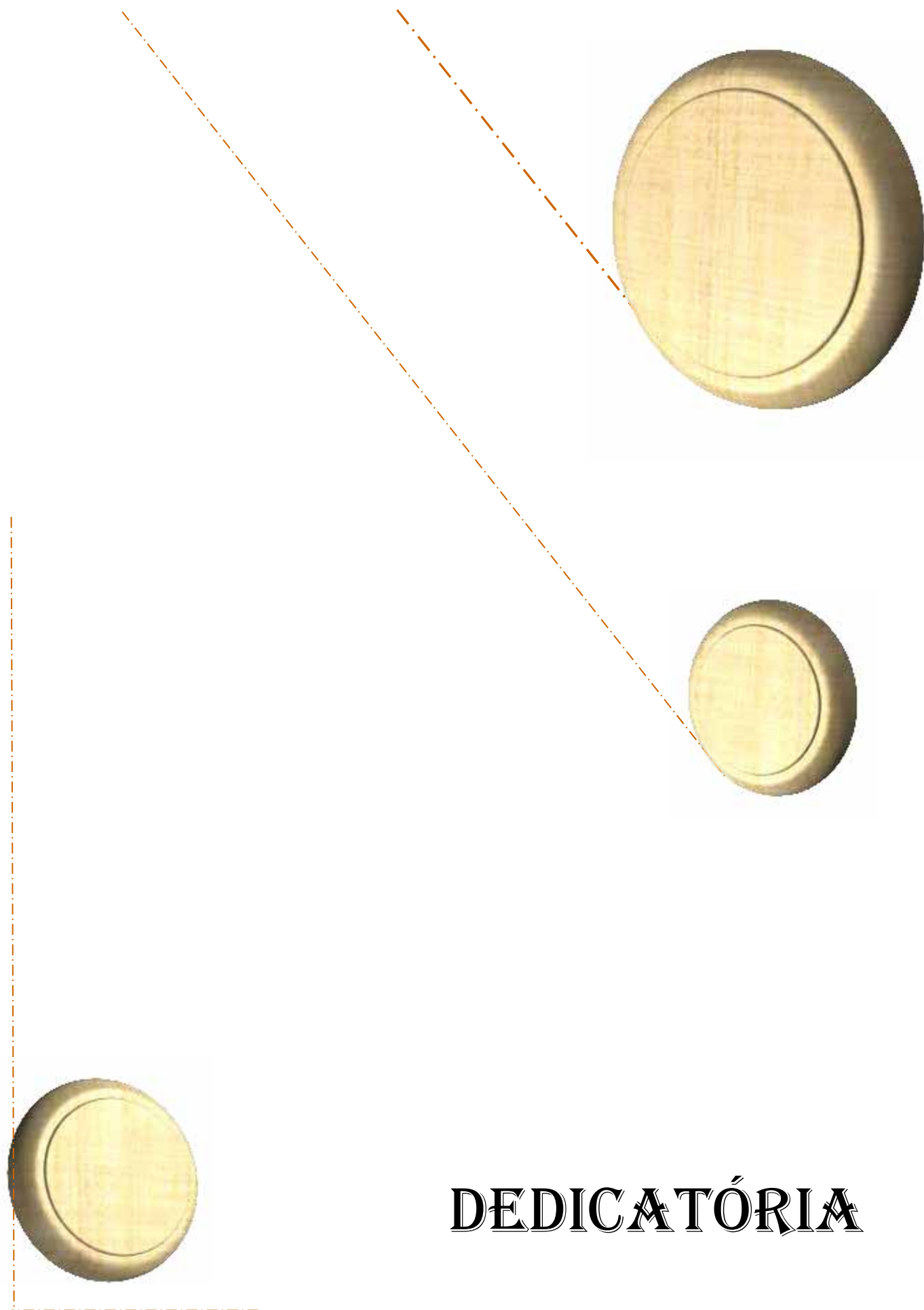
Diretoria Técnica de Biblioteca e Documentação – FOA / UNESP

L437s Leão, Milene Moreira.
Saúde e qualidade de vida de adolescentes de um assentamento rural no Pontal do Paranapanema-SP : saúde de jovens de assentamento rural / Milene Moreira Leão. - Araçatuba : [s.n.], 2015
97f. : il. ; tab. + 1 CD-ROM

Tese (Doutorado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia de Araçatuba
Orientadora: Profa. Tânia Adas Saliba Rovida

1. Saúde bucal 2. Qualidade de vida 3. Adolescente
4. Populações vulneráveis 5. Iniquidade social I. T.

Black D5
CDD 617.601



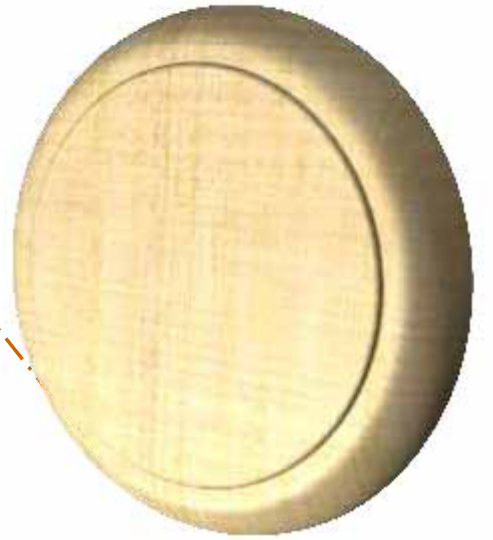
DEDICATÓRIA

Senhor Deus Pai, todo poderoso, criador do céu e da Terra, mais uma vez, em oração, agradeço, Senhor, pela vida que me deste, pela minha saúde e pela paciência que soprou em minha direção. Sei que sabes das minhas dores, das minhas angústias, dos meus problemas e das minhas fraquezas e, por amor, sempre me concedeste conforto, força e esperança. Quando estive fraca, Tu me carregaste no colo; quando chorei, Tu me deste motivo para sorrir no seio familiar, na natureza e nos animais; quando quis desistir, Tu me deste razão para lutar pelos meus sonhos e pela justiça; quando estava enfurecida, me acalmaste e iluminaste meus pensamentos e meus caminhos. Obrigada, meu Pai, pela cura, vigília e pela proteção. Tu sempre serás a luz que me guia, porque sem Ti, eu nada sou. A Ti dedico esta vitória.

Dedico este trabalho, também, aos adolescentes moradores de áreas rurais de nosso país, os quais ainda precisam superar a iniquidade no acesso aos serviços de saúde para usufruir dos seus direitos de cidadãos brasileiros. São populações socialmente excluídas que merecem atenção dos nossos governantes, pois além de seres humanos, em breve serão os profissionais que vão contribuir para com a produção agropecuária do país.

Aos meus pais, que sempre buscaram por justiça aos injustiçados e por me mostrarem que a educação é a base de uma sociedade desenvolvida, e à minha irmã, que em breve estará cuidando da saúde de muitos brasileiros.

Ao meu marido, André, por estar sempre ao meu lado, na alegria ou na tristeza, na saúde ou na doença, na riqueza ou na pobreza; amo-te!



AGRADECIMENTOS

Agradecimentos

Agradeço à minha orientadora, Prof^a. Dr^a Tânia Adas Saliba Rovida, pela compreensão, ensinamentos e pelo convívio agradável destes quatro anos. Obrigada por contribuir com a minha formação profissional.

Sou grata à coordenação do programa, especialmente à coordenadora, Prof^a. Tit. Suzely Adas Saliba Moimaz e vice-coordenadora, Prof^a. Tit. Cléa Adas Saliba Garbin, pelas oportunidades, apoio e incentivo.

Agradeço a todos os docentes do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social, por compartilharem conhecimento e nos proporcionar crescimento profissional.

Agradecemos a CAPES pelo incentivo à pesquisa e pela bolsa de doutorado concedida durante o curso.

Obrigada a todos os colegas de pós-graduação com quem convivi durante meu curso de doutorado, pela companhia nesta longa e tortuosa estrada, pela alegria, companheirismo e compaixão. Em especial, agradeço à Daniele Bordin, pelo total apoio em meus momentos difíceis.

Agradeço às minhas amigas, Rosana, Ana Carolina e Renata Reis, pela fabulosa e eterna amizade. Estamos sempre ligadas por esse sentimento fraterno, forte e sincero. Contem comigo sempre que precisarem; onde quer que eu esteja, estarei pronta para ajudá-las!

Pessoas amáveis, amigas, generosas e carinhosas. É assim que defino Niltinho e Valderez, que sempre estiveram ao meu lado quando precisei e que me

proporcionaram momentos de tranquilidade e alegria. Vocês têm participação expressiva no meu trabalho. Muito obrigada!

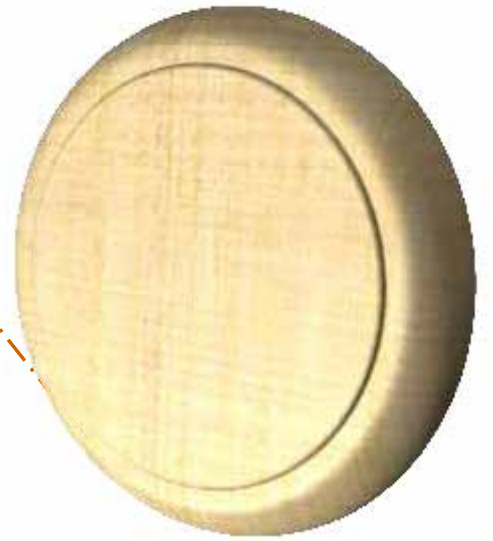
Agradeço ao meu esposo, André, pela compreensão, incentivo, força, paciência e, principalmente, pelo amor que tem se tornado cada vez mais forte ao longo de todos esses anos de namoro e, agora, em matrimônio; cada vez mais nós temos a certeza de que o amor é sempre o melhor caminho a seguir. Você só me trouxe felicidade! Agora, como marido e mulher, seguimos um caminho cheio de flores. Obrigada por me fazer sonhar novamente.

Eterna gratidão à minha família; meu pai, Valdecir, minha mãe, Silvia, e minha irmã, Fran, sempre foram meu porto seguro. Apesar da distância, nunca estamos separados, porque o amor que se constrói na família é sagrado, intocável e eterno. Perdoem-me pelos finais de semana que não pude estar com vocês, mas meus pensamentos sempre estiveram lá. Muito obrigada pelas oportunidades e por todo apoio na busca pela realização de todos os meus sonhos.

Sou grata também a todos os servidores desta faculdade, que colaboraram de alguma maneira com minha formação acadêmica, especialmente a bibliotecária, Ana Cláudia, e equipe, Valéria Zagatto e as meninas da seção de pós-graduação.

À diretoria desta faculdade, meus sinceros agradecimentos, pelo exemplo de profissionalismo, ética e competência. Prof^a. Ana Maria Pires Soubhia e Prof. Wilson Roberto Poi- estiveram sempre à disposição.

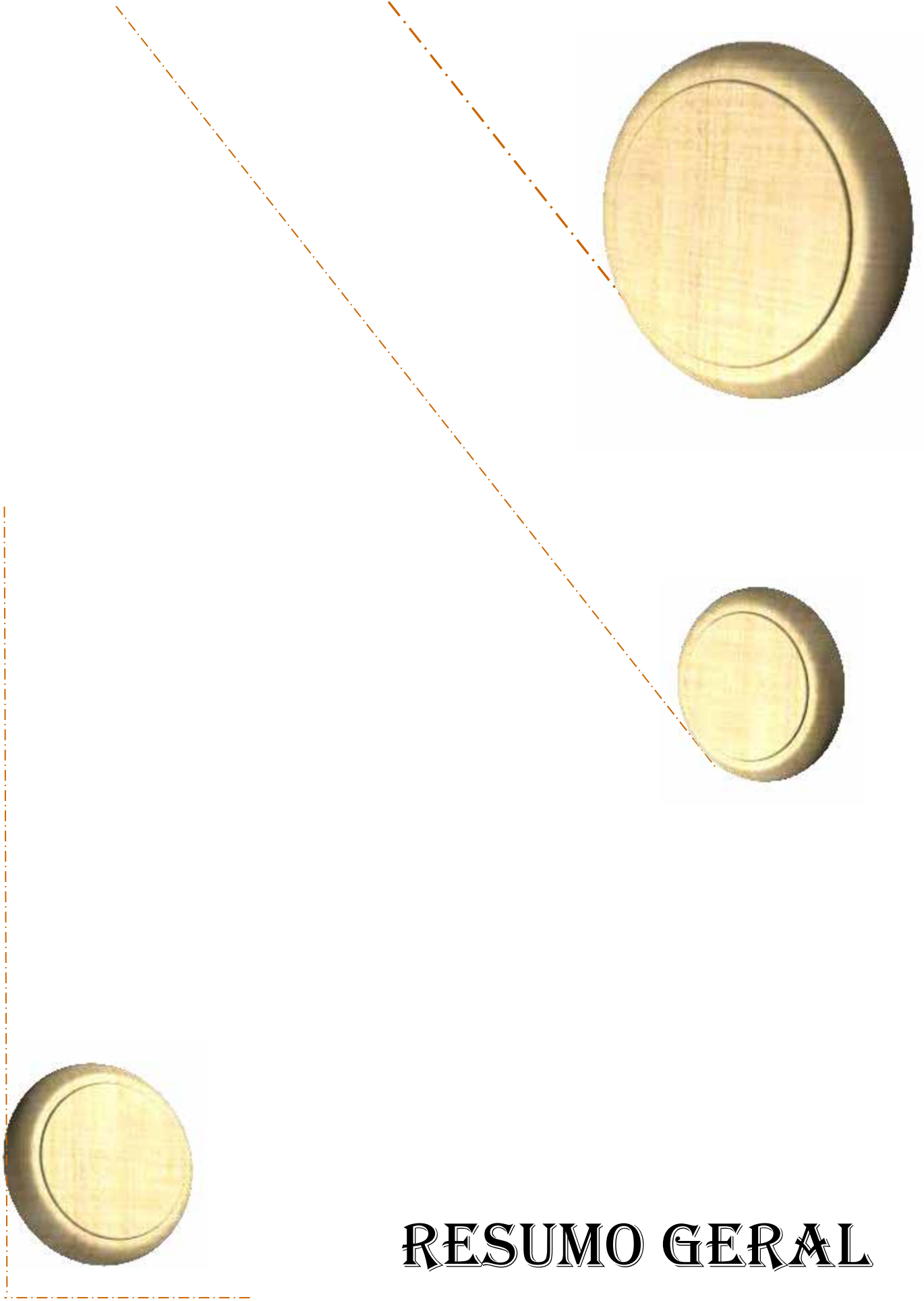
À Universidade Estadual Paulista, pela oportunidade de realização do curso de doutorado onde também cursei minha graduação e mestrado.



ΕΠΙΓΡΑΦΕ

“É preciso que compreenda que não existe liberdade sem igualdade e que a realização da maior liberdade na mais perfeita igualdade de direito e de fato, política, econômica e social ao mesmo tempo, é a justiça.”

Mikhail Bakunin



RESUMO GERAL

LEÃO, M. M. **Saúde e qualidade de vida de adolescentes de um assentamento rural no Pontal do Paranapanema-SP.** 2015. 97f. Tese (Doutorado em Odontologia Preventiva e Social) – Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2015.

RESUMO GERAL

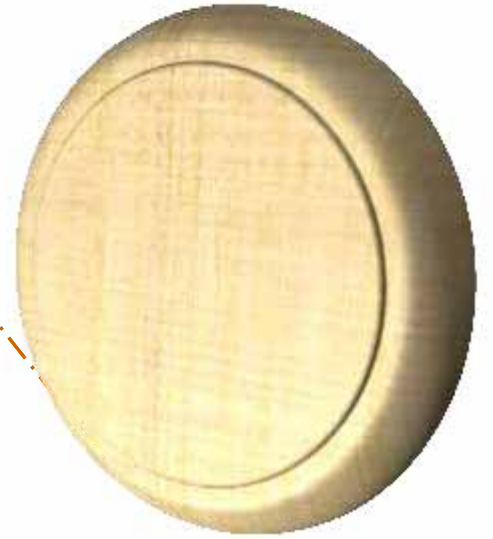
Hábitos, comportamentos, saúde bucal e qualidade de vida de adolescentes têm sido foco de pesquisas atuais, mas poucas retratam a situação daqueles que habitam regiões rurais e remotas, considerados socialmente excluídos. Objetivou-se verificar os hábitos alimentares e de higiene, o comportamento social, consumo de álcool e tabaco, Índice de Massa Corpórea (IMC), condição de saúde bucal, necessidades de tratamento odontológico, o impacto da saúde bucal na qualidade de vida de adolescentes de assentamento rural no Brasil, frente à iniquidade de acesso aos serviços odontológicos. Neste estudo epidemiológico transversal, 180 jovens entre 11 e 18 anos, de um assentamento rural, foram examinados e entrevistados, utilizando-se os instrumentos The Global School-based Student Health Survey, WHOQOL-Bref (World Health Organization – Quality of Life) e OIDP (Oral Impact on Daily Performance). Os índices CPO-D (dentes cariados, perdidos e obturados) e IPC (índice periodontal comunitário) foram empregados em exame clínico. Nas análises bivariadas foram aplicados os testes Qui-quadrado, Exato de Fisher, Mann-Whitney e, posteriormente, o modelo de Regressão Logística. Quanto ao acesso, 53,3% dos entrevistados consultaram um cirurgião-dentista no último ano e, o restante, há mais de dois anos. A dor foi o principal motivo da última consulta (69,5%). Os adolescentes consumiam refrigerantes (25,2%), *fast-foods* e lanches (41,9%), chá ou café adoçado (59,8%). A higiene bucal era realizada com palito de dentes (19,0%) e escovação (97,2%); o fio dental não era usado por 71,5% dos entrevistados. Do total, 12,9% relataram dificuldade para mastigar pelos problemas bucais e, apesar de 55,8% dos jovens terem demonstrado satisfação com a aparência dentária, 19,6% evitavam sorrir. Verificou-se consumo de bebida alcoólica (32,4%), tabagismo (3,9%) e sobrepeso (13,4%). O CPO-D médio foi 5,49 (\pm 3,33), sendo que a maioria (58,9%) teve CPO-D \geq 5. Periodontites foram notadas em 37,2% da população, principalmente o sangramento gengival (77,7%). As necessidades de tratamento concentraram-se nas restaurações (97,3%), instruções de higiene (19,6%) e profilaxia (2,7%). A ingestão de comidas calóricas e a escovação dentária realizada uma vez/dia estiveram associadas ao sangramento gengival ($p = 0.0465$; $p = 0.0172$, respectivamente), resultando em insatisfação

com a saúde bucal ($p=0.0082$). Houve associação entre cárie e falta de escovação ($p=0.0001$), causando dificuldade para mastigar ($p=0.0098$) e vergonha ao sorrir ($p<0.0001$); o sobrepeso apresentou associação com CPO-D \geq 5 ($p=0.0435$). A pontuação WHOQOL-Bref foi 87,59 ($\pm 15,23$). A pontuação OIDP foi 6,49 ($\pm 9,15$). A cárie, o local e a qualidade do atendimento estavam associados ao domínio relações sociais ($p=0,0210$; $p=0,0337$; $p=0,0306$, respectivamente). Conclui-se que os hábitos e estilo de vida dos jovens da zona rural são prejudiciais à saúde, levando-os à alta prevalência de cárie e inflamação gengival. As necessidades de tratamento odontológico se concentraram em procedimentos restauradores, instruções de higiene e profilaxia, indicando falha no acesso aos serviços odontológicos. A obesidade e a escovação dentária em baixa frequência aumentaram os riscos destas doenças. Apesar de os jovens terem relatado bons níveis de qualidade de vida e baixo impacto da saúde bucal na qualidade de vida, a cárie, o local e qualidade do atendimento influenciaram as relações sociais destes indivíduos. A dificuldade no acesso culmina no agravamento das afecções dentárias, prejudicando a mastigação e a vida social dos adolescentes, necessitando de aprimoramento dos trabalhos educativos e preventivos.

