

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

REGINA CÉLIA GIANCRISTOFORO CAMPOS

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE SAÚDE BUCAL NA POPULAÇÃO DE 15 A 19 ANOS
ADSCRITA À UNIDADE DO PSF DO PARQUE PRAZERES,
CAMPOS DOS GOYTACAZES/RJ

Rio de Janeiro

2007

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

REGINA CÉLIA GIANCRISTOFORO CAMPOS

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE SAÚDE BUCAL NA POPULAÇÃO DE 15 A 19 ANOS
ADSCRITA À UNIDADE DO PSF DO PARQUE PRAZERES,
CAMPOS DOS GOYTACAZES/RJ

Dissertação apresentada à Universidade Estácio de
Sá como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Isabel Bastos Valente

Rio de Janeiro

2007

REGINA CÉLIA GIANRISTOFORO CAMPOS

Perfil Epidemiológico de Saúde Bucal na população de 15 a 19 anos adscrita à Unidade do
PSF do Parque Prazeres – Campos dos Goytacazes/RJ

Dissertação apresentada à Universidade
Estácio de Sá como requisito parcial para a
obtenção do grau de Mestre em Saúde da
Família.

Aprovada em