Palavras-chave: Saúde bucal. Qualidade de vida. Adolescente. População rural. Iniquidade Social.



GENERAL ABSTRACT



LEÃO, M. M. **Health and quality of life of adolescents who live in a rural settlement in Pontal do Paranapanema-SP.** 2015. 97f. Tese (Doutorado em Odontologia Preventiva e Social) – Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2015.

GENERAL ABSTRACT

Habits, behavior, oral health and quality of life of adolescents have been focused on recent researches, but few of them study situation of those who lives in rural and remote areas, considered socially excluded. It was aimed to verify diet and hygiene habits, behaviors, consumption of alcohol and tobacco, Body Mass Index (BMI), oral health condition, needs for dental treatment, impact of oral health on quality of life of adolescents from rural settlement in Brazil, considering inequality in dental services accessibility. In this cross-sectional and epidemiological survey, 180 11- to 18- years-old adolescents from rural settlement were interviewed and examined, using the instruments: Global School-based Student Health Survey, WHOQOL-Bref (World Health Organization – Quality of Life) and OIDP (Oral Impact on Daily Performance). DMFT (decayed, missing and filled teeth) and CPI (community periodontal index) indexes were applied in oral examination. In bivariate analysis, Chi-squared, Fisher's and Mann-Whitney Tests were used, and lately, logistic regression model. About the access, 53.3% of interviewed people consulted a dentist over the last year and the other part, more than two years ago. Toothache was the main reason for the last consult (69.5%). The adolescents consumed soft-drinks (25.2%), fast-foods and snacks (41.9%), sugared tea or coffee (59.8%). Oral hygiene was performed with toothpick (19.0%) and toothbrushing (97.2%); dental fosse was not used by 71.5 of population. Overall, 12.9% reported difficulty on chewing due to oral problems, and although 55.8% of adolescents had demonstrated satisfaction with own dental appearance, 19.6% avoided to smile. It was noted consumption of alcoholic drinks (32.4%), tobacco (3.9%) and 13.4% was obese. DMFT average was 5.49 (\pm 3,33) and the majority (58.9%) had DMFT \geq 5. Periodontitis were observed in 37.2% of population, mainly gingival bleeding (77.7%). Needs for dental treatment were concentrated on restorations (97.3%), hygiene instruction (19.6%) and prophylaxis (2.7%). Gingival bleeding was associated with ingestion of caloric foods ($p=0.0465$) and toothbrushing once a day ($p=0.0172$), resulting on dissatisfaction with the own oral health ($p=0.0082$). There was association between caries and lack of toothbrushing ($p=0.0001$), causing difficulty on chewing ($p=0.0098$) and embarrassment to smile ($p<0.0001$); obesity was associated with DMFT \geq 5 ($p=0.0435$). WHOQOL-Bref score was 87.59 (\pm 15.23). OIDP score was 6.49 (\pm 9.15). Dental caries, local and quality of consult were

related to social relationships domain ($p=0.0210$; $p=0.0337$; $p=0.0306$, respectively). It was concluded that habits and life style of rural adolescents use to be harmful, resulting on high caries prevalence and gingivitis. Needs for dental treatment were principally restorations, hygiene instructions and prophylaxis, indicating a failed access to dental services. Obesity and infrequent toothbrushing increased the risk of oral problems. Although the adolescents had reported good levels of quality of life and low impact of oral on quality of their life, the dental caries, the local and quality of last consult influenced social relationships of them. Difficulty in access results on worsening of oral affections, damaging chewing and social relationships among adolescents; it is necessary improvement of educative and preventive works.

Keywords: Oral health. Quality of life. Adolescent. Rural populations. Inequality



LISTA DE TABELAS

Lista de Tabelas

Capítulo 2

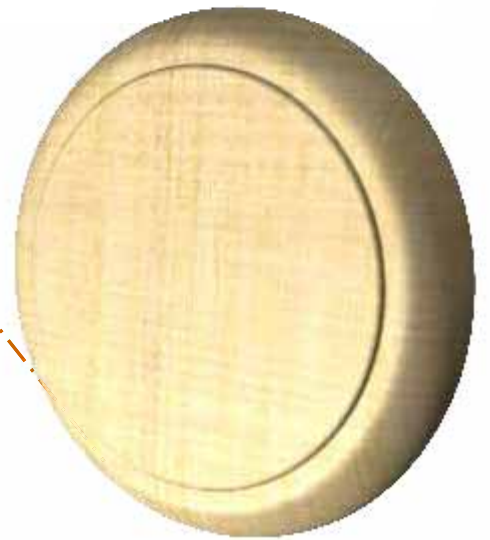
Tabela 1-	Hábitos alimentares, de higiene bucal e comportamento social de adolescentes brasileiros de assentamento rural em relação à saúde bucal. Caiuá-SP.2013.	56
Tabela 2-	Consumo de bebida alcoólica e tabagismo por adolescentes de assentamento rural. Caiuá-SP.2013.	57
Tabela 3-	Composição do índice CPO-D, segundo faixa etária e gênero dos adolescentes de assentamento rural. Caiuá-SP.2013.	58

Capítulo 3

Tabela 1-	Dados estatísticos sobre acesso aos serviços de odontológicos, segundo experiência de cárie dentária e condição periodontal. Caiuá-SP.2013.	85
Tabela 2-	Pontuação segundo as escalas de mensuração de qualidade de vida. Caiuá-SP.2013.	86
Tabela 3-	Estatística descritiva dos domínios avaliados pelo WHOQOL-Bref e do score total do OIDP, segundo CPO-D. Caiuá-SP.2013.	87
Tabela 4-	Resultados do teste de Mann-Whitney entre qualidade de vida e acesso aos serviços odontológicos. Caiuá-SP.2013.	88

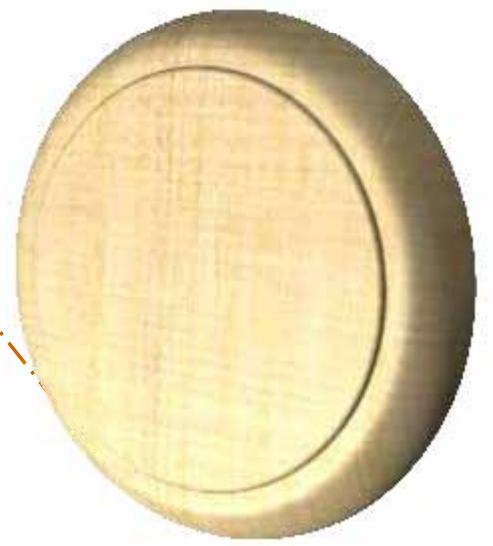


LISTA DE ABREVIATURAS



Lista de Abreviaturas

CPI	Community periodontal index
CPO-D	Índice de dentes cariados, perdidos e obturados
DMF-T	Decayed, missing and filled teeth
GSHS-WHO	Global School-based Student Health Survey
IPC	Índice Periodontal Comunitário
OIDP	Oral Impacts on Daily Performances Index
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
WHO	World Health Organization
WHOQOL-Bref	World Health Organization Quality of Life – briefed instrument



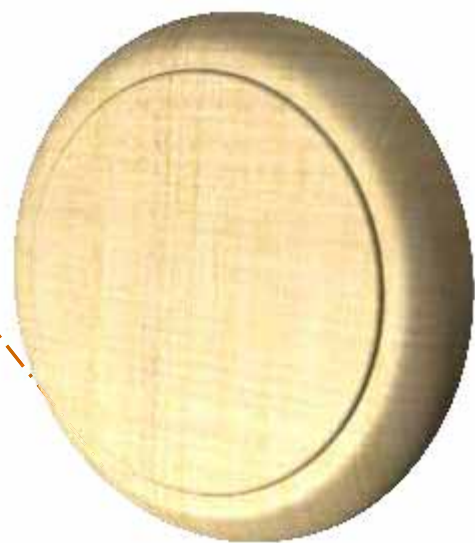
SUMÁRIO

Sumário

1	Introdução geral	22
2	Capítulo 1 - Iniquidade no acesso aos serviços odontológicos entre jovens brasileiros excluídos socialmente (revisão temática)	27
2.1	Resumo	28
2.2	Introdução	31
2.3	Métodos	32
2.4	Condição de saúde bucal entre adolescentes	32
2.5	Considerações finais	39
2.6	Referências	40
3	Capítulo 2 - Estilo de vida e saúde bucal: a influência da obesidade e higiene na periodontite e cárie	45
3.1	Resumo	46
3.2	Introdução	48
3.3	Metodologia	49
3.4	Resultados	50
3.5	Discussão	52
3.6	Referências	59
4	Capítulo 3 - Saúde bucal e qualidade de vida: um estudo epidemiológico com adolescentes de assentamento no Pontal do Paranapanema-SP	63
4.1	Resumo	64
4.2	Introdução	66
4.3	Métodos	67
4.4	Resultados	71
4.5	Discussão	73
4.6	Referências	81
5	Conclusão geral	89
6	Referências	91



INTRODUÇÃO GERAL



1 Introdução geral¹

O acesso aos serviços de saúde tem sido amplamente investigado por todo o mundo, pois a iniquidade, especialmente nos países em desenvolvimento, pode gerar perdas e danos irreparáveis, e prejuízo na qualidade de vida dos indivíduos (FISHER et al., 2010).

Quando se trata de populações socialmente excluídas, como as que habitam as áreas rurais e remotas, as dificuldades no acesso são evidentes, haja vista a escassez de unidades de saúde instaladas na zona rural, a falta de infraestrutura nos locais de promoção de saúde e a desmotivação dos profissionais para trabalharem em áreas distantes, agravada pela falta de afinidade e comprometimento com o serviço público (FRIEDEN; HENNINH, 2009).

A iniquidade de acesso aos serviços de saúde persiste em muitos países, independente do perfil de cada sistema, cujos gestores tentam contê-la com a implantação de novas políticas públicas, buscando expandir a cobertura populacional e o acesso. No entanto, o financiamento para novos projetos, a falta de legislação específica sobre acessibilidade e o longo tempo previsto para implantação de novas estratégias tornam-se as principais barreiras para os gestores (DIEZ et al., 2014).

Diante da disparidade no acesso, é grande o desafio de se manter bons hábitos e estilo de vida na intenção de prevenir o agravamento da condição de saúde bucal, destacando principalmente os hábitos alimentares. A juventude, de modo geral, tem se mostrado com o mesmo comportamento alimentar por todo o mundo, ainda que seja proveniente de culturas e países diversos, pois já aderiu à inclusão de refrigerantes, suco de frutas, café e leite com adição de açúcar na dieta diária (FELDENS et al., 2013; GUIDO et al., 2011).

Programas educacionais na escola e com a família podem alcançar a aceitação do consumo de alimentos mais saudáveis e regrados (FORNERIS et al., 2010; SACARDINA; MESSINA, 2012) e prevenir, paralelamente, a obesidade, outra condição crescente entre jovens moradores da zona rural (FRISBEE et al., 2010) e a ocorrência da cárie dentária, pois o consumo de uma dieta cariogênica tem sido inversamente proporcional à procura por atendimento odontológico (FREDDO et al., 2008; HARADA et al., 2005).

A educação em saúde tem que começar desde a infância, pois o conceito de saúde, a importância da manutenção da mesma para a saúde geral e os hábitos preventivos tendem a se estenderem à vida adulta, o que significa que jovens sem informação têm grandes chances de se tornarem adultos desdentados, com baixo níveis de qualidade de vida (COOLIDGE et al. 2011), principalmente as populações rurais (SALIBA et al., 2010).

¹ Lista de Referências – Anexo A

As condições de saúde bucal da população rural têm sido mais precárias do que as condições encontradas na população urbana ao longo dos anos, principalmente pela demora no atendimento, dificuldade de acesso aos serviços de saúde e, ainda, pelas diferenças socioeconômicas que implicam a baixa escolaridade, baixo poder aquisitivo e, também, pelas diferenças de estilo de vida e hábitos nocivos, como o tabagismo e o alcoolismo (ACHARYA et al., 2011; AHN et al., 2011; KUMAR et al., 2014).

Os ambientes familiares, cujos hábitos incluem o consumo deliberado de bebidas alcoólicas, estimulam os mesmos costumes nos filhos que convivem nestes ambientes, aderindo a ele, desde o início da adolescência (SOUZA et al., 2005). Os hábitos de higiene bucal por consumidores de bebidas alcoólicas são insatisfatórios e, por isso, resultam em halitose e alterações gengivais (PHAM et al., 2012, VETTORE et al., 2012).

Da mesma forma inicia-se o tabagismo, que também é um fator contribuinte para o agravamento da periodontite e danos sociais; o consumo frequente de cigarros pode elevar em quase três vezes as chances de um indivíduo desenvolver problemas periodontais (DEMIRER et al., 2012; PHAM et al., 2012).

Os hábitos e estilo de vida influenciam a condição de saúde bucal ao passo que a perda dentária é alta, principalmente pela cárie dentária. Quanto maior a prevalência e severidade da cárie dentária em adolescentes, menor o grau de escolaridade da mãe e menor o número de consultas ao cirurgião-dentista (TRAEBERT et al., 2011). Apesar de a condição bucal ser precária ao exame clínico, a percepção dos adolescentes rurais permanece positiva (ACHARYA et al., 2011; AHN et al., 2011), sugerindo uma cultura deficitária de valorização da saúde bucal e cuidados preventivos.

O índice CPO-D (dentes cariados, perdidos e obturados) é em torno de três entre adolescentes brasileiros de 11 a 14 anos e quase seis entre jovens de 15 a 19 anos de idade, moradores da zona rural (SALIBA et al., 2010). Quando o uso do fio dental não é uma prática habitual, existe maior probabilidade de ocorrência de gengivite e periodontite, comprometendo a fixação dos dentes nos maxilares (DARBY et al., 2012).

A falta de cuidados às populações com esta condição dentária tende a resultar em uma população com adultos jovens edêntulos, e as respectivas perdas e danos à saúde geral (SALIBA et al., 2010) e na qualidade de vida (MONTERO et al., 2010), envolvendo especialmente a limitação de função, dor física e desconforto psicológico (PAPAIOANNOU et al., 2011).

Apesar da implantação da Política Nacional de Atenção Básica e da ampliação da cobertura de saúde bucal para habitantes da zona rural (BRASIL, 2010; BRASIL, 2004), os indicadores de proporção de exodontias em relação aos procedimentos individuais e cobertura de procedimentos coletivos na população de até 14 anos de idade nesta população ainda é deficiente (FISCHER et al., 2010).

No decreto de 25 de fevereiro de 2008, o governo brasileiro instituiu o Programa Territórios da Cidadania, o qual está voltado para ações que visam à melhoria das condições de vida, de acesso a bens e serviços públicos e a oportunidades de inclusão social e econômicas às populações do interior do país, e tem como objetivos promover e acelerar a superação da pobreza e das desigualdades sociais no meio rural, inclusive as de gênero, raça e etnia, contemplando ampliação da participação social nas políticas públicas de desenvolvimento dos territórios, ampliação da oferta dos programas básicos de cidadania, entre outros. Participam deste programa as áreas de menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), com maior concentração de beneficiário de programas do governo de apoio financeiro, de maior concentração de agricultores familiares e assentados da reforma agrária, entre outras condições (BRASIL, 2008).

Segundo o relatório do Ministério do Desenvolvimento Agrário, de janeiro a dezembro de 2010 foi investido mais de 900 milhões de reais para ampliação do acesso da população dos territórios à atenção básica por meio da Estratégia de Saúde da Família, sendo que um pouco mais de 9 milhões de reais foram investidos somente no Pontal do Paranapanema (BRASIL, 2010). Desde 2008, o Pontal está incluído do Programa Territórios da Cidadania (BRASIL, 2009).

A região do Pontal do Paranapanema está localizada no extremo oeste do Estado de São Paulo, na região Sudeste do Brasil, em uma posição estratégica pela sua proximidade com os Estados de Mato Grosso do Sul e Paraná, sendo considerada uma das três regiões mais pobres do Estado. É um local de bastantes conflitos sociais relativos à concentração de terras, envolvendo disputas entre movimentos populares como, por exemplo, o MST (Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem-Terra) e os latifundiários (BRASIL, 2010).

O Território Pontal do Paranapanema - SP abrange uma área de 18.441,60 km², possui 583.766 habitantes, dos quais 59.911 (10,26%) vivem na área rural. A área contém 12.349 agricultores familiares, 5.853 famílias assentadas e seu último índice de desenvolvimento humano (IDH) médio foi 0,80 (BRASIL, 2010). A área compreende 32 municípios, dentre eles, Caiuá-SP, cuja população total é de 5.039 habitantes, sendo 3.110 (61,72%) pertencentes

à zona rural. Dentre os rurais, 544 (17,49%) são adolescentes, com idades entre 10 e 19 anos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

As famílias que residem nos assentamentos, geralmente, são formadas por agropecuaristas, cuja produção é para o autossustento e comércio em cooperativas formadas pelos assentados residentes nos arredores e que, portanto, migram para a cidade em busca de empregos temporários para complementar a renda (CARNEIRO et al., 2008). Para eles, é essencial a garantia de acesso aos serviços públicos de saúde e o transporte para os centros de atendimento, visto que estas são necessidades ainda não sanadas (CARNEIRO et al., 2008).

Por estas razões, objetivou-se avaliar os hábitos alimentares e de higiene, o comportamento, consumo de álcool e tabaco, Índice de Massa Corpórea (IMC), condição de saúde bucal, necessidades de tratamento odontológico e o impacto da saúde bucal na qualidade de vida de adolescentes de assentamento rural no município de Caiuá-SP, no Ponta do Paranapanema, frente à iniquidade de acesso aos serviços odontológicos.



CAPÍTULO 1

Revisão temática enviada para a Revista de Salud Publica (Colômbia)

Formatado segundo normas da revista

2 Capítulo 1

Iniquidade no acesso aos serviços odontológicos entre jovens brasileiros excluídos socialmente

2.1.1 Resumo

Nesta pesquisa bibliográfica, objetivou-se analisar o acesso aos serviços odontológicos entre adolescentes brasileiros excluídos socialmente. Scielo e Pubmed foram as bases de dados consultadas, usando os descritores relacionados à saúde bucal, acesso aos serviços odontológicos, populações rurais, indígenas, quilombolas e ribeirinhas. Dentre 125 artigos, 51 foram incluídos nesta revisão. Para os jovens de áreas rurais, há dificuldades no trajeto da residência à unidade de saúde, onde se encontra falta de água e/ou energia e carência de recursos humanos capacitados; o CPO-D médio piora de 3 para 6 durante a juventude. Entre os ribeirinhas, a longa distância da moradia à unidade de saúde é a principal barreira. O CPO-D aumenta de 2,6 para 5,4 ao longo da adolescência. Na população indígena, o CPO-D médio é 3, predominando os elementos não tratados e perdidos. Para os quilombolas, racismo, a demora no atendimento e consultas agendadas são as maiores barreiras de acesso. Menos de 50% estão cobertos pelo sistema. Conclui-se que existe iniquidade de acesso aos serviços odontológicos entre adolescentes socialmente excluídos. O trajeto da moradia à unidade de saúde, dificuldade de agendamento de consulta, carência de infraestrutura nas unidades de saúde e de recursos humanos são as principais barreiras.

Palavras-chave: saúde bucal; acesso aos serviços de saúde; equidade no acesso; adolescente; populações vulneráveis

Inequality in dental services accessibility among socially excluded Brazilian adolescents

2.1.2 Abstract

The aim of this review was to analyze the access to dental services among Brazilian adolescents socially excluded. Scielo and Pubmed were the consulted bases, using descriptors related to oral health, oral services accessibility, rural populations, natives, black people and riverine. Among 125 manuscripts, 51 were included in this work. For rural adolescents, there are difficulties on the route between homes and health unities, where occurs lack of water and/or electricity and incapable human resource; DMFT average become worst from 3 to 6 over the adolescence. Among the riverine, the long distance from homes to health unities is the main barrier. DMFT increases from 2.6 to 5.4 over the adolescence. In native population, the DMFT average is 3, majority by no-treated and missing teeth. For the black people, racism and delay on attendance and consults schedule are the main barriers. Fewer than 50% of them are covered by the health system. It was concluded that there is inequality in dental services accessibility among socially excluded adolescents. The route from homes to health unities, difficulties to schedule the consults, lack of infra-structure of health centers and poor human resources are the main barriers.

Keywords: Oral health; health services accessibility; equity in access; adolescent; vulnerable populations.

Iniquidad en el acceso a los servicios odontológicos entre los jóvenes brasileños excluidos socialmente

2.1.3 Resumen

En esta investigación bibliográfica se objetivó analizar el acceso a los servicios odontológicos entre adolescentes brasileños excluidos socialmente. Las bases de datos consultadas fueron Scielo y Pubmed, usando los descriptores relacionados a la salud bucal, acceso a los servicios odontológicos, poblaciones rurales, indígenas, quilombolas y riberinas. Entre 125 artículos, 51 fueron incluidos en esta revisión. Para los jóvenes de áreas rurales, hay dificultades en el trayecto del domicilio a la unidad de salud, en la cual se encuentra falta de agua y/o energía y falta de recursos humanos capacitados; el CPO-D promedio aumenta de 3 a 6 durante la juventud. Entre los ribereños, la larga distancia desde el domicilio a la unidad de salud es la principal barrera. El CPO-D aumenta de 2,6 para 5,4 durante la adolescencia. En la población indígena el CPO-D promedio es 3, predominando los elementos no tratados y perdidos. Para las quilombolas, el racismo, la demora en la atención y consultas programadas son las principales barreras de acceso. Menos del 50% están cubiertos por el sistema. Así, se concluye que existe iniquidad en el acceso a los servicios odontológicos entre adolescentes excluidos socialmente. El trayecto del domicilio a la unidad de salud, dificultad de programación de la consulta, falta de infraestructura en los establecimientos de salud y de los recursos humanos son las principales barreras.

Palabras-clave: salud bucal; acceso a los servicios de salud; equidad en el acceso; adolescente; poblaciones vulnerables.

2.2 Introdução

O acesso aos serviços de saúde por adolescentes tem sido crescentemente explorado pelos pesquisadores da saúde pública e saúde coletiva nos últimos anos, a fim de monitorar e elaborar projetos de prevenção, promoção e recuperação da saúde desta população (1,2). Estas pesquisas servem de evidências científicas que se tornam a base para elaboração das políticas públicas de saúde (3,4).

Apesar da diversidade de trabalhos científicos que tratam do acesso aos serviços de saúde (5), poucos estudos focam no serviço odontológico. São escassas as pesquisas longitudinais sobre a condição de saúde bucal de jovens (6), especialmente os moradores da zona rural. Trabalhos nesta área podem sustentar estratégias e programas preventivos, evitando, assim, a progressão da cárie dentária e a formação de uma população adulta desdentada (7).

Nas populações socialmente excluídas, como indígenas, afrodescendentes, ribeirinhas e rurais, o acesso aos serviços de saúde torna-se mais difícil, especialmente o odontológico (2), como consequência a má condição de saúde bucal, dor, sofrimento e grande perda dentária por cárie (1). Por este motivo, é importante a implantação de estratégias que levem os trabalhos preventivos, curativos e educativos às populações mais vulneráveis e marginalizadas no ambiente de convívio destas populações isoladas (8,9).

No Brasil, a participação social na gestão e administração do Sistema Nacional de Saúde (SUS) é direito garantido pela Lei 8.142/90 (10) e divide o poder para uma transformação social (11), a qual as populações socialmente excluídas desconhecem e, por isso, não exercem seus direitos de cidadão. Neste aspecto, as políticas públicas de saúde, elaboradas sem a participação destes indivíduos, que são os personagens que mais conhecem o cenário local relativo à saúde e às necessidades de cuidados, seguem direção contrária à cidadania e contribuem para o aumento das disparidades no acesso (12). As políticas não devem com interesses de partidos políticos ou outros que não sejam a saúde e o bem-estar da população (13).

Exalta-se a importância do acesso universal aos serviços odontológicos, uma vez que casos severos de cárie dentária afeta expressivamente a qualidade de vida do adolescente, pois resultam em

agravamento das afecções bucais e podem ter um desfecho prejudicial na vida do jovem, levando-o inclusive ao absenteísmo escolar (14).

Desta forma, almejou-se com esta revisão de literatura analisar o acesso aos serviços odontológicos por populações adolescentes socialmente excluídas.

2.3 Métodos

Trata-se de uma revisão de literatura temática, na intenção de discutir as pesquisas que são realizadas para avaliar o acesso aos serviços de saúde por populações socialmente excluídas. Foram consultadas as bases de dados PubMed e Scielo, sobre artigos publicados nos últimos dez anos, relacionados ao acesso aos serviços de saúde e odontológicos por adolescentes de comunidades rurais, quilombolas, ribeirinhas e indígenas, utilizando a seguinte expressão: ((Comprehensive Dental Care) OR (Dental Care)) AND ((Rural Population) OR (Community, Rural) OR (Rural Health Services) OR (Indigenous Population) OR (African Continental Ancestry Group)); as mesmas palavras-chave foram digitadas na língua portuguesa e espanhola na base Scielo. A busca foi realizada nos meses de agosto a dezembro de 2014.

Foram incluídos os estudos escritos em inglês, português e espanhol, cujas bases foram disponibilizadas para download, e excluídos aqueles que não se encaixavam no perfil de pesquisa. Foram utilizados 51 artigos nesta revisão.

2.4 Condição de saúde bucal entre adolescentes da zona rural

A avaliação da equidade de acesso deve ser criteriosa ao considerar fatores extrínsecos e intrínsecos ao problema, ou seja, características da população e também do funcionamento do sistema (15). Nos países da América Latina, os governantes buscam a cobertura total populacional dos respectivos sistemas de saúde, tentando controlar a equidade no setor de saúde, considerando as peculiaridades econômicas e sociais de cada país (16), o que requer um trabalho multiprofissional (17).

No Brasil, as estratégias para redução da iniquidade de acesso aos serviços odontológicos têm sido implantadas e se expressam por meio da criação de programas com iniciativas de atendimento

domiciliar ou projetos que envolvam atividades de educação em saúde e prevenção de doenças com crianças e adolescentes, promovidos em ambiente e período escolar, como deveria ocorrer na Estratégia Saúde da Família (18).

Na sustentação desta estratégia ocorrem dificuldades que permeiam o financiamento desajustado, a deficiência na capacitação e qualificação dos recursos humanos, distanciando-a de uma política com redução nas desigualdades sociais (19).

Dados recentes revelaram diminuição na iniquidade no acesso aos serviços de saúde e progresso na ampliação da Atenção Primária no Brasil (5). No final da década de 1990 e início dos anos 2000, a baixa procura pelos serviços odontológicos, principalmente por brasileiros de baixa renda (até 2 salários mínimos), ocorria em função do alto custo do tratamento no serviço privado e da escassez de oferecimento dos mesmos serviços no Sistema Único de Saúde (SUS) (20). Atualmente, a procura pelo atendimento odontológico entre adolescentes de áreas rurais ocorre, principalmente, no serviço público, por causa da sintomatologia dolorosa resultante do agravamento da cárie dentária (21).

As populações rurais apresentam, em média, um índice CPO-D (dentes cariados, perdidos e obturados) de 2,7 entre jovens de 11 a 14 anos e 5,9 entre jovens de 15 a 19 anos de idade (7). Nos levantamentos nacionais de saúde bucal realizados em 2003 e 2010, o CPO-D médio foi de 7,1 e 4,2, respectivamente, entre jovens de 15 a 19 anos (22,23). Considerando que uma das metas da Organização Mundial de Saúde (OMS), prevista para o ano de 2010, era CPO-D<1 aos 12 anos de idade e que para 2020 inclui a redução na iniquidade de acesso aos serviços de saúde e integração dos serviços odontológicos com os serviços de saúde (24), este quadro de más condições de saúde bucal representa o cenário de vulnerabilidade social em saúde desta população, uma vez que o corpo é a expressão dos cuidados em saúde (25).

A perda dentária pode ser considerada como um agravamento da cárie e como mutilação social por ser a solução mais prática para o fim da dor (20), no entanto, há muito que se progredir na prevenção contra esta doença desde o início da dentição decídua, pois os hábitos adquiridos na primeira infância tendem a permanecer até a fase adulta, especialmente quanto à visita frequente ao cirurgião-dentista, escovação dentária diária adequada, o uso do fio dental e a preferência pelos

alimentos naturais ao invés dos cariogênicos (26). Em relação à doença periodontal, a higiene pode prevenir a instalação e progressão de infecções bacterianas que deterioram os tecidos de suporte do dente e, conseqüentemente, previne a perda dentária (27).

Quando as práticas de saúde se iniciam na escola, há muitas chances destes indivíduos seguirem melhor comportamento e maiores cuidados com a própria saúde (28). A promoção de saúde enfoca não somente o fator doença de uma determinada população, mas também considera o nível socioeconômico, cultural e intelectual, o estilo de vida dos indivíduos em questão e as regras que sustentam tal sociedade, de forma que os profissionais de saúde envolvidos possam sedimentar o conhecimento teórico, compreender o cenário de vida e pactuar ações que garantam a saúde e o bem-estar desta comunidade (29).

2.4.1 Acesso aos serviços de saúde por adolescentes da zona rural

As políticas públicas de saúde, como a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), Programa Brasil Sorridente, Estratégia Saúde da Família (ESF) e a criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) são implantadas com o intuito de ampliar a cobertura, expandir o acesso aos serviços odontológicos e garantir manutenção da saúde do indivíduo, cuja qualidade de vida torna-se ameaçada pela má condição de saúde bucal (20).

Apesar de a PNSB garantir atenção aos jovens, ela não trata especificamente de populações rurais ou remotas (30). Os critérios de implantação das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na ESF da zona rural nem sempre conferem com as peculiares da população adscrita, de forma que muitas comunidades rurais/remotas fiquem sem os serviços dos profissionais da área (30). Apesar disso, em torno de 70% da população rural já consultaram um cirurgião-dentista ao menos uma vez na vida, cujo acesso ocorreu nos serviços públicos e privados na zona urbana (31).

É longa a distância entre a moradia e a unidade de saúde; o trajeto muitas vezes fica intransitável pelos alagamentos, queda de pontes e de árvores e os meios de transportes são precários ou quase inexistentes, prejudicando a procura por melhoria da saúde bucal. A falta de água e/ou energia elétrica nas unidades de saúde e a contratação de profissionais sem perfil para trabalhar na ESF (30,32) também são fatores que contribuem para a iniquidade.

Profissionais comprometidos com a prestação de cuidados à comunidade, unidades de saúde na área rural e promotores de saúde que estimulem a cidadania por meio da participação social são carências que colaboram com a instabilidade da estratégia, culminando na insatisfação da comunidade rural com prestação dos serviços de saúde e prejuízos na qualidade de vida desta população (33,34). O incentivo financeiro para profissionais motivados que alcancem as metas propostas pelos governantes pode ser um estímulo de fortalecimento da prestação de serviços de saúde de qualidade e de forma equânime (35).

A maior barreira está na Atenção Primária, na qual os pacientes não conseguem agendar consultas em curto período de tempo; quando é referenciado para a Atenção Secundária, não existe a contrarreferência e, conseqüentemente, não se alcança a resolubilidade (36). Este problema é frequente também em outros países da América Latina, como a Colômbia, mostrando que a população rural merece mais atenção por parte dos governantes, devendo considerar as famílias como população-alvo e educação comunitária de saúde como ferramenta para mudanças de hábitos (37).

2.4.2 Ribeirinhas

Um subtipo de população rural é composto por indivíduos que residem em áreas rurais à beira rio e vivem na dependência dos ganhos que a pesca ou o rio traz para a família (população ribeirinha), diferentemente das comunidades rurais que estão localizadas à beira da estrada, no campo, tendo a agropecuária como fonte de recursos (38).

Muitas famílias brasileiras encontram-se nesta condição e, apesar da maioria deles já terem consultado um cirurgião-dentista ao menos uma vez na vida, as consultas odontológicas parecem ocorrer a cada três anos, majoritariamente no serviço público de saúde, por motivo de dor, resultando em alto índice de dentes perdidos por cárie e número de exodontias realizadas tanto em unidades de saúde itinerante (barco) como no centro de saúde do município/vilarejo, sem qualquer reabilitação protético-odontológica (38).

No início da adolescência, o índice CPO-D é 2,6 ($\pm 3,01$) e por volta de 30% desta população encontra-se livre de cárie (39). No entanto, aos 18 anos, o índice CPO-D passa para 5,4 e o percentual de indivíduos livres de cárie reduz para 19% (39). Ressalta-se que o componente “cariado” é o que

mais colabora (81%) com o índice aos 12 anos, mas ao final da adolescência este mesmo componente representa quase 60% do CPO-D, e os dentes perdidos por cáries aumentam cerca de 20%, ou seja, fica clara a falta de cuidados e um agravamento na condição de saúde bucal dos adolescentes com consequência de perda dos elementos (39).

Considerando que a média brasileira do CPO-D aos 12 anos reduziu de 2,8 em 2003 para 2,1 em 2010 e que no último levantamento nacional de saúde bucal encontrou-se 44% das crianças livres de cárie nesta idade (23), pode-se considerar que apesar da média de experiência de cárie dos adolescentes ribeirinhos estar dentro do padrão nacional, o percentual de indivíduos livres de cárie ainda está aquém, revelando desproporção nos cuidados à saúde bucal, o que sugere a disparidade no acesso.

A longa distância e o percurso a ser percorrido continuam sendo barreiras no acesso aos serviços odontológicos e, conseqüentemente, as famílias que residem em áreas mais remotas demoram mais para ser visitadas pelos profissionais da área e apresentam piores condições de saúde (38).

2.4.3 Indígenas

A etnia tem sido um dos fatores que influenciam na equidade de acesso aos serviços de saúde por todo o mundo. No caso dos indígenas, acredita-se que a iniquidade de acesso ocorra em função do baixo nível socioeconômico e por habitarem áreas remotas, apresentando como consequência, altas taxas de morbidade e mortalidade (40).

Quanto à saúde bucal, a maioria deles apresenta no mínimo três dentes com necessidades de tratamento, predominando os procedimentos que compensem à presença das lesões de cárie, dor, sangramento gengival e cálculo (41). Observa-se que no início da adolescência as necessidades de tratamento restringem-se às restaurações, enquanto que ao final desta fase as extrações são as necessidades mais prevalentes (42). Este cenário formado por indivíduos com dentes cariados e não tratados retrata a oferta limitada de serviços odontológicos, sendo ofertado apenas em algumas das aldeias existentes, não sendo, portanto, um acesso universal (43).

Trata-se de comunidades com dificuldades de acesso aos serviços odontológicos, baixo percentual de adolescentes livres de cárie e maior índice CPO-D em comparação aos adolescentes rurais não indígenas (44).

O número elevado de lesões de cárie extensas que comprometem várias faces dos elementos dentários piora o prognóstico odontológico (43). A predominância dos componentes cariados e perdidos reflete a carência de cuidados preventivos e de recuperação da saúde bucal (43), quadro este que se agrava em função das mudanças de hábitos, principalmente no que tange à alimentação, pois o açúcar e os produtos industrializados foram inseridos no cardápio de muitas aldeias indígenas atualmente (42).

O agravamento e grande comprometimento dentário pela doença cárie retoma a discussão sobre a perda dentária e, conseqüentemente, perda da função mastigatória, fonética e estética, prejudicando a qualidade de vida do indivíduo (42).

Sociedades que apresentam desigualdades socioeconômicas ou má distribuição de renda, e diferentes etnias tendem a apresentar um quadro crítico de iniquidade de acesso aos serviços de saúde, especialmente as populações que habitam áreas rurais (45). Por outro lado, sistemas de saúde que apresentam a equidade de forma ativa e concreta em seu funcionamento possuem desfechos positivos na condição de saúde da população (46).

Ressalta-se também a implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas no Brasil, criada com a promulgação da Lei n.9.836 de 23 de setembro de 1999, a qual *“dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena”* (47). Dentre as diretrizes desta política brasileira, destaca-se a formação de recursos humanos, a promoção de ações específicas em situações especiais e a organização dos serviços de saúde prestados aos povos indígenas na forma de Distritos Sanitários Especiais e Polos-Base, instalados em território indígena, nos quais deveriam funcionar serviços dos níveis primário e secundário (47).

Como cada aldeia tem sua realidade, é importante considerar os determinantes locais e a miscigenação racial para entender o processo saúde-doença dos índios e, então, ter subsídios para planejar estratégias de grande alcance e eficácia (43).

Com o respaldo legal da política nacional, criada em função da promoção e proteção da saúde dos povos indígenas no Brasil, é possível elaborar projetos e campanhas de alta exequibilidade, sem desprezar a condição sociocultural das diferentes tribos e promover, acima de tudo, a ética nas ações de atenção à saúde a esta população. Os possíveis desfechos seriam a ampliação do acesso aos serviços odontológicos, melhores condições de saúde bucal, menores índices de experiência de cárie e melhor qualidade de vida aos indígenas.

2.4.4 Quilombolas

Populações com indivíduos de pele negra, geralmente descendentes de escravos, que vivem em comunidade isolada, mantendo seus costumes, tradições e crenças, são denominadas quilombolas no Brasil (48). Esta população socialmente excluída encontra dificuldades de acesso aos serviços de saúde, especialmente o odontológico (48); é composta, em sua maioria, por indivíduos do sexo feminino, com baixíssimo nível de escolaridade (média de 3 anos de estudo) e baixa renda familiar per capita (menos de R\$200,00) (49).

Apesar da expansão da Estratégia Saúde da Família para comunidades remotas, a cobertura ainda não chega a 50% da população quilombola (49), mesmo diante de dados que apontam a dor como principal motivo da consulta, e o sistema público de saúde como prestador de serviço mais procurado (48).

Os serviços de saúde oferecidos aos quilombolas pelo sistema público estão sendo subutilizados por eles, muito provavelmente em função da discriminação racial dos profissionais de saúde, pois o acolhimento é deficiente e nota-se a demora no atendimento e no agendamento de consultas nas unidades de saúde (49). O acolhimento tem se desenvolvido aos poucos no SUS, estreitando a relação entre profissionais e pacientes (50). No entanto, ainda há muito que se progredir na capacitação de recursos humanos que o cumpra adequada e espontaneamente (50). A desigualdade

social e étnica merece destaque, uma vez que pode causar depressão nos adolescentes e levá-los à delinquência e violência na busca pela justiça (51).

É nítida a necessidade de capacitação dos recursos humanos e de trabalhos com educação em saúde focados na prevenção, pois o maior motivo da procura pelos serviços de saúde entre quilombolas é a dor e as doenças (50), ou seja, eles aguardam o agravamento do estado de saúde (bucal ou geral) para buscar os respectivos cuidados, enquanto que os cuidados preventivos e educativos são menos onerosos e mais eficazes.

2.5 Considerações finais

A iniquidade de acesso aos serviços públicos odontológicos por populações adolescentes rurais, indígenas, quilombolas e ribeirinhas ainda é realidade no Brasil, o que resulta em grande perda dentária, alto índice de cárie e baixa procura pelo serviço odontológico. As principais barreiras de acesso parecem se concentrar no transporte e vias de acesso inadequadas e irregulares e na Atenção Primária, seja pela dificuldade de agendamento de consulta, pela falta de recursos humanos ou, ainda, por ausência de infraestrutura das unidades de atendimento.

2.6 Referências

1. Geus JL, Luca CMB, Baldani MH, Czulniak GD. Caries prevalence and self-perception of oral health condition among children of urban and rural schools of Ponta Grossa, PR, Brazil. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2013; 13(1):111-117.
2. Pinto AD, Manson H, Pauly B, Thanos J, Parks A, Cox A. Equity in public health standards: a qualitative document analysis of policies from two Canadian provinces. *Int J Equity Health* 2012; 11:28.
3. Cediel-Becerra NM, Krause G. Herramientas para la toma de decisiones en salud pública basadas en la evidencia y priorización de enfermedades. *Rev Salud Publica*. 2013; 15(5):694-706.
4. Patiño D, Lavis JN, Moat K. Rol de la evidencia científica en las decisiones políticas relacionadas con los sistemas de salud. *Rev Salud Publica* 2013; 15(5):684-693.
5. Assis MMA, Jesus WLA. Access to health services: approaches, concepts, policies and analysis model. *Cienc Saude Coletiva*. 2012; 17(11):2865-2876.
6. Martínez-Pabón MC, Morales-Uchima SM, Martínez-Delgado CM. Dental caries in young adults regarding saliva's microbiological and physical – chemical characteristics. *Rev Salud Publica*. 2013; 15(6):867-877.
7. Saliba NA, Moimaz SAS, Saliba O, Tiano AV. Dental loss in a rural population and the goals established for the World Health Organization. *Cienc Saude Coletiva*. 2010;15(Supl.1): 1857-1864.
8. Díaz-Cárdenas, Arrieta-Vergara K, Ramos-Martinez K. AIEPI y prácticas maternas frente a la diarrea y resfriado común em afrodescendientes del caribe colombiano. *Rev Salud Publica*. 2013; 15(4):555-564.
9. Puerto-Guerrero AH. Motivar el cambio a partir de la educación para la salud. *Rev Salud Publica*. 2012; 14(2): 129-141.
10. Brasil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial União*. 1990 dez 31, seção 1, p.25694.

11. Morales-Borrero C, Borde E, Eslava-Castañeda, Concha-Sanchez SC. ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. *Rev Salud Publica*. 2013; 15(6):797-808.
12. Ruiz ENF, Gerhardt TE. Public policies in rural areas: visibility and social participation as perspectives of supportive citizenship and health. *Physis*. 2012; 22(3):1191-1209.
13. Roth-Deubel NA, Molina-Marin G. Rectoria y gobernanza en salud pública en el contexto del sistema de salud colombiano, 2012-2013. *Rev Salud Publica*. 2013; 15(1):44-55.
14. Krisdapong S, Preasertsom P, Rattananangsim K, Sheiham A. School absence due to toothache associated with sociodemographic factors, dental caries status, and oral health-related quality of life in 12- and 15-year-old Thai children. *J Public Health Dent*. 2013; 73(4):321-328.
15. Acosta N, Pollard J, Mosquera P, Reveiz L. Equidad en el desarrollo de guías de práctica clínica. *Rev Salud Publica*. 2011; 13(2):327-338.
16. García-Ramírez JA, Vélez-Álvarez C. América Latina frente a los determinantes sociales de la salud: Políticas públicas implementadas. *Rev Salud Publica*. 2013; 15(5):731-742.
17. Hernández-Girón C, Orozco- Núñez E, Arredondo-López A. Modelos conceptuales y paradigmas en salud pública. *Rev Salud Publica*. 2012; 14(2):315-324.
18. Bailit H, D'Adamo J. State case studies: improving access to dental care for the underserved. *J Public Health Dent*. 2012; 72(3):221-254.
19. Souza MF, Merchán-Hamann E. Family Health in Brazil: a strategy to overcome inequality in health? *Physis*. 2009; 19(3):711-729.
20. Costa SM, Abre MH, Vasconcelos M, Lima RC, Verdi M, Ferreira EF. Inequalities in the distribution of dental caries in Brazil: a bioethical approach. *Cienc Saude Coletiva*. 2013; 18(2):461-470.
21. Barbato PR, Peres MA. Tooth loss and associated factors in adolescent: a Brazilian population-based oral health survey. *Rev Saude Publica*. 2009; 43(1):13-25.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2002-2003: condições de saúde bucal da população brasileira. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de

Saúde Bucal: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

24. Hobdell M, Petersen PE, Clarkson J, Johnson N. Global goals for oral health 2020. *Inter Dent J*. 2003; 53(5):285-288.

25. Ortega-Bolaños JA, Bula-Escobar JI. El cuerpo como escenario de vulnerabilidad social en salud. *Rev Salud Publica*. 2012; 14(6):131-140.

26. Alm A, Wendt LK, Koch G, Birkhed D, Nilsson M. Caries in adolescence: influence from early childhood. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2012; 40(2):125-133.

27. Pulido-Rozo M, Gonzalez-Martinez F, Rivas-Muñoz F. Enfermedad periodontal e indicadores de higiene bucal en estudiantes de secundaria Cartagena, Colombia. *Rev Salud Publica*. 2011; 13(5):844-852.

28. Campos AC, Robledo-Martínez R, Arango-Soler JM, Agudelo-Calderón CA. Evaluación de la política pública de escuela saludable en Colombia: fase de formulación (1999-2006). *Rev Salud Publica*. 2012; 14(5):744-754.

29. Dias S, Gama A. Promoción da saúde: evolução de um paradigma e desafios contemporâneos. *Rev Salud Publica*. 2014; 16(2): 307-317.

30. Cavalcanti RP, Gaspar GS, Goes PSA. Use and access to oral health services of SUS: a comparison between rural and urban populations. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2012; 12(1):121-126.

31. Menezes VA, Lorena RPF, Rocha LCB, Leite AF, Ferreira JMS, Granville-Garcia AF. Oral hygiene practices, dental service use and oral health self-perception of schoolchildren from a rural zone in the Brazilian Northeast region. *Rev Odonto Ciênc*. 2010; 26(1):25-31.

32. Frieden TR, Hennis KJ. Public health requirements for rapid progress in global health. *Glob Public Health*. 2009; 4(4):323-337.

33. Uchoa AC, Souza EL, Spinelli AFS, Medeiros RG, Peixoto DCS, Silva RAR et al. Evaluation of user's satisfaction with the Family Health Program in the rural area of two small cities in Rio Grande do Norte State, Brazil. *Physis*. 2011; 21(3):1061-1076.

34. López-Cevallos D, Chi C, Ortega F. Consideraciones para la transformación del sistema de salud del Ecuador desde una perspectiva de equidade. *Rev Salud Publica*. 2014; 16(3):346-359.

35. Gorbanev I, Cortes A, Torres S, Yepes F. Pago por desempeño en el sistema colombiano de salud. *Rev Salud Publica*. 2011; 13(5):727-736.
36. Chaves SCL, Soares FF, Rossi TRA, Cangussu MCT, Figueiredo ACL, Cruz DN, et al. Characteristics of the access and utilization of public dental services in medium-sized cities. *Cienc Saude Coletiva*. 2012; 17(11):3115-3124.
37. Rodríguez-Villamizar LA, Acosta-Ramírez N, Ruiz-Rodríguez M. Evaluación del desempeño de servicios de Atención Primaria en Salud: experiencia en municipios rurales en Santander, Colombia. *Rev Salud Publica*. 2013; 15(2):167-179.
38. Cohen-Carneiro F, Souza-Santos R, Pontes DG, Salino AV, Rebelo MA. Provision and utilization of dental services in Amazonas State, Brazil: a case study in a riverine population in Coari municipality. *Cad Saude Publica*. 2009; 25(8):1827-1838.
39. Silva RHA, Bastos JRM, Mendes HJ, Castro RFM, Camargo LMA. Dental caries, community periodontal index and oral hygiene in a riverside community. *RGO*. 2010; 58(4):457-462.
40. Zhao Y, You J, Wright J, Guthridge SL, Lee AH. Health inequity in the Northern Territory, Australia. *Int J Equity Health*. 2013; 12:79.
41. Dumont AFS, Salla JT, Vilela MB, Morais PC, Lucas SD. Rate of dental treatment needs: the case of the Xakriaba Indians. *Cienc Saude Coletiva*. 2008; 13(3):1017-1022.
42. Carneiro MC, Santos RV, Garnelo L, Rebelo MA, Coimbra Jr CE. Dental caries and need for dental care among the Baniwa Indians, Rio Negro, Amazonas. *Cienc Saude Coletiva*. 2008; 13(6):1895-1992.
43. Arantes R, Santos RV, Frazão P. Between-group differences in dental caries in Xavante Indians from Central Brazil. *Rev Bras Epidemiol*. 2010; 13(2):223-236.
44. Jamieson LM, Arfield JM, Roberts-Thomson KF. The role of location in indigenous and non-indigenous child oral health. *J Public Health Dent*. 2006; 66(2):123-130.
45. Lahana E, Pappa E, Niakas D. Do place of residence and ethnicity affect health services utilization? Evidence from Greece. *Int J Equity Health*. 2011; 10:16.
46. Eslava-Schmalbach J, Sandoval-Vargas G, Mosquera P. Incorporating equity into developing and implementing for evidence-based clinical practice guidelines. *Rev Salud Publica*. 2011; 13(2): 339-

351.

47. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

48. Silva MEA, Rosa PCF, Neves ACC, Rode SM. Prosthetics needs of the Quilombola Population of Santo Antonio Guaporé, Rondônia-Brasil. *Braz Dent Sci.* 2011; 14:(1-2):62-66.

49. Gomes KO, Reis EA, Guimaraes MD, Cherchiglia ML. Use of health services by quilombo communities in southwest Bahia State, Brazil. *Cad Saude Publica.* 2013; 29(9):1829-1842.

50. Santos IMV, Santos AM. Acolhimento no Programa Saúde da Família: revisão das abordagens em periódicos brasileiros. *Rev Salud Publica.* 2011; 13(4):703-716.

51. Souza EM, Silva-Abrão FP, Oliveira-Almeida J. Desigualdade social, delinquência e depressão: um estudo com adolescentes em conflito com a lei. *Rev Salud Publica.* 2011; 13(1):13-26.



CAPÍTULO 2

Artigo enviado para o periódico Cadernos de Saúde Pública

Formatado segundo normas da revista

3 Capítulo 2

Estilo de vida e saúde bucal: a influência da obesidade e higiene na periodontite e cárie

3.1.1 Resumo

Objetivo: verificar o comportamento, hábitos e condição de saúde bucal de adolescentes brasileiros de assentamento rural frente à iniquidade de acesso aos serviços odontológicos. Métodos: neste estudo epidemiológico e transversal, foram entrevistados e examinados 179 adolescentes empregando o instrumento Global School-based Student Health Survey para avaliar acesso aos serviços odontológicos, hábitos alimentares e de higiene, índice de massa corpórea (IMC), com foco no CPO-D (dentes cariados, perdidos e oburados) e IPC (índice periodontal comunitário). Resultados: 53,3% dos entrevistados consultaram um cirurgião-dentista no último ano. Houve associação entre dor e alta prevalência de cárie ($p=0,0011$). A ingestão de comidas calóricas e escovação dentária realizada uma vez/dia estiveram associadas ao sangramento gengival ($p=0,0465$; $p=0,0172$, respectivamente), resultando em insatisfação com a saúde bucal ($p=0,0082$). Houve associação entre cárie e falta de escovação ($p=0,0001$), causando dificuldade para mastigar ($p=0,0098$) e vergonha ao sorrir ($p<0,0001$); o sobrepeso apresentou associação com $CPO-D \geq 5$ ($p=0,0435$). O CPO-D médio foi $5,5 (\pm 3,33)$. Conclusões: a iniquidade de acesso aos serviços odontológicos resultou em alto índice de cárie e gengivite. A obesidade e a escovação dentária em baixa frequência aumentaram os riscos destas doenças. Implicações: a dificuldade no acesso culmina no agravamento das afecções dentárias, prejudicando a mastigação e a vida social dos adolescentes, necessitando de aprimoramento dos trabalhos educativos e preventivos.

Descritores: Comportamento do adolescente; dieta cariogênica; saúde bucal; saúde pública; população rural

Life style and oral health: the influence of obesity and hygiene on periodontitis and caries

3.1.2 Abstract

Objective: verify behaviors, habits and oral health of Brazilian adolescents living in a rural settlement front the inequality in dental services accessibility. Methods: in this cross-sectional epidemiological study it were interviewed and examined 179 adolescents applying Global School-based Student Health Survey instrument to evaluate dental services accessibility, diet and hygiene habits, Body Mass Index, focusing on DMFT and CPI. Results: 53.3% of interviewed people consulted a dentist over the last year. There was association between toothache and high prevalence of dental caries ($p=0.0011$). Caloric foods and toothbrushing once a day were associated with gingival bleeding ($p=0.0465$; $p=0.0172$, respectively), resulting on dissatisfying with oral health ($p=0.0082$). There was association between caries and lack of toothbrushing ($p=0.0001$), causing difficulty on chewing ($p=0.0098$) and embarrassment to smile ($p<0.0001$); obesity was associated with $DMFT \geq 5$ ($p=0.0435$). DMFT average was 5.5 (± 3.33). Conclusions: inequity in dental services accessibility resulted on high caries index and gingivitis. Obesity and low frequency of toothbrushing increased the risks of these diseases. Implications: Difficulty on access make dental affections worse, damaging chewing and social life of adolescents, needing for improvement of educative and preventive works.

Keywords: adolescents behavior; cariogenic diet; oral health; public health; rural population

3.2 Introdução

As disparidades sociais no acesso aos serviços de saúde têm ganhado destaque nas pesquisas em saúde pública, almejando a aquisição de subsídios para novas políticas que sustentem a oferta de serviços de forma universal e equânime¹.

Quando se trata de populações socialmente excluídas, como as que habitam as áreas rurais e remotas, as dificuldades no acesso são evidentes, haja vista a escassez de unidades de saúde instaladas na zona rural, a falta de infraestrutura nos locais de promoção de saúde e a desmotivação dos profissionais para trabalhar em áreas distantes, agravada pela falta de afinidade e comprometimento com o serviço público².

No que tange aos cuidados odontológicos, a iniquidade no acesso entre populações rurais podem culminar no agravamento de doenças bucais resultando em perdas e danos irreversíveis e prejuízos na qualidade de vida³.

No Brasil, os moradores de assentamentos rurais são assistidos por médico, cirurgião-dentista e enfermeiros que trabalham nos centros de saúde da própria área rural, pois o governo tem garantido investimentos que sustentam a implantação destes centros, a fim de prevenir hábitos nocivos, comportamentos prejudiciais à saúde e doenças crônicas⁴.

Os assentamentos rurais têm origem na busca pela reforma agrária. Terras improdutivas são invadidas por famílias sem-terra, onde se acampam sem qualquer condição sanitária. Após a concessão e divisão das terras, as famílias passam de acampadas para assentadas, ocorrendo formação de um assentamento rural. Apesar da existência de vários lotes e da distância geográfica entre eles, formam-se os grupos organizados que lutam pelos direitos como cidadãos, especialmente no que tange aos cuidados em saúde bucal⁵.

Dentre os problemas bucais, a cárie e a periodontite se destacam por atingirem predominantemente as populações rurais, gerando prejuízos sociais aos indivíduos. Hábitos e estilo de vida podem interferir na saúde bucal, aumentando as chances de desenvolvimento dessas doenças^{6,7}.

O índice CPO-D (dentes cariados, perdidos e obturados) é em torno de três entre adolescentes brasileiros de 11 a 14 anos e quase seis entre jovens de 15 a 19 anos de idade, moradores da zona rural⁸. Quando o uso do fio dental não é uma prática habitual, existe maior probabilidade de ocorrência de gengivite e periodontite, comprometendo a fixação dos dentes nos maxilares⁷. A falta de cuidados às populações com

esta condição dentária tende a resultar em uma população com adultos jovens edêntulos, e as respectivas perdas e danos à saúde geral⁸.

Diante das disparidades no acesso aos serviços de saúde bucal, observa-se o desafio de seguir dieta não cariogênica, escovação dentária e uso do fio dental diariamente, e distanciamento de hábitos nocivos como consumo de álcool e tabaco, para evitar a aquisição das afecções bucais⁹⁻¹³.

Neste aspecto, o objetivo desta pesquisa foi verificar o comportamento social, os hábitos alimentares e de higiene, o índice de massa corpórea, o consumo de álcool e tabaco, a condição de saúde bucal de adolescentes brasileiros de assentamento rural frente à iniquidade de acesso aos serviços odontológicos.

3.3 Metodologia

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal com inquéritos, de caráter exploratório, descritivo e analítico, no qual todos os adolescentes de um assentamento da zona rural foram convidados a fazer parte da pesquisa. No assentamento existem dois pequenos vilarejos com uma Unidade Saúde da Família em cada um deles, oferecendo atendimento médico, odontológico e de enfermagem. Em um destes vilarejos encontra-se a escola que atende todos os moradores adolescentes rurais do município.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a adolescência compreende a faixa etária entre dez e 19 anos. Como no Brasil o ensino fundamental e médio regular compreende jovens entre 11 e 18 anos, foi realizada a pesquisa na própria escola, na qual estão matriculados 349 adolescentes. Por pertencerem às famílias de baixa renda, recebem auxílio financeiro do governo federal (Bolsa Família) e, para manutenção do mesmo, os jovens não podem faltar à escola, o que facilitou a abordagem com a população de estudo. A coleta de dados foi realizada durante o período de aulas, em local reservado para que não lhes causasse constrangimento e/ou coação. A pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual Paulista – Faculdade de Odontologia de Araçatuba, e os rigores éticos foram seguidos na condução da pesquisa.

Dentre todos os adolescentes entrevistados e examinados, foram incluídos na amostra somente aqueles cujos pais/responsáveis autorizaram a participação na pesquisa, os jovens que concordaram e os que permitiram fazer o exame bucal. Foram excluídos da amostra os alunos que se ausentaram nos dias agendados para exame bucal e/ou entrevistas e não foram encontrados após três tentativas posteriores consecutivas.

Foi utilizado como roteiro das entrevistas o instrumento GSHS-WHO (Global School-based Student Health Survey) desenvolvido em 2003 pela OMS para avaliar os comportamentos de risco à saúde entre adolescentes. Foram exploradas as partes do instrumento original que abordaram hábitos alimentares e IMC (Índice de Massa Corpórea) (33 questões), hábitos de higiene bucal e acesso aos serviços odontológicos (27 questões); o consumo de álcool (24 questões) e tabaco (6 questões)¹⁴.

Para avaliação da condição dentária e periodontal foi realizado exame bucal dos adolescentes por um único pesquisador calibrado, cujo teste Kappa intraexaminador foi de 0,88, obtido em estudo piloto previamente realizado com outros adolescentes pertencentes à área rural do município de Presidente Venceslau, para adequação da metodologia. Os exames seguiram as orientações da OMS (Organização Mundial da Saúde) para estudos epidemiológicos.

Ao exame bucal foi avaliado o índice CPO-D de cárie, o qual mensura o número de dentes cariados, perdidos e obturados e o IPC (Índice Periodontal Comunitário), o qual avalia a condição periodontal/gengival da maxila e mandíbula, segundo sextantes, classificando-os como hígido (IPC=0), presença de sangramento gengival (IPC=1), cálculo dentário (IPC=2), bolsa periodontal entre 4 e 5mm de profundidade (IPC=3) e bolsa periodontal com 6mm ou mais (IPC=4). Quanto à análise estatística, primeiramente foi realizada estatística descritiva para caracterização da amostra; em seguida, foram feitas as análises bivariadas aplicando-se o teste Qui-quadrado ou Teste Exato de Fisher com intervalo de confiança de 95% para ambos, utilizando os softwares BioEstat 5.3 e SPSS 20.0. A análise multivariada de Regressão Logística foi aplicada às variáveis que foram estatisticamente significantes nas análises bivariadas.

3.4 Resultados

Dentre os 349 alunos que estudavam na escola da zona rural, 15,2% mudaram do assentamento para outras áreas/cidades durante a vigência da pesquisa, 4,3% pararam de estudar, 0,6% foram a óbito, 2,3% se recusaram em participar da pesquisa ou não tinham autorização dos pais/responsáveis e 26,4% não responderam a todas as questões da entrevista ou não permitiram exame bucal. A amostra final foi composta por 179 adolescentes.

Quanto ao acesso aos serviços odontológicos, 55,3% consultaram um cirurgião-dentista nos últimos 12 meses, o restante consultou há dois anos ou mais ou mesmo nunca consultaram. Dentre os 177 que já

visitaram um cirurgião-dentista, o principal motivo da última consulta foi a dor resultante de algum problema nos dentes/gengiva (69,5%), seguido por consultas de rotina (16,4%) e continuidade no tratamento odontológico (14,1%).

A tabela 1 apresenta os dados em relação aos hábitos alimentares e de higiene bucal, o comportamento social em relação à própria condição de saúde bucal e o resultado do teste de Mann-Whitney entre as variáveis.

Os hábitos referentes ao consumo de álcool e tabaco estão apresentados na tabela 2. Não houve associação entre consumo de álcool e tabaco com cárie dentária nem com gengivite/periodontite. Dentre os entrevistados, 13,4% estavam acima do peso ideal.

A tabela 3 apresenta a composição do índice CPO-D por idade, gênero e componentes do índice. Dentre todas as necessidades de tratamento, os procedimentos restauradores foram os mais prevalentes (97,3%). Quando questionados sobre a autopercepção da condição dentária, 35,8% a descreveram como “boa”, 58,7% como “regular” e 5,5% como ruim.

O índice IPC variou de 0 a 3 e 68,2% do total não apresentaram alteração periodontal. Analisando a pior condição dentre todos os sextantes examinados, observou-se que 24,6% dos entrevistados apresentavam sangramento gengival (IPC=1), 6,7% cálculo dentário (IPC=2) e 0,5% com bolsa periodontal entre 4 e 5mm de profundidade (IPC=3). Não houve sextante com bolsa periodontal profunda (≥ 6 mm de profundidade). As necessidades de tratamento periodontal se concentraram em ações preventivas com instruções de higiene (19,6%) seguidas por profilaxia (2,7%). Em relação à autopercepção da saúde gengival, 62,6% do total a descreveram como “boa”, 33,0% como regular e 4,4% como ruim.

Nas análises bivariadas, ao ajustar os dados de acordo com mediana do índice CPO-D (mediana = 5), observou-se associação entre alta prevalência de cárie (CPO-D ≥ 5) e as seguintes variáveis: obesidade ($p=0.0435$), motivo de dor na última consulta ($p=0.0011$) e frequência de escovação dentária diária menor do que três vezes ($p=0.0048$).

Quanto à condição periodontal, o sangramento gengival estava associado com a ingestão de comidas calóricas ($p=0.046$), escovação dentária uma única vez ao dia ($p=0.0172$) e insatisfação com a saúde bucal ($p=0.0082$); já o cálculo apresentou associação com a ingestão de doces, balas, chicletes, chocolates ($p=0.0386$) e com o motivo de rotina na última consulta ($p=0.0500$).

No modelo de regressão logística, houve associação apenas entre cálculo dentário e o motivo da última consulta como sendo de rotina ($p=0.0158$).

3.5 Discussão

Nessa pesquisa de saúde bucal de adolescentes moradores de um assentamento rural nota-se que a iniquidade de acesso e os hábitos e comportamentos podem influenciar a condição de saúde bucal.

Considerando que a população de estudo é assistida por duas Unidades Saúde da Família no assentamento rural, e que ainda assim apresenta piores condições de saúde bucal do que a média nacional, cujo CPO-D é 4.2¹⁵, sugere-se a existência de algum problema de acesso aos serviços odontológicos, uma vez que um pouco mais da metade dos entrevistados consultaram frequentemente o cirurgião-dentista e o pelo fato da dor ter sido o principal motivo da consulta.

Há duas maneiras de se interpretar a iniquidade de acesso: primeiro, como um gradiente inversamente proporcional à renda per capita e nível educacional; segundo, como um problema grave entre partes marginalizadas de uma determinada população, caracterizada por falta de recursos, oportunidade, vulnerável e que se contrasta com o resto da população¹⁶. Quando ela persiste, independente de sua forma interpretativa, a tendência é apresentar uma população com má condição de saúde bucal, dor, sofrimento e perda dentária significativa¹⁷.

A iniquidade de acesso aos serviços de saúde persiste em muitos países, independente do perfil de cada sistema, cujos gestores tentam contê-la com a implantação de novas políticas públicas, buscando expandir a cobertura populacional e o acesso¹⁸. Contudo, o financiamento para novos projetos, a falta de legislação específica sobre acessibilidade e o longo tempo previsto para implantação de novas estratégias tornam-se as principais barreiras para os gestores¹⁸.

Diante da disparidade no acesso, é grande o desafio de se manter bons hábitos e estilo de vida na intenção de prevenir o agravamento da condição de saúde bucal, destacando principalmente os hábitos alimentares. A juventude, de modo geral, tem se mostrado com o mesmo comportamento alimentar por todo o mundo, ainda que seja proveniente de culturas e países diversos, pois já aderiu à inclusão de refrigerantes, suco de frutas, café e leite com adição de açúcar na dieta diária^{19,20}.

Ainda que realize higiene bucal, a maioria dos adolescentes é acometida por cárie dentária (97%) pela ação cariogênica do açúcar presente nestes alimentos e a demora na higienização dentária¹⁹. A higiene deficiente entre jovens moradores da zona rural tem impedido o progresso significativo na redução desta doença^{11,21}. Os adolescentes orientados quanto à técnica adequada de escovação tendem a melhorar a higiene bucal e, conseqüentemente, a condição dentária e periodontal²².

A higiene dentária inadequada resulta em acúmulo de biofilme e conseqüente inflamação gengival; quando não corrigida a gengivite progride e acomete o periodonto, que são as estruturas de sustentação dentária no osso alveolar⁷. Quanto maior o nível educacional, menor a probabilidade de se desenvolver periodontite moderada e severa⁷.

O consumo de cerveja também tem aumentado entre jovens moradores da zona rural. Os ambientes familiares, cujos hábitos incluem o consumo deliberado de bebidas alcoólicas, estimulam os mesmos costumes nos filhos que convivem nestes ambientes, aderindo a ele, desde o início da adolescência²³. Ao observar os dados, percebe-se que as famílias dos jovens entrevistados criam seus filhos em ambiente hostil em relação ao consumo de bebida alcoólica, tornando-os mais vulneráveis ao vício e dependência química. Embora a venda de bebidas alcoólicas seja proibida para menores de 18 anos no Brasil, o seu consumo por jovens não seria evitado, uma vez que os próprios familiares não impediriam tal hábito, afinal, pouco mais de 8% relatou que a menoridade não era impedimento na compra destas bebidas.

A população de estudo não tem opções de lazer e, por isso, considera o uso da bebida alcoólica como forma de diversão, cujo hábito é comum para quase todos os membros da família. Em outra vertente, os hábitos de higiene bucal por consumidores de bebidas alcoólicas são insatisfatórios e resultam em halitose e alterações gengivais^{24,25}.

Da mesma forma inicia-se o tabagismo, que também é um fator contribuinte para o agravamento da periodontite e danos sociais; o consumo frequente de cigarros pode elevar em quase três vezes as chances de um indivíduo desenvolver problemas periodontais^{24,26}.

O sobrepeso é outro indicador significativo para doenças crônicas já na adolescência, especialmente no que tange à periodontite²⁷. A associação entre sobrepeso e cárie dentária deve-se à ingestão de dieta cariogênica, rica em açúcar e carboidratos¹², o que explica a associação encontrada entre alto índice de carie (CPO-D \geq 5) e obesidade no presente estudo.

A obesidade deve ser cuidadosamente considerada nos programas preventivos, inclusive na intenção de evitar a cárie dentária, especialmente no que tange às lesões interproximais, devendo incluir vários profissionais de saúde como cirurgiões-dentistas e nutricionistas na equipe²⁸.

O agravamento da doença cárie gera altos índices de perda dentária entre jovens adultos e, conseqüentemente, apresenta a “exodontia” como procedimento mais comum no tratamento odontológico³. Nos países desenvolvidos, as consultas ao cirurgião-dentista são regulares e preventivas, uma vez que se trata de uma doença multifatorial, que depende da presença de bactérias específicas, restos de alimentos, predisposição genética, ph da saliva, entre outros fatores, o que resulta em baixo percentual de procedimentos restauradores e cirúrgicos^{6,11}.

Dentes cariados, dor e trauma dentário são condições que prejudicam a qualidade de vida de jovens, mas podem ser fatores desencadeantes para a busca por tratamento odontológico entre eles, já que no convívio social, a boa aparência é critério de inclusão em alguns grupos de amigos²⁹.

Os dados referentes ao comportamento social do jovem em relação à saúde bucal transcrevem os prejuízos sociais que a falta de cuidados bucais trazem ao indivíduo, culminando em sofrimento e perda dentária por falta de cuidado³⁰. Cabe ressaltar que quase 20% da população estudada relataram evitar sorrir em público devido a aparência dentária, e que praticamente metade dos jovens relatou satisfação com a aparência dos próprios dentes.

Neste ponto, justifica-se a intervenção de profissionais utilizando-se da educação em saúde para orientar a comunidade sobre a importância da higiene bucal e dos riscos resultantes da falta de cuidados com a saúde. Conseqüentemente, esta conduta poderia ser considerada um hábito da população em questão e/ou falta de orientação em saúde bucal. Estes trabalhos com jovens rurais em ambiente escolar são de suma importância para a manutenção da saúde desta população, pois alcançam melhoras nos hábitos de higiene bucal³¹ e mudanças nos hábitos alimentares³², principalmente quando se utiliza de metodologias com demonstração e participação dos adolescentes³³.

Neste contexto, conclui-se que a dificuldade no acesso aos serviços odontológicos culmina no agravamento da cárie e doença periodontal, prejudicando a mastigação e a vida social dos adolescentes. A condição de saúde bucal depende do estilo de vida, principalmente no que tange aos hábitos nocivos (ex: consumo de álcool e tabaco), dos hábitos alimentares e de higiene, costumes e comportamento social dos

jovens, dentre outros aspectos. A obesidade e a escovação dentária em baixa frequência aumentam os riscos de cárie. A ingestão de comidas calóricas e escovação insuficiente resultam em sangramento gengival. A iniquidade persistente no acesso aos serviços odontológicos por populações socialmente excluídas precisa ser combatida por meio de políticas públicas de saúde que alcancem os princípios da equidade e universalidade, haja vista as perdas e danos irreversíveis à saúde, especialmente no que se refere aos adolescentes.

Tabela 1. Hábitos alimentares, de higiene bucal e comportamento social de adolescentes brasileiros de assentamento rural em relação à saúde bucal. Caiuá-SP. 2013.

Hábitos e Comportamentos			CPO-D =0		CPO-D ≥ 1		Mann-Whitney
			n	%	n	%	p-valor
Hábitos alimentares	Café da manha	Sim	8	4.5	113	63.1	0.9978
		Não	4	2.2	54	30.2	
	Suco natural	Sim	5	2.8	55	30.7	0.5396
		Não	7	3.9	112	62.6	
	Doces	Sim	6	3.4	92	51.4	0.7713
		Não	6	3.4	75	41.9	
	Refrigerante	Sim	2	1.1	45	25.1	0.5137
		Não	10	5.6	112	62.6	
	Leite/derivados	Sim	6	3.4	63	35.2	0.1570
		Não	6	3.4	104	58.1	
	Frutas	Sim	3	1.7	69	38.5	0.3659
		Não	9	5.0	98	54.7	
	Legumes e verduras	Sim	2	1.1	73	40.8	0.0766
		Não	10	5.6	94	52.5	
	Fast-foods e lanches	Sim	4	2.2	22	12.3	0.0795
		Não	8	4.5	143	79.9	
Comidas calóricas	Sim	0	0.0	4	2.2	1.0000	
	Não	12	6.7	163	91.1		
Chá/café adoçado	Sim	7	3.9	100	55.9	0.9998	
	Não	5	2.8	67	37.4		
Hábitos de higiene	Palito de dentes	Sim	2	1.1	32	17.9	1.0000
		Não	10	5.6	135	75.4	
	Escovação dentária diária	Sim	8	4.5	166	92.7	0.0001*
		Não	4	2.2	1	0.6	
Uso do fio dental	Sim	2	1.1	48	26.8	0.5138	
	Não	10	5.6	118	65.9		
Comportamento social	Satisfação com aparência dentária	Sim	4	2.2	96	53.6	0.0812
		Não	9	5.0	70	39.1	
	Dificuldade para mastigar	Sim	5	2.8	18	10.1	0.0098*
		Não	7	3.9	149	83.2	
	Evitar sorrir	Sim	6	3.4	29	16.2	<0.0001*
		Não	6	3.4	138	77.1	
Ser motivo de piadas	Sim	0	0.0	10	5.6	0.6276	
	Não	12	6.7	157	87.7		

*Associação estatisticamente significativa

Tabela 2. Consumo de bebida alcoólica e tabagismo em adolescentes de assentamento rural.

		Hábitos nocivos à saúde	n	%
Consumo de bebida alcoólica		Você consome bebida alcoólica?		
		Sim	58	32.4
		Não	121	67.6
		Qual (is) de seu(s) responsável (is) consome bebida alcoólica?		
		Nenhum	77	43.0
		Meu pai ou outro homem responsável por mim	59	33.0
		Minha mãe ou outra mulher responsável por mim	13	7.2
		Ambos	30	16.8
		Onde você estava quando consumiu bebida alcoólica da última vez?		
		Eu nunca consumi bebida alcoólica	121	67.6
		Em casa	16	8.9
		Na casa de alguém	9	5.0
		Na rua ou qualquer outra área aberta	13	7.3
		Em um barzinho, boteco ou balada	15	8.4
	No restaurante	5	2.8	
	Você pode beber em casa?			
	Eu não consumo bebida alcoólica	121	67.6	
	Sim	17	9.5	
	Não	41	22.9	
	Durante os últimos 30 dias, alguém se recusou em vender bebida alcoólica para você?			
	Eu não tentei comprar bebida alcoólica nos últimos 30 dias	159	88.8	
	Sim, alguém se recusou por causa da minha idade	5	2.8	
	Não, minha idade não foi um impedimento	15	8.4	
Tabagismo		Você fuma?		
		Sim	7	3.9
		Não	172	96.1
		Quantos cigarros você fuma por dia?		
		Eu nunca fumei	172	96.2
		Até 10 cigarros	5	2.8
		Mais de 10 cigarros	2	1.0
		Em algum momento dos últimos 12 meses você pensou que fumaria um cigarro?		
		Com certeza não	160	8.9
		Provavelmente não	1	0.5
		Provavelmente sim	4	2.2
		Com certeza sim	14	7.8
		Quantas pessoas, entre as que moram com você, fumam?		
	Nenhuma	88	49.2	
	1 ou 2 pessoas	82	45.8	
	3 ou mais	9	5.0	
	Como você consegue os cigarros para fumar?			
	Eu não fumo	172	96.1	
	Pego de alguém da minha família	2	1.0	
	Eu mesmo compro meus cigarros	5	2.9	
	Total	179	100.0	

Tabela 3. Composição do índice CPO-D, segundo faixa etária e gênero dos adolescentes de assentamento rural. Caiuá-SP, 2013.

Faixa Etária	Gênero	N	Cariados			Perdidos			Obturados			CPO-D						
			n dentes	%	Média dp	n dentes	%	Média dp	n dentes	%	Média dp	n dentes	%	Média dp				
11 anos	Mas	12	63	44.1	5.3	3.4	0	0.0	0.0	0.0	6	4.2	0.5	1.0	69	48.3	5.8	3.2
	Fem	16	69	48.3	4.3	2.2	0	0.0	0.0	0.0	5	3.5	0.3	0.8	74	51.7	4.6	2.4
	Total	28	132	92.3	4.7	5.6	0	0.0	0.0	0.0	11	7.7	0.8	1.8	143	100.0	5.1	2.8
12 anos	Mas	15	64	41.0	4.2	3.6	0	0.0	0.9	1.3	14	9.0	4.4	2.8	78	50.0	5.2	3.3
	Fem	16	71	45.5	4.4	2.8	0	0.0	0.0	0.0	7	4.5	0.4	0.9	78	50.0	4.9	2.7
	Total	31	135	86.5	8.6	6.4	0	0.0	0.9	1.3	21	13.5	4.8	3.7	156	100.0	5.0	2.9
13 anos	Mas	17	64	37.9	3.8	2.7	0	0.0	0.0	0.0	18	10.7	1.1	1.6	82	48.5	4.8	3.4
	Fem	12	67	39.6	5.6	4.4	0	0.0	0.0	0.0	20	11.8	1.7	2.0	87	51.5	7.3	4.4
	Total	29	131	77.5	9.4	7.1	0	0.0	0.0	0.0	38	22.5	2.8	3.6	169	100.0	5.8	4.0
14 anos	Mas	15	67	38.1	4.5	3.7	2	1.1	0.1	0.4	19	10.8	1.3	1.6	88	50.0	5.9	3.9
	Fem	18	68	38.6	3.8	2.9	1	0.6	0.1	0.2	19	10.8	1.1	2.0	88	50.0	4.9	3.1
	Total	33	135	76.7	8.3	6.6	3	1.7	0.2	0.6	38	21.6	2.4	3.6	176	100.0	5.3	3.4
15 anos	Mas	11	60	78.9	5.5	3.1	0	0.0	0.0	0.0	10	13.2	0.9	1.2	70	92.1	6.4	2.4
	Fem	1	0	0.0	0.0	0.0	1	1.3	1.0	0.0	5	6.6	5.0	0.0	6	7.9	6.0	0.0
	Total	12	60	78.9	5.5	3.1	1	1.3	1.0	0.0	15	19.7	5.9	1.2	76	100.0	6.3	2.4
16 anos	Mas	17	76	58.0	4.5	4.2	2	1.5	0.1	0.3	10	7.6	0.6	1.0	88	67.2	5.2	3.7
	Fem	6	22	16.8	3.7	3.4	0	0.0	0.0	0.0	21	16.0	3.5	2.8	43	32.8	7.2	1.6
	Total	23	98	74.8	8.2	7.6	2	1.5	0.1	0.3	31	23.7	4.1	3.8	131	100.0	5.7	3.4
17 anos	Mas	6	39	50.0	6.5	3.0	0	0.0	0.0	0.0	13	16.7	2.2	1.5	52	66.7	8.7	1.9
	Fem	9	14	17.9	1.6	2.9	1	1.3	0.1	0.3	11	14.1	1.2	1.1	26	33.3	2.9	2.8
	Total	15	53	67.9	8.1	5.9	1	1.3	0.1	0.3	24	30.8	3.4	2.6	78	100.0	5.2	3.8
18 anos	Mas	8	24	40.7	3.0	2.4	1	1.7	0.1	0.4	34	57.6	4.3	4.1	59	100.0	7.4	4.1
	Fem	0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	-
	Total	8	24	40.7	3.0	2.4	1	1.7	0.1	0.4	34	57.6	4.3	4.1	59	100.0	7.4	4.1
Total Populacional		179	768	77.7	4.3	3.3	8	0.8	0.0	0.2	212	21.5	1.2	1.9	988	100.0	5.5	3.3

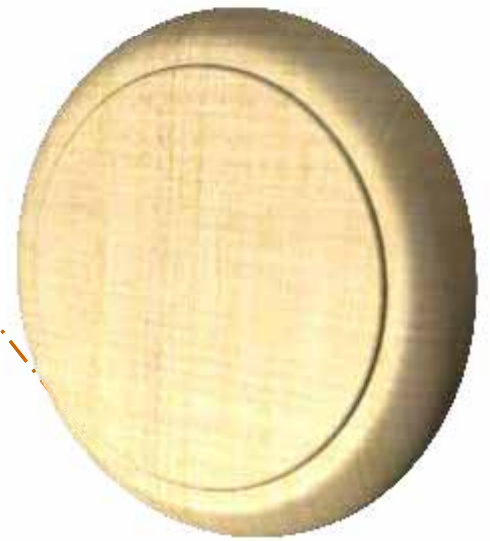
3.7 Referências

1. Krisdapong S, Prasertsom P, Rattananangsim K, Sheiham A. School absence due to toothache associated with sociodemographic factors, dental caries status, and oral health-related quality of life in 12- and 15-year-old Thai children. *J Public Health Dent* 2013;73:321-8.
2. Friedman JW, Mathu-Muju KR. Dental therapists: improving access to oral health care for underserved children. *Am J Public Health* 2014;104:1005-9.
3. Fisher TK, Peres KG, Kupek E, Peres MA. Primary dental care indicators: association with socioeconomic status, dental care, water fluoridation and Family Health Program in Southern Brazil. *Rev Bras Epidemiol* 2010;13:126-38.
4. Costa SM, Abreu MHNG, Vasconcelos M, Lima RCGS, Verdi M, Ferreira EF. Inequalities in the distribution of dental caries in Brazil: a bioethical approach. *Ciênc Saúde Coletiva* 2013;18:461-70.
5. Santos JCB, Hennington EA. Nobody gives orders here: the meaning of work and health for settlers from the Landless Rural Workers' Movement. *Cad Saúde Pública* 2013;29:1595-604.
6. Bianco A, Fortunato L, Nobile CGA, Pavia M. Prevalence and determinants of oral impacts on daily performance: results from a survey among school children in Italy. *Eur J Public Health* 2009;20:595-600.
7. Darby I, Phan L, Post M. Periodontal health of dental clients in a community health setting. *Aust Dent J* 2012;57:486-92.
8. Saliba NA, Moimaz SAS, Saliba O, Tiano AVP. Dental loss in a rural population and the goals established for the World Health Organization. *Ciênc Saúde Coletiva* 2010;15:1857-64.
9. Armfield JM, Spencer AJ, Roberts-Thomson KF, Plastow K. Water fluoridation and the association of sugar-sweetened beverage consumption and dental caries in Australian children. *Am J Public Health* 2013;103:494-500.
10. Doidfe JC, Segal L. New Australian Dietary Guidelines for consumption of dairy products: are they really evidence-based and does anyone meet them? *Aust N Z J Public Health*. 2013;37:593-4.

11. Skinner J, Johnson G, Blinkhorn A, Byum R. Factors associated with dental caries experience and oral health status among New South Wales adolescents. *Aust N Z J Public Health* 2014;38:485-9.
12. Lempert SM, Frogberg K, Christensen LB, Kristensen PL, Heitmann BL. Association between body mass index and caries among children and adolescents. *Community Dent Oral Epidemiol* 2014;42:53-60.
13. Pollard CM, Daly A, Moore M, Binns CW. Public say food regulatory policies to improve health in Western Australia are important: population survey results. *Aust N Z J Public Health* 2013;37:475-82.
14. World Health Organization. Global School-based Student Health Survey (GSHS) http://www.who.int/chp/gshs/GSHS_Questionnaire_Core_Expanded_2009_English.pdf (acessado em 19/mar/2012).
15. Ministry of Health of Brazil. SB Brazil 2010 Project: national research on oral health: main results. Brasília: Ministry of Health; 2011.
16. Vallgård S. Ethics, equality and evidence in health promotion Danish guidelines for municipalities. *Scand J Public Health* 2014;42:337-43.
17. Geus JL, Luca CMB, Baldani MH, Czlusniak GD. Caries prevalence and self-perception of oral health condition among children of urban and rural schools of Ponta Grossa, PR, Brazil. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* 2013;13:111-7.
18. Diez E, Morrison J, Pons-Vingués M, Borrell C, Corman D, Burström B, et al. Municipal interventions against inequalities in health: the view of their managers. *Scand J Public Health* 2014;42:476-487.
19. Guido JA, Mier EAM, Soto A, Eggertsson H, Snaders BJ, Jones JE, et al. Caries prevalence and its association with brushing habits, water availability, and the intake of sugared beverages. *Int J Paediatr Dent* 2011;21:432-40.
20. Feldens CA, Rodrigues PH, Rauber F, Chaffee BW, Vitolo MR. Food expenditures, cariogenic dietary practices and childhood dental caries in southern Brazil. *Caries Res* 2013;47:373-81.

21. Cook SL, Martinez-Mier A, Dean JA, Weddell JA, Sanders BJ, Eggertsson H, et al. Dental caries experience and associations to risk indicators of remote rural population. *Int J Paediatr Dent* 2008;18:275-83.
22. D’Cruz AM, Aradhya S. Impact of oral health education on oral hygiene knowledge, practices, plaque control and gingival health to 13- to 15-year-old school children in Bangalore city. *Int J Dent Hyg* 2013;11:126-33.
23. Souza DPO, Areco KN, Silveira Filho DXS. Alcohol and alcoholism among Brazilian adolescent public-school students. *Rev Saude Publica* 2005;39:585-92.
24. Pham TAV, Ueno M, Shinada K, Kawaguchi Y. Comparison between self-perceived and clinical oral malodor. *Oral Sur Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2012;113:70-80.
25. Vettore MV, Moysés SJ, Sardinha LMV, Iser BPM. Socioeconomic status, toothbrushing frequency, and health-related behaviors in adolescents: an analysis using the PeNSE database. *Cad Saude Publica* 2012;28:S101-13.
26. Demirer S, Gürsoy UK, Ozdemir H, Erdemir EO, Uitto VJ. Periodontal health knowledge and smoking are associated with periodontal treatment need according to tooth brushing levels. *West Indian Med J* 2012;61:191-7.
27. Irigoyen-Camacho ME, Sanchez-Perez L, Molina-Frechero N, Velazquez-Alva C, Zepeda-Zepeda M, Borges-Yanes A. The relationship between body mass index and body fat percentage and periodontal status in Mexican adolescents. *Acta Odontol Scand* 2014;72:48-57.
28. Alm A, Wendt LK, Koch G, Birkhed D, Nilsson M. Caries in adolescence: influence from early childhood. *Community Dent Oral Epidemiol* 2012;40:125-33.
29. Tin-Oo MM, Saddki N, Hassan N. Factors influencing patient satisfaction with dental appearance and treatments they desire to improve aesthetics. *BMC Oral Health*. 2011;11:6.
30. Spalj S, Spalj VT, Ivankovic L, Plancak D. Oral health-related risk behaviours and attitudes among Croatian adolescents—multiple logistic regression analysis. *Coll Antropol* 2014;38:261-7.
31. Friedman JW, Mathu-Muju KR. Dental therapists: improving access to oral health care for the underserved children. *Am J Public Health* 2014;104:1005-9.

32. Ha EJ, Caine-Bish N, Holloman C, Laowry-Grodon K. Evaluation of effectiveness of class-based nutrition intervention on changes in soft drink and milk consumption among young adults. *Nutr J* 2009;8:50.
33. Garbin CAS, Queiroz APDG, Garbin AJI, Moimaz SAS, Soares GB. Comparison of methods in oral health education from the perspective of adolescents. *Oral Health Prev Dent* 2013;11:39-47.



CAPÍTULO 3

Artigo enviado para o periódico Ciência & Saúde Coletiva

Formatado segundo normas da revista

4 Capítulo 3

Saúde bucal e qualidade de vida: um estudo epidemiológico de adolescentes de assentamento no Pontal do Paranapanema-SP

4.1.1 Resumo

O objetivo deste trabalho foi verificar a saúde bucal, as necessidades de tratamento, o acesso aos serviços odontológicos e o impacto da saúde bucal na qualidade de vida (QV) de adolescentes de assentamento no Pontal do Paranapanema-SP. Neste estudo epidemiológico, 180 jovens entre 10 e 19 anos matriculados na escola que atende a esta comunidade foram examinados, para verificar o índice de cárie (CPO-D – cariados, perdidos e obturados) e condição periodontal (IPC); e entrevistados, utilizando-se os instrumentos World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-Bref) e Oral Impact Daily Performance (OIDP) para avaliar qualidade de vida e Global School-based Health Survey (GSHS-WHO) visando o acesso. O CPO-D médio foi 5,49 ($\pm 3,33$) e 37,2% tinham problemas periodontais, predominando IPC=1 (77,7%). As necessidades de tratamento concentraram-se nas restaurações. O GSHS mostrou que a última consulta odontológica foi realizada nos últimos 12 meses (58,3%), e 78,9% no serviço público. A média WHOQOL-Bref foi 87,59 ($\pm 15,23$). O domínio relações sociais teve associação com a cárie e o local do atendimento (todos $p < 0,05$). A média OIDP foi 6,49 ($\pm 9,15$). A prevalência de cárie foi alta e os problemas periodontais ainda eram reversíveis. O domínio das relações sociais foi influenciado pela presença de cárie e pelo local do atendimento.

Palavras-chave: saúde bucal; qualidade de vida; adolescente

Oral health and quality of life: an epidemiological survey of adolescents from settlement in Pontal do Paranapanema-SP

4.1.2 Abstract

This study aimed to verify oral health, treatment needs, dental service accessibility, and impact of oral health on quality of life (QL) of subjects from settlement in Pontal do Paranapanema-SP. In this epidemiological survey, 180 10-to 19- years old adolescents enrolled in the school that attend this population in settlement underwent oral examination, to verify caries index (DMFT- decayed, missing and filled teeth) and periodontal condition (CPI), and were interviewed using the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-Bref) and Oral Impact Daily Performance (OIDP) instruments to evaluate QL, and the Global School-Based Health Survey (GSHS) about dental service accessibility. DMFT average was 5.49 (± 3.33). Overall, 37.2% of participants showed periodontal problems, mainly CPI=1 (77.7%). Treatment needs were mainly restorations. GSHS showed that the last dental consultation occurred >1 year previously for 58.3% of participants at a public health center (78.9%). The average WHOQOL-Bref was 87.59 (± 15.23). Social relationships were related to dental caries and health service type (all $p < 0.05$). The average OIDP was 6.49 (± 9.15). The prevalence of caries was high and observed periodontal problems were reversible. The social relationships domain of adolescents from settlement was influenced by caries and health services type.

Key words: oral health; quality of life; adolescent

4.2 Introdução

Pesquisas recentes têm investigado os conceitos de qualidade de vida de adolescentes e seu bem-estar^{1,2}. Bem-estar e autorelato de qualidade de vida são mensurados em vários domínios que a compõe, como físico, relações sociais, psicológico, meio ambiente².

A saúde bucal é um indicador importante que geralmente causa um expressivo impacto na qualidade de vida dos adolescentes, independente dos domínios, mas principalmente quando se trata de aparência e halitose, com relação ao aspecto social^{1,3}. A cárie dentária e os problemas periodontais são os fatores que mais causam dor e constrangimento entre adolescentes, no entanto, apesar dos avanços político-tecnológicos na Odontologia, as populações rurais ainda apresentam lamentável condição de saúde bucal, apresentando muitas perdas dentárias ainda na juventude⁴. Os prejuízos psicológicos, sociais e mesmo na saúde resultantes dos problemas bucais fazem com que a qualidade de vida destes jovens esteja comprometida⁵.

No Brasil, as populações habitantes de áreas rurais apresentam piores condições de saúde bucal em relação às que habitam em área urbana, e são as que mais utilizam o sistema público de saúde⁶. Em estudo realizado no Estado de São Paulo, observou-se que, os jovens de 11 anos apresentavam índice CPO-D (dentes cariados, perdido e obturados) médio de 2, no entanto, ao final da adolescência (19 anos) o índice praticamente triplicava, observando uma piora nas condições de saúde bucal ao logo da adolescência⁴. No entanto, no levantamento nacional de saúde bucal realizado em 2003, verificou-se que a média nacional CPO-D foi de 6.1 entre jovens de 15 a 19 anos, enquanto que no levantamento mais recente, realizado em 2010, a média caiu para 4.2 entre adolescentes da mesma faixa etária do que no anterior^{7,8}.

O alto índice de cárie dentária e problemas periodontais sugerem iniquidade de acesso aos serviços odontológicos, pois os jovens moradores da zona rural são populações socialmente excluídas, por residir em áreas remotas de difícil acesso⁹. Mesmo que haja centros de saúde localizados na zona rural, o percurso entre a residência e o centro de saúde, o transporte, a falta de

profissionais capacitados e infraestrutura destes centros podem ser grandes barreiras que causam impacto negativo na saúde dos adolescentes⁹, semelhantemente em assentamentos rurais devido à localização geográfica.

Os assentamentos rurais no Brasil são formados a partir de uma negociação entre manifestantes, governo e proprietários, em meio a muitos conflitos. As famílias invadem as terras consideradas improdutivas, montam o acampamento sem qualquer estrutura sanitária, até que ocorra a reforma agrária. Com a formação do assentamento, a população se organiza para reivindicar pelo direito de acesso aos serviços públicos de saúde, no entanto, encontra-se em região remota de difícil acesso, tendo que superar muitos obstáculos para se beneficiar dos cuidados em saúde¹⁰.

Neste contexto, objetivou-se verificar a condição de saúde bucal, o acesso aos serviços odontológicos, a autopercepção de qualidade de vida e o impacto da saúde bucal na qualidade de vida de adolescentes brasileiros de um assentamento rural.

4.3 Métodos

Desenho e participantes do estudo

Todos os 349 adolescentes entre 10 e 19 anos, moradores de um assentamento rural em Caiuá, São Paulo, Brasil, foram convidados a fazer parte da pesquisa. A Escola Projeto Lagoa São Paulo é a única instituição de ensino que atende a esta comunidade e está localizada no próprio assentamento rural. Considerando que todos os adolescentes eram participantes do programa nacional de auxílio financeiro Bolsa Família, o qual requer frequência nas aulas, esta escola foi considerada como o melhor local para encontrar os jovens e conduzir a pesquisa.

Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Univ Estadual Paulista – UNESP, Faculdade de Odontologia de Araçatuba (Processo 09692713.3.0000.5420), o estudo foi apresentado aos pais/responsáveis pelos jovens. Em seguida, aqueles que consentiram a participação dos filhos, assinaram Termo de Consentimento. Todos os ditames éticos foram

rigorosamente seguidos nesta pesquisa. Os jovens que concordaram em participar da pesquisa foram incluídos no estudo.

A coleta de dados ocorreu em forma de entrevistas e exame bucal

Exame Bucal

Ao exame bucal foi empregado o índice CPO-D de cárie, o qual mensura o número de dentes cariados, perdidos e obturados e o IPC (Índice Periodontal Comunitário) o qual avalia a condição periodontal/gengival da maxila e mandíbula, segundo sextantes, classificando-os como hígido (IPC=0), presença de sangramento gengival (IPC=1), cálculo dentário (IPC=2), bolsa periodontal entre 4 e 5mm de profundidade (IPC=3) e bolsa periodontal com 6mm ou mais (IPC=4).

Um estudo piloto foi conduzido antes desta pesquisa, com adolescentes de outro assentamento em Presidente Venceslau-SP, a fim de testar o questionário e treinar o pesquisador, o qual obteve 0.88 no teste Kappa para cárie dentária.

Os exames bucais foram conduzidos por este pesquisador, devidamente paramentado, usando espelho e sonda periodontal milimetrada para verificar índice de cárie e condição periodontal. Estes exames foram realizados seguindo as recomendações da OMS para levantamentos epidemiológicos.

Mensurações

O mesmo pesquisador realizou entrevistas individuais com os adolescentes, na própria escola durante período de aulas, em local reservado para que não lhes causasse constrangimento e/ou coação. As entrevistas foram previamente agendadas e caso algum aluno não estivesse presente no dia marcado, três tentativas consecutivas seriam realizadas. O não comparecimento do aluno, o excluiria da amostra.

As versões validadas do WHOQOL-Bref (World Health Organization – Quality of Life – Bref)¹¹, ODP (Oral Impacts on Daily Performances Index)¹² e o GSHS-WHO (Global School-based Student Health Survey)¹³ serviram de roteiro para as entrevistas. Apesar de serem autoaplicáveis, estes instrumentos foram administrados na entrevista para garantir maior compreensão dos entrevistados sobre o tema e reduzir a possibilidade de falsas respostas, controlando assim, os vieses do estudo.

O WHOQOL-Bref foi desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde para avaliar a qualidade de vida, cuja forma reduzida, contém 26 questões que abordam 4 domínios – físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente - e contém duas questões gerais sobre a autopercepção de saúde e da qualidade de vida, com validação da versão em português¹¹. Todas as questões são mensuradas através da escala de Likert de 5 pontos - nunca/nada/muito insatisfeito (1), algumas vezes/muito pouco/insatisfeito (2), frequentemente/médio/nem satisfeito e nem insatisfeito (3), muito frequentemente/muito/ satisfeito (4) e sempre/completamente/ muito satisfeito (5). A pontuação de cada questão varia de 1 a 5 pontos, indicando assim, que quanto maior a pontuação, melhor a qualidade de vida, exceto para dor e desconforto, sentimentos negativos, e dependência de medicação por terem pontuação reversa. Calcula-se a soma total do instrumento de cada indivíduo e a somatória por domínio para que se façam as comparações e análises estatísticas¹¹.

O segundo instrumento (ODP) mensura o impacto da saúde bucal na qualidade de vida. Foi desenvolvido primeiramente voltado para a população infantil, depois para populações de outras faixas etárias inclusive para adolescentes, sendo validado em português¹². O instrumento tem duas etapas de aplicação; a primeira é a coleta dos relatos sobre os problemas bucais que os indivíduos sofreram nos últimos 3 meses, dentre uma lista de 17 problemas e uma opção em aberto, caso tenha ocorrido algum problema bucal não listado, a fim de verificar a ocorrência dos mesmos. Na segunda, avaliam-se os efeitos dos problemas, acusados na primeira etapa, nas oito atividades diárias praticadas pelos adolescentes no dia-a-dia (comer, falar, limpar a boca, dormir, manter o estado

emocional, sorrir, realizar tarefas escolares e ter contato social). A presença de problemas bucais direciona o impacto que será causado na qualidade de vida do adolescente, ao especificar sua gravidade (nenhuma, pouco, moderado, grave) e frequência (sempre, às vezes, nunca), as quais serão mensuradas por uma escala tipo Likert de 0 a 3 pontos, sendo o zero atribuído quando não existir impacto. A etapa seguinte é o cálculo do índice: multiplica-se o valor da gravidade pelo valor da frequência, gerando assim, um índice para cada atividade diária, que varia de 0 a 9 pontos. O índice final OIDP é a soma de todos os totais das 8 atividades diárias, variando de 0 a 72 pontos, multiplicada por 100 e dividida por 72, ou seja, o índice OIDP varia de 0 a 100 pontos; quanto maior a pontuação, maior o impacto da saúde bucal na qualidade de vida¹².

O GSHS-WHO, desenvolvido em 2003 pela Organização Mundial da Saúde, e aprimorado em 2009¹³, para avaliar os comportamentos de risco à saúde entre adolescentes, de acordo com as características demográficas, visa a aquisição de dados fidedignos para sustentar o planejamento e implementação de novos programas e políticas voltados para a adolescência, principalmente para o ambiente escolar. Foi utilizada a parte do instrumento original que investigou os hábitos de higiene bucal e acesso aos serviços odontológicos (27 questões). Em cada questão, uma única opção de resposta deveria ser escolhida. Não possui pontuação, mas apresenta o perfil comportamental da população de estudo.

Análise estatística

Primeiramente foi realizada estatística descritiva para caracterização da amostra; em seguida foram feitas as análises de distribuição da normalidade aplicando-se o Teste de Shapiro-Wilk. Nas análises bivariadas, foram aplicados os testes Qui-quadrado, Exato de Fisher ou Mann-Whitney com intervalo de confiança de 95% para todos, cujas variáveis de desfecho eram aquelas relacionadas à qualidade de vida. As variáveis independentes compunham as questões sobre acesso aos serviços odontológicos, índice de cárie e condição periodontal. Os mesmo testes foram aplicados em outras

análises bivariadas para testar a influência do acesso aos serviços odontológicos na condição de saúde bucal (CPO-D e PCI). A análise multivariada de Regressão Logística foi aplicada às variáveis estatisticamente significantes nas análises bivariadas. Todas as análises foram feitas utilizando-se os softwares BioEstat 5.3 e SPSS 20.0.

4.4 Resultados

Dentre os 349 adolescentes, 32.9% mudaram do assentamento para outras áreas/cidades durante a vigência da pesquisa; 7.5% parou de estudar e 1.1% foram a óbito; 4.0% se recusaram em participar da pesquisa, 2.9% não responderam a todas as questões da entrevista ou não permitiram exame bucal. Desta forma, a população de estudo foi composta por 180 adolescentes (51.6%).

A média CPO-D foi 5.49 (\pm 3.33); 6.7% dos jovens avaliados apresentaram CPO-D = 0. A cárie estava relacionada com a idade ($p < 0.001$), segundo Teste de Mann-Whitney, mas não se pode afirmar uma progressão linear ($p = 0.6666$), segundo modelo de Regressão.

As necessidades de tratamento odontológico da população de estudo com relação à cárie foram os procedimentos restauradores (86.6%), exodontia (5.7%), tratamento endodôntico (5.3%), remineralização do esmalte (0.8%), selante (0.8%) e coroa (0.8%). Quanto à saúde periodontal, 37.2% dos entrevistados apresentaram alguma alteração gengival/periodontal; dentre estes, 77.7% possuíam no mínimo um sextante com sangramento gengival, 20.8% cálculo dentário e 1.5% bolsa periodontal de até 4mm de profundidade.

Na tabela 1, observam-se os dados de acesso aos serviços odontológicos por adolescentes do assentamento rural, segundo experiência de cárie dentária e condição periodontal.

O local da última consulta odontológica também estava estatisticamente associado à necessidade de restauração de 1 face ($p = 0.029$) Também houve associação entre o motivo da última consulta e a mesma necessidade de tratamento odontológico ($p = 0.011$), segundo Teste Qui-quadrado.

A tabela 2 apresenta a pontuação WHOQOL-Bref de acordo com cada escala de mensuração da qualidade de vida.

A distribuição das variáveis WHOQOL-Bref foi simétrica, mas o índice OIDP apresentou muitos outliers e distribuição assimétrica. O teste de Shapiro-Wilk confirmou uma distribuição assimétrica da pontuação OIDP em relação a presença ($p < 0,001$) e ausência de cárie ($p=0,04$). A tabela 3 apresenta os dados da estatística descritiva referente ao score e por domínio mensurado pelo WHOQOL-Bref e o score OIDP, segundo Teste de Mann-Whitney, na qual é possível observar que a cárie dentária causa grande impacto nas relações sociais.

Analisando as variáveis de qualidade de vida e acesso aos serviços odontológicos verificou-se que os jovens que procuraram atendimento odontológico nos últimos 12 meses apresentaram score WHOQOL-Bref (média = 85.4) discretamente maior do que aqueles que consultaram um cirurgião-dentista há mais de 1 ano (média = 80.1).

Quanto ao domínio social do WHOQOL-Bref, verificou-se que os jovens atendidos no serviço odontológico privado apresentou maior pontuação (média = 61.3) do que os que foram atendidos no público (média = 54.5), assim como aqueles que classificaram o último atendimento como “bom” (média = 57.0) em relação aos que o classificaram como “ruim” (média = 53.4). Nota-se que o local da última consulta e a qualidade do atendimento recebido tiveram influência na vida social dos jovens (tabela 4).

Já em relação ao domínio meio ambiente, os adolescentes que foram orientados sobre os meios de prevenção de doenças bucais tiveram maior pontuação (média = 77.4) do que os que relataram não ter tido educação em saúde (média = 70.16). Houve associação entre educação preventiva e meio ambiente (Tabela 4).

4.5 Discussão

Neste estudo epidemiológico com adolescentes de um assentamento rural, observou-se alto índice de carie e necessidades de tratamento concentradas em restaurações e procedimentos endodônticos sugerindo falta de serviços odontológicos, que podem iniciar no sistema de saúde ou na negligência da saúde bucal pelos próprios pacientes.

As ações preventivas e educativas evitam o agravamento da condição dentária e/ou periodontal, mas na sua ausência, os procedimentos endodônticos, as restaurações provisórias e a prescrição medicamentosa são as condutas mais prevalentes nos centros de urgência odontológica, demonstrando a gravidade em que se encontram os elementos dentários, e a tentativa dos profissionais em salvar estes elementos antes de condená-los à exodontia¹⁴. Na maioria das vezes, os elementos mais afetados são os primeiros molares por serem os primeiros dentes posteriores permanentes a irromper na cavidade bucal, mesmo com a permanência da dentição decídua¹⁵. É importante ressaltar que a predominância do componente cariado no índice de carie e o sangramento gengival sugerem falha nos serviços odontológicos preventivos para populações socialmente excluídas.

A negligência da higiene bucal, o consumo de dieta cariogênica, as consultas infrequentes ao cirurgião-dentista fazem com que os primeiros molares fiquem mais susceptíveis a perda dentária¹⁵. Considerando o assentamento rural está localizado na zona rural, ressalta-se que comunidades rurais que apresentam alto índice de cárie dentária entre jovens, assim como em outras regiões rurais, o futuro esperado destes indivíduos é a perda dentária na fase adulta⁴.

No presente estudo a prevalência de carie foi maior entre adolescentes que procuraram atendimento odontológico por causa da dor do que aqueles que consultam frequentemente um cirurgião-dentista. São os cuidados preventivos que evitam a instalação da doença cárie, mas estes serviços são escassos na atenção odontológica, especialmente no serviço público, dos quais as

populações rurais e remotas dependem para a manutenção da saúde bucal¹⁵, o que expressa a mesma situação da população de estudo que habita em assentamento rural.

Importante observar que a necessidade de restaurações em uma face dentária foi maior entre adolescentes que procuraram o serviço público do que aqueles que procuraram o privado e os jovens que procuraram tratamento devido à dor apresentaram maior necessidade de restaurações em uma face dentária do que aqueles que visitaram o cirurgião-dentista por consulta de rotina. Estes achados mostraram que os adolescentes atendidos no serviço público não costumam buscar por tratamento odontológico preventivo; a ocorrência cárie dentária passa a ser um evento comum para as mães desses jovens, apontando falta de informação quanto aos cuidados bucais preventivos¹⁶.

Para os adolescentes, alto índice de cárie, especialmente no que tange aos elementos cariados não tratados, gengivite severa e presença de cálculo dentário são as razões para a autopercepção de necessidades de tratamento odontológico¹. Infelizmente, a procura pelo atendimento entre adolescentes, ocorre em função do agravamento das afecções dentárias, ao invés de consultas periódicas preventivas^{17,18}.

Considerando que esta atitude faz parte da cultura de populações rurais e remotas, e que existe dificuldade de acesso aos serviços odontológicos por essas populações, além da falta de profissionais qualificados⁹, o resultado esperado diante destas condições vulneráveis, é uma condição de saúde bucal pobre, com desfechos negativos no aprendizado e desenvolvimento acadêmico¹⁹. Diante do quadro de dor envolvendo muitos jovens, urge a necessidade de políticas públicas de saúde que considerem as dificuldades das populações socialmente excluídas na intenção de reduzir a prevalência de cárie dentária, promover saúde e garantir manutenção da saúde bucal, por meio de trabalhos preventivos, educativos e intervencionais, com foco na qualidade de vida²⁰.

O medo pode ser uma das causas pela escassa busca por atendimento odontológico, e também uma das explicações para um índice tão alto de experiência de cárie, pois ele impede que o jovem busque por tratamento, a não ser pela sintomatologia dolorosa exacerbada consequente do

agravamento da doença cárie, na qual muitas vezes já não é mais possível salvar o elemento dentário, resultando em perda do mesmo¹⁹.

No entanto é preciso considerar também o conceito e valor relacionado à saúde bucal para estes jovens¹⁶, pois aqueles que não dão valor devido à saúde bucal tendem a apresentar piores hábitos de higiene, baixa frequência de consulta ao cirurgião-dentista e conseqüentemente, pobre condição de saúde bucal^{15,21}. Desta forma, é comum observar perda dentária, extensas e numerosas cavitações de cárie em pacientes que apresentam medo ou alto nível de ansiedade à consulta odontológica¹⁹.

A educação em saúde tem que começar desde a infância, pois o conceito de saúde, a importância da manutenção da mesma para a saúde geral e os hábitos preventivos tendem a se estender à vida adulta, o que significa que jovens sem informação têm grandes chances de se tornarem adultos desdentados, sem qualidade de vida, principalmente as comunidade rurais^{4,21}.

A condição bucal deficiente afeta a vida social, a mastigação e a limpeza dos dentes²¹. No entanto, mesmo afetando a qualidade de vida em vários aspectos, observa-se que da juventude para a fase adulta existe uma queda na satisfação com os próprios dentes, sugerindo piora na condição de saúde bucal e falta de cuidados²².

Nessa transição, os indivíduos têm adquirido hábitos nocivos como tabagismo e consumo de bebidas alcólicas e piora da higienização, tornando a saúde bucal mais vulnerável às afecções dentárias²². A associação encontrada entre presença de carie e relações sociais no presente estudo indicaram leve impacto da saúde bucal na qualidade de vida.

A interferência negativa da saúde bucal na qualidade de vida ocorre principalmente pela presença de gengivite e cálculo dentário que impede os adolescentes de sorrir por vergonha da aparência e mau-hálito, e a presença de cárie severa com vários elementos não tratados que os levam ao sofrimento, dor, incômodo, não os permite relaxar, os tornam mais emotivos e causam dificuldade de concentração nos estudos, causando danos nítidos na vida social do jovem¹. Os problemas bucais

dos adolescentes mensurados pelo OIDP causam mais dificuldades para sorrir, para dormir, para comer e para limpar os dentes por causa da dor e incômodo¹⁴.

Outro problema relevante causado pelo agravamento da cárie, pela falta de cuidados preventivos, e pela escassa consulta ao cirurgião-dentista é o absenteísmo escolar o qual aumenta o impacto da saúde bucal na qualidade de vida destes indivíduos¹. Esta situação se agrava quando se trata de adolescentes moradores de comunidade rurais, considerando dificuldade de acesso à escola e a sintomatologia dolorosa resultante da má condição de saúde bucal, pois torna o absenteísmo escolar uma prática rotineira para a maioria destes indivíduos¹. Jovens que apresentam cárie severa e dor resultante do elevado número de elementos não tratados tendem a faltar da escola ainda mais, em comparação aos que apresentam baixo índice de cárie¹.

Não houve associação estatisticamente significativa entre as variáveis de necessidades de tratamento odontológico e os índices de qualidade de vida, nem entre condição periodontal e qualidade de vida. Talvez pelo fato de que as alterações gengivais se concentraram no sangramento gengival, o impacto na qualidade de vida não foi tão expressivo. Escovação dentária no mínimo duas vezes ao dia e uso diário do fio dental estão diretamente ligados à boa condição de higiene bucal e periodontal²³. Cabe ressaltar que o nível educacional dos pais não está associado à periodontite dos filhos, a qual não costuma ser o motivo da última consulta ao cirurgião-dentista²³.

A associação entre período da última consulta e qualidade de vida dos adolescentes que consultaram frequentemente um cirurgião-dentista sugere que as consultas de rotina podem melhorar a qualidade de vida.

Consultas odontológicas eventuais e de periodicidade prolongada estão diretamente relacionadas ao alto impacto da saúde bucal na qualidade de vida, alto índice de cárie e insatisfação com saúde bucal¹⁷. Por isso é importante que os pais levem seus filhos ao cirurgião-dentista desde a infância, para que assim, eles adquiram o hábito de consultar frequentemente o cirurgião-dentista, dando mais valor à saúde bucal e à prevenção²⁴.

Os jovens entrevistados que procuraram o serviço público odontológico apresentaram pior qualidade de vida do que aqueles que procuraram o serviço privado, demonstrando que o tipo de cuidados oferecidos à população é importante para manutenção da qualidade de vida.

Moradores de comunidades rurais tendem a usar mais o serviço público odontológico do que o serviço privado, em comparação aos moradores da zona urbana, até mesmo pelo fato de haver menor oferta ou inexistência do serviço privado na zona rural¹⁷, semelhantemente à população de estudo que procurou o serviço público. Geralmente, o domínio meio ambiente apresenta associação com baixas classes socioeconômicas²⁵, mas todos os jovens entrevistados no presente estudo pertenciam ao mesmo nível, o que sugere diferenças entre o serviço odontológico prestado no setor privado e público.

Na visão dos profissionais, é difícil trabalhar na área rural por causa da limitação da vida social, isolamento profissional, carga horária de trabalho, infra-estrutura insatisfatória, difícil acesso à educação continuada e às outras oportunidades de emprego²⁶, o que demonstra o despreparo profissional e a falta de afinidade e comprometimento em promover saúde às comunidades remotas colaborando assim, para a exclusão social.

A dificuldade de acesso aos serviços odontológicos, público ou privado, não é o único fator que contribui para o empobrecimento da condição dentária e periodontal dos adolescentes, mas também é preciso considerar que o nível de escolaridade, informação recebida sobre cuidados bucais, frequência e qualidade da escovação dentária, periodicidade das consultas ao cirurgião-dentista, e ingestão de açúcar têm sido piores nas áreas rurais do que nas urbanas, especialmente naquelas mais afastadas das capitais¹⁷. Por essas razões a experiência de cárie dentária em jovens moradores de áreas rurais apresenta-se maior em comparação aos da zona urbana²⁷, com destaque para predominância dos elementos dentários cariados, sugerindo falta de cuidados e hábitos nocivos à saúde bucal afetando diretamente a qualidade de vida destes indivíduos, especialmente nos domínios psicológico, social e físico¹⁷.

A influência negativa do meio ambiente na educação em saúde para os adolescentes do assentamento sugere algum problema nos trabalhos preventivos dos serviços públicos odontológicos.

Satisfação com o meio ambiente, o nível de escolaridade e autopercepção positiva de saúde bucal dos pais parecem direcionar os jovens a uma melhor condição de saúde bucal e menor impacto psicológico, pois os danos causados pelo agravamento das afecções dentárias interferem negativamente na qualidade de vida e limitam a função dentária, resultando em autopercepção pejorativa da saúde bucal, ou seja, piora da autoestima^{28,29}. A autoestima está ligada também à auto eficiência relacionada aos cuidados bucais, a qual apresenta-se melhor em meninos do que meninas; além disso a auto eficiência parece ser pior em jovens provenientes de famílias compostas somente pelo pai ou mãe, do que os jovens que vivem com os pais na mesma casa³⁰.

O impacto da saúde bucal é tão expressivo no campo psicológico, especialmente no que tange à quantidade de dentes cariados e perdidos, que pode levar o indivíduo à depressão³¹. Isto deve chamar a atenção dos pesquisadores, uma vez que a saúde bucal está diretamente ligada à saúde e bem-estar dos adolescentes, e que ao notar o alto índice de cárie, é evidente a necessidade urgente de cuidados imediatos, que impeçam o agravamento e consequentes danos e perdas irreparáveis a eles³⁰, especialmente com as populações socialmente excluídas, as quais apresentam piores condições de saúde bucal e maior impacto na qualidade de vida².

Apesar disso, há poucos estudos investigando saúde bucal e qualidade de vida de populações de assentamentos rurais, especialmente com adolescentes. Novos estudos com foco nesta faixa etária poderiam esclarecer algumas peculiaridades, como o estilo de vida e hábitos, para ajudar os profissionais de saúde na compreensão desta população e também, para embasar novas políticas públicas de saúde que facilitariam o acesso aos serviços odontológicos e consequentemente, contribuiria para melhor qualidade de vida destes adolescentes.

Conclui-se que o índice de cárie foi alto entre os adolescentes de assentamento rural no Pontal do Paranapanema-SP. A alteração periodontal mais evidente foi o sangramento gengival. As

necessidades de tratamento odontológico se concentraram nos procedimentos restauradores e em instrução de higiene e profilaxia. Adolescentes assentados enfrentam iniquidade no acesso aos serviços odontológicos; o acesso aos serviços odontológicos ocorreu majoritariamente nos últimos 12 meses, no serviço público, devido à dor. Apesar de os jovens terem apresentado bons níveis de qualidade de vida e baixo impacto da saúde bucal na qualidade de vida, as relações sociais destes indivíduos excluídos foram influenciadas pela cárie e pelo local do atendimento.

List of abbreviations

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

WHOQOL-Bref - World Health Organization Quality of Life – briefed instrument

OIDP - Oral Impacts on Daily Performances Index

GSHS-WHO - Global School-based Student Health Survey

CPO-D – Índice de dentes cariados, perdidos e obturados

IPC – Índice Periodontal Comunitário

Competing Interests

There is no competing interest.

Authors' contribution

MML contributed to design of study, acquisition of data, analysis and interpretation of data, and in drafting the manuscript. CASG contributed to design and acquisition of data, mainly concerning ethical aspects; was involved in drafting the manuscript, revising it critically for important intellectual content and contributed to analysis and interpretation of data. SASM contributed to design and acquisition of data, mainly concerning epidemiological aspects; contributed to analysis

and interpretation of data and gave the final approval of the version to be published. TASR contributed to conception and design of research, in drafting the manuscript, analysis and interpretation of data, and gave final approval of version to be published. All authors read and approved the final manuscript.

4.7 References

1. Krisdapong S, Prasertsom P, Rattananangsim K, Sheiham A. Relationships between oral diseases and impacts on Thai schoolchildren's quality of life: evidence from a Thai national oral health survey of 12-and 15-year-olds. *Community Dent Oral Epidemiol* 2012;40(6):550-559.
2. Papaioannou W, Oulis CJ, Latsou D, Yfantopoulos J. Oral health related quality of life of Greek adolescents: a cross-sectional study. *Eur Arch Paediatr Dent* 2011;12(3):146-150.
3. Mashoto KO, Astrøm AN, David J, Masalu JR. Dental pain, oral impacts and perceived need for dental treatment in Tanzanian school students: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes* 2009;7:73.
4. Saliba NA, Moimaz SAS, Saliba O, Tiano AVP. Dental loss in a rural population and the goals established for the World Health Organization. *Cienc Saude Coletiva* 2010;15(Suppl 1):1857-1864.
5. Tolvanen M, Lahti S, Miettunen J, Hausen H. Relationship between oral health-related knowledge, attitudes and behaviors among 15-16-year-old adolescents: a structural equation modeling approach. *Acta Odontol Scand* 2012;70(2):169-176.
6. Barbato PR, Peres MA. Tooth loss and associated factors in adolescents: a Brazilian population-based oral health survey. *Rev Saude Publica* 2009;43(1):13-25.
7. Ministry of Health of Brazil. *SB Brazil 2003 Project: oral health status of the population 2002-2003: main results*. Brasília: Ministry of Health;2004.
8. Ministry of Health of Brazil. *SB Brazil 2010 Project: national research on oral health: main results*. Brasília: Ministry of Health;2011.
9. Frieden TR, Hennin KJ. Public health requirements for rapid progress in global health. *Glob Public Health* 2009;4(4):323-337.

10. Scopinho RA. Life and health conditions of a worker in a rural settling. *Cienc Saude Coletiva* 2010;15(suppl 1):1575-1584.
11. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pizon V. Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. *Rev Saude Publica* 2000;34(2):178-183.
12. Castro RAL, Corte MIS, Leão AT, Portela MC, Souza IPR, Tsakos G, Mercedes W, Sheiham A. Child-OIDP index in Brazil: Cross-cultural adaptation and validation. *Health Qual Life Outcomes* 2008;6:68.
13. World Health Organization. Global School-based Student Health Survey (GSHS) 2009. [Acessado em 2013 fev 10]. Available from: http://www.who.int/chp/gshs/GSHS_Questionnaire_Core_Expanded_2009_English.pdf
14. Machado GCM, Daher A, Costa LR. Factors associated with no dental treatment in preschoolers with toothache: a cross-sectional study in outpatient public emergency services. *Int J Environ Res Public Health* 2014;11(8):8058-8068.
15. Ravaghi V, Quiñonez C, Allison PJ. Oral pain and its covariates: findings of a Canadian population-based study. *J Can Dent Assoc* 2013;79:d3.
16. Abreu MHNG, Pordeus IA, Modena CM. A social representation study of oral health among mothers in rural areas, Itaúna (MG), 2002. *Cienc Saude Coletiva* 2005;10(1):245-259.
17. Crocombe LA, Broadbent JM, Thomson WM, Brennan DS, Poulton R. Impact of dental visiting trajectory patterns on clinical oral health and oral health-related quality of life. *J Public Health Dent* 2011;72(1):36-44.
18. Garbin CAS, Garbin AJI, Arcieri RM, Saliba NA, Gonçalves PE. La salud bucal en la percepción del adolescente. *Rev Salud Publica* 2009;11(2):268-277.
19. Seirawan H, Faust S, Mulligan R. The impact of oral health on the academic of disadvantaged children. *Am J Public Health* 2012;102(9):1729-1734.
20. Kumar YS, Acharya S, Pentapati KC. Prevalence of dental pain and its relationship to caries experience in school children of Udupi District. *Eur Arch Paediatr Dent* 2014;15(6):371-375.

21. Coolidge T, Skaret E, Heima M, Johnson EK, Hillstead MB, Farjo N, Asmyhr O, Weinstein P. Thinking about going to the dentist: a Contemplation Ladder to assess dentally-avoidant individuals' readiness to go to a dentist. *BMC Oral Health* 2011;11:4.
22. Åstrøm AN, Wold B. Socio-behavioural predictors of Young adults' self-reported oral health: 15 years of follow-up in the The Norwegian Longitudinal Health Behaviour study. *Community Dent Oral Epidemiol* 2012;40(3):210-220.
23. Vadiakas G, Oulis CJ, Tsinidou K, Mamai-Homata E, Polychronopoulou A. Socio-behavioural factors influencing oral health of 12 and 15 year old Greek adolescents: a national pathfinder survey. *Eur Arch Paediatr Dent* 2011;12(3):139-145.
24. Peres KG, Peres MA, Araujo CLP, Menezes AMB, Hallal PC. Social and dental status along the life course and oral health impacts in adolescents: a population-based birth cohort. *Health Qual Life Outcomes* 2009;7:95.
25. Gordia AP, Quadros TMB, Campos W. Sociodemographic variables as determinant of the environment domain of quality of life of adolescents. *Cienc Saude Coletiva* 2009;14(6):2261-2268.
26. Godwin DM, Hoang H, Crocombe LA, Bell E. Dental practitioner rural work movements: a systematic review. *Rural Remote Health* 2014;14(3):2825.
27. Frias AC, Antunes JLF, Junqueira SR, Narvai PC. Determinantes individuais e contextuais da prevalência de cárie dentária não tratada no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2007;22(4):279-285.
28. Baker SR, Mat A, Robinson PG. What psychosocial factors influence adolescents' oral health? *J Dent Res* 2010;89(11):1230-1235.
29. Costa MCO, Bigras M. Personal and collective mechanisms for protecting and enhancing the quality of life during childhood and adolescence. *Cienc Saude Coletiva* 2007;12(5):1101-1109.

30. Kvarme LG, Haraldstad K, Helseth S, Sorum R, Natvig K. Associations between general self-efficacy and health-related quality of life among 12-13-year-old school children: a cross-sectional survey. *Health Qual Life Outcomes* 2009;7:85.
31. Seirawan H, Sundaresan S, Mulligan R. Oral health-related quality of life and perceived dental needs in the United States. *J Public Health Dent* 2011;71(3):194-201.

Tabela 1. Dados estatísticos sobre acesso aos serviços de odontológicos, segundo experiência de cárie dentária e condição periodontal. Caiuá-SP.2013.

Período	Acesso aos serviços odontológicos (referente a última consulta)				CPO-D				IPC-Max				p-valor
	CPO-D > 0		CPO-D = 0		IPC > 0		IPC = 0		IPC > 0		IPC = 0		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Menos de 1 ano	100	60,2	5	41,7	32	58,2	73	59,3	0,211				
De 1 a 2 anos	53	31,9	4	33,3	15	27,3	42	34,2					
3 anos ou mais	13	7,9	3	25,0	8	14,5	8	6,5					
Local													
Serviço Público	132	80,0	10	83,3	43	79,6	99	80,5	0,895				
Serviço Privado Liberal	33	20,0	2	16,7	11	20,4	24	19,5					
Motivo													
Dor	40	24,1	1	8,3	12	21,8	29	23,6	0,955				
Consulta de rotina	89	53,6	11	91,7	31	56,4	69	56,1					
Cavidades nos dentes	37	22,3	-	-	12	21,8	25	20,3					
Avaliação do atendimento recebido													
Péssimo / Ruim	5	3,0	-	-	2	3,6	3	2,5	0,933				
Regular	44	26,5	3	25,0	16	28,6	31	25,4					
Bom	75	45,2	6	50,0	24	42,8	57	46,7					
Ótimo	42	25,3	3	25,0	14	25,0	31	25,4					
Informação sobre como prevenir problemas bucais													
Não	55	32,7	7	58,3	20	35,1	42	34,1	0,902				
Sim	113	67,3	5	41,7	37	64,9	81	65,9					
Autopercepção das necessidades de tratamento													
Não	23	13,8	1	8,3	8	14,0	16	13,1	0,866				
Sim	144	86,2	11	91,7	49	86,0	106	86,9					
Medo de ir ao cirurgião-dentista?													
Não	124	73,8	7	48,3	93	75,6	38	66,7	0,280				
Sim	44	26,2	5	41,7	30	24,4	19	33,3					

* Associação estatisticamente significativa

Tabela 2. Pontuação segundo as escalas de mensuração de qualidade de vida. Caiuá-SP.2013.

Variáveis	Menor Valor	Maior Valor	Mediana	Média	Desvio-Padrão
WHOQOL					
Físico	50,00	100,00	85,71	85,71	10,24
Psicológico	16,67	100,00	79,17	78,17	12,83
Relações Sociais	25,00	100,00	58,33	56,20	15,91
Meio Ambiente	34,38	100,00	76,57	75,19	14,15
Global	25,00	100,00	87,50	83,40	15,23
OIDP	0	44,00	0,00	6,49	9,15

Tabela 3. Estatística descritiva dos domínios avaliados pelo WHOQOL-Bref e do score total do OIDP, segundo CPO-D. Caiuá-SP.2013.

Variáveis	CPO-D	Mediana	Média	Desvio- Padrão	Mann-Whitney Test (p-valor)
Físico	CPO-D > 0	85,71	85,69	10,08	0,7900
	CPO-D = 0	85,72	86,01	12,87	
Psicológico	CPO-D > 0	79,17	78,47	12,91	0,1000
	CPO-D = 0	72,91	73,96	11,26	
Relações sociais	CPO-D > 0	58,33	56,94	15,89	0,0210*
	CPO-D = 0	50,00	45,83	12,56	
Meio ambiente	CPO-D > 0	78,13	75,41	14,28	0,3190
	CPO-D = 0	73,44	72,14	12,39	
Score total	CPO-D > 0	87,50	83,85	15,07	0,1310
WHOQOL-Bref	CPO-D = 0	81,25	77,08	16,71	
OIDP	CPO-D > 0	0	6,39	9,19	0,2930
	CPO-D = 0	5,00	7,92	8,91	

*Associação estatisticamente significante

Tabela 4. Resultados do Teste de Mann-Whitney entre qualidade de vida e acesso aos serviços odontológicos. Caiuá-SP, 2013.

Variáveis relacionadas à última consulta odontológica	Físico		Psicológico		Relações sociais		Meio Ambiente		Total	
									WHOQOL	OIDP
Período	Há 1 ano	0.5308	0.6550	0.9410	0.2500	0.0475*	0.3638			
	Há + de 1 ano									
Local	Serviço Público	0.7471	0.2070	0.0337*	0.3119	0.0519	0.5725			
	Serviço Privado									
Motivo	Dor	0.5407	0.8302	0.5775	0.8856	0.1546	0.1622			
	Rotina									
Atendimento	Bom	0.9291	0.4962	0.0306*	0.2928	0.2624	0.2362			
	Ruim									
Educação preventiva	Sim	0.4189	0.0972	0.1502	0.0045*	0.3183	0.5117			
	Não									
Autopercepção da necessidade de tratamento	Sim	0.4392	0.1090	0.2776	0.1802	0.3661	0.3060			
	Não									

*Associação estatisticamente significativa

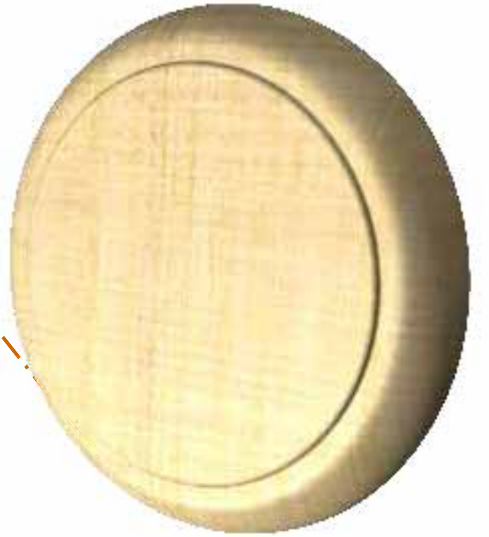


CONCLUSÃO GERAL



5 Conclusão Geral

Conclui-se que a dificuldade no acesso aos serviços odontológicos culmina no agravamento da cárie e doença periodontal, prejudicando a mastigação e a vida social dos adolescentes. A condição de saúde bucal depende do estilo de vida, dos hábitos, costumes e comportamento dos jovens, dentre outros aspectos. A obesidade e a escovação dentária em baixa frequência aumentam os riscos de cárie. A ingestão de comidas calóricas e escovação insuficiente resultam em sangramento gengival. O índice de cárie foi alto, especialmente os que relataram medo de ir ao cirurgião-dentista. A alteração periodontal mais evidente foi o sangramento gengival, sendo reversível. As necessidades de tratamento odontológico se concentraram nos procedimentos restauradores e em instrução de higiene e profilaxia. A última consulta ao cirurgião-dentista ocorreu majoritariamente nos últimos 12 meses, no serviço público, pela sintomatologia dolorosa. Apesar de os jovens terem apresentado bons níveis de qualidade de vida e baixo impacto da saúde bucal na qualidade de vida, a cárie, o local e qualidade do atendimento influenciaram as relações sociais destes indivíduos socialmente excluídos. A iniquidade persistente no acesso aos serviços odontológicos por populações socialmente excluídas precisa ser combatida por meio de políticas públicas de saúde que alcancem os princípios da equidade e universalidade, haja vista as perdas e danos irreversíveis à saúde, especialmente no que se refere aos adolescentes.



ANEXOS

ANEXO A – Lista das referências relativas à introdução geral

Acharya S, Pentapati KC, Singh S. Influence of socioeconomic status on the relationship between Locus of Control and Oral Health. *Oral Health Prev Dent*. 2011; 9(1):9-16.

Ahn SN, Burdine JN, Smith ML, Ory MG, Phillips CD. Residential rurality and oral health disparities: influences of contextual and individual factors. *J Prim Prev*. 2011;32(1):29-41.

Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal: 2004. [Citado 2012 mar. 11]. Disponível em http://dab.saude.gov.br/CNSB/atencao_basica.php.

Brasil. Decreto de 25 de fevereiro de 2008. Institui o Programa Territórios da Cidadania e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 2008 fev. 26, seção 1, p. 1.

Brasil. Decreto de 23 de março de 2009. Dá nova redação aos arts. 1º, 3º e 6º do Decreto de 25 de fevereiro de 2008, que instituiu o Programa Territórios da Cidadania, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 2009 mar 24, seção 1, p. 1. Disponível em <<http://www.territoriosdacidadania.gov.br/dotlrn/clubs/territoriosrurais/xowiki/portlets/territorios/pages/folder-chunk>>. Acesso em 29 de maio de 2012.

Brasil. Ministério do Desenvolvimento Agrário. Território da cidadania: Pontal do Paranapanema-SP. 2010a. [Citado 2012 mar. 11]. Disponível em: http://www.territoriosdacidadania.gov.br/dotlrn/clubs/territoriosrurais/pontaldoparanapanemas/p/one-community?page_num=0.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico. 2010. [Citado 2013 mar. 20]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>

Carneiro MCG, Santos RV, Garnelo L, Rebelo MAB, Coimbra-Jr CEA. Dental caries and need for dental care among the Baniwa Indians, Rio Negro, Amazonas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008, 13(6): 1895-1992.

Coolidge T, Skaret E, Heima M, Johnson EK, Hillstead MB, Farjo N, et al. Thinking about going to the dentist: a Contemplation Ladder to access dentally-avoidant individuals' readiness to go to a dentist. *BMC Oral Health*. 2011; 11:4.

Darby I, Phan L, Post M. Periodontal health of dental clients in a community health setting. *Aust Dent J*. 2012;57(4):486-92.

Demirer S, Gürsoy UK, Osdemir H, Erdemir EO, Uitto VJ. Periodontal health knowledge and smoking are associated with periodontal treatment need according to tooth brushing levels. *West Indian Med J*. 2012; 61 (2): 191

Diez E, Morrison J, Pons-Vingués M, Borrell C, Corman D, Burström B, et al. Municipal interventions against inequalities in health: the view of their managers. *Scand J Public Health*. 2014;42:476-487.

Feldens CA, Rodrigues PH, Rauber F, Chaffee BW, Vitolo MR. Food expenditures, cariogenic dietary practices and childhood dental caries in southern Brazil. *Caries Res.* 2013;47(5):373-81.

Fischer TK, Peres KG, Kupek E, Peres MA. Primary dental care indicators: association with socioeconomic status, dental care, water fluoridation and Family Health Program in Southern Brazil. *Rev Bras Epidemiol.* 2010;13(1):126-38.

Forneris T, Fries E, Meyer A, Buzzard M, Uguy S, Ramakrishnan R, et al. Results of a rural school-based peer-led intervention for youth: goals for health. *J. Sch. Health.* 2010;80(2):57-65.

Freddo SL, Aerts DRGC, Abegg C, Davoglio R, Vieira PC, Monteiro L. Oral hygiene habits and use of dental services among teenage students in a city in southern Brazil. *Cad Saúde Pública.* 2008; 24(9): 1991-2000.

Frieden TR, Hennin KJ. Public health requirements for rapid progress in global health. *Glob Public Health.* 2009;4(4):323-37.

Frisbee SJ, Chambers CB, Frisbee JC, Goodwill AG, Croout RJ. Self-reported dental hygiene, obesity, and systemic inflammation in a pediatric rural community cohort. *BMC Oral Health.* 2010, 10:21

Guido JA, Mier EAM, Soto A, Eggertsson H, Sanders BJ, Jones JE, et al. Caries prevalence and its association with brushing habits, water availability, and the intake of sugared beverages. *Int J Paediat Dent.* 2011; 21: 432-440.

Harada S, Akhter R, Kurita K, Morei M, Hoshikoshi M, Tamashiro H, et al. Relationships between lifestyle and dental health behaviors in a rural population in Japan. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2005; 33(10): 17-24.

Kumar YS, Acharya S, Pentapati KC: Prevalence of dental pain and its relationship to caries experience in school children of Udupi District. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2014; 15(6): 371-5.

Montero J, Bravo M, Vicent MP, Galindo MP, López JF, Albaladejo A. Dimensional structured of the oral health-related quality of life in healthy Spanish workers. *Health Qual Life Outcomes.* 2010;8:24.

Papaioannou W, Oulis CJ, Latsou D, Yfantopoulos J. Oral health related quality of life of Greek adolescents: a cross-sectional study. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2011,12(3):146-150.

Pham TAV, Ueno M, Shinada K, Kawaguchi Y. Comparison between self-perceived and clinical oral malodor. *Oral Sur Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2012;113(1):70-80.

Sacardina GA, Messina P. Good oral health and diet. *J Biomed Biotechnol.* 2012:720692.

Saliba NA, Moimaz SAS, Saliba O, Tiano AVP. Dental loss in a rural population and the goals established for the World Health Organization. *Cienc Saude Coletiva.* 2010,15(Suppl 1):1857-64.

Souza DPO, Areco KN, Silveira Filho DXS. Alcohol and alcoholism among Brazilian adolescent public-school students. *Rev Saude Publica*. 2005;39(4):585-92.

Traebert J, Jinbo Y, Lacerda JT. Association Between Maternal Schooling and Caries Prevalence: a cross-sectional study in southern Brazil. *Oral Health Prev Dent*. 2011;9(1): 47-52.

Vettore MV, Moysés SJ, Sardinha LMV, Iser BPM. Socioeconomic status, toothbrushing frequency, and health-related behaviors in adolescents: na analysis using the PeNSE database. *Cad Saude Publica*. 2012;28(Suppl):S101-13.

ANEXO B – Certificado de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

FACULDADE DE
ODONTOLOGIA - CÂMPUS DE
ARAÇATUBA - JÚLIO DE

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DE ADOLESCENTES DE UM ASSENTAMENTO RURAL NO PONTAL DO PARANAPANEMA-SP

Pesquisador: Tania Adas Saliba Rovida

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 09692713.3.0000.5420

Instituição Proponente: Faculdade de Odontologia do Campus de Araçatuba - UNESP

Patrocinador Principal: FUNDAÇÃO DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DE SAO PAULO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 373.201

Data da Relatoria: 23/08/2013

Apresentação do Projeto:

Projeto apresentando todas as documentações necessárias e adequadamente descritas. Baseia-se num estudo epidemiológico transversal, tipo inquérito, descritivo e analítico, no qual os 320 jovens de um assentamento rural do Pontal do Paranapanema-SP serão examinados clinicamente, por um cirurgião dentista quanto as condições de saúde bucal e coletadas informações por meio de questionários validados a serem respondidos que permitirão verificar estilo e qualidade de vida, condições sócio econômica e acesso aos serviços públicos.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar as condições de saúde, estilo de vida, condições socioeconômica e qualidade de vida de adolescentes de um assentamento rural do Pontal do Paranapanema-SP.

Avaliar as condições de saúde bucal quanto a presença de cárie, fluorose, periodontopatias; hábitos alimentares, de higiene bucal, prática de exercícios, índice de massa corporal, consumo de fumo e álcool, qualidade de vida, e o impacto da saúde na qualidade de vida, condições socio econômica, acesso aos serviços públicos odontológicos, verificar a fonte de água de consumo e sua composição quanto a concentração de fluor. Dados que serão coletados utilizando-se questionários WHOQOL-Bref (Avalia qualidade de vida), OIDP (Oral Impacts on Daily Performances Index), avalia o impacto da saúde bucal na qualidade de vida e GSHS-WHO (Global School-based

Endereço: JOSE BONIFACIO 1193
Bairro: VILA MENDONCA **CEP:** 16.015-050
UF: SP **Município:** ARACATUBA
Telefone: (18)3636-3200 **Fax:** (18)3636-3332 **E-mail:** anacmsn@foa.unesp.br

FACULDADE DE
ODONTOLOGIA - CÂMPUS DE
ARAÇATUBA - JÚLIO DE



Continuação do Parecer: 373.201

Student Health Survey), avalia a prática dos exercícios físicos, hábitos alimentares e higiene, consumo de álcool e fumo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

o presente projeto, corrigiu as modificações solicitadas colocando risco mínimo no TCLE e no projeto.

Os resultados poderão trazer informações importantes sobre a condição de saúde bucal dos adolescentes rurais e o acesso destes aos serviços públicos odontológicos. O projeto visa promover programas de prevenção de doenças bucais, de educação à saúde e higienização bucal, melhorar a organização da demanda de serviços para este público se necessário.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

apresentados corretamente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

o presente projeto está de acordo com as normas do comitê de ética

Recomendações:

acatadas

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

corrigidas

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

o pesquisador realizou todas as adequações solicitadas pelo relator e o CEP aprova o presente parecer

Endereço: JOSÉ BONIFÁCIO 1193
Bairro: VILA MENDONÇA CEP: 18.015-050
UF: SP Município: ARAÇATUBA
Telefone: (18)3636-3200 Fax: (18)3636-3332 E-mail: anacomso@fosa.unesp.br

Página 02 de 03

FACULDADE DE
ODONTOLOGIA - CÂMPUS DE
ARAÇATUBA - JÚLIO DE



Continuação do Parecer: 373/2013

ARAÇATUBA, 27 de Agosto de 2013

Assinador por:
Ana Claudia de Melo Stevanato Nakamune
(Coordenador)

Endereço: JOSE BONIFACIO 1193
Bairro: VILA MENDONÇA CEP: 16.015-050
UF: SP Município: ARACATUBA
Telefone: (18)3636-3200 Fax: (18)3636-3332 E-mail: aractom@fca.unesp.br

Página 07 de 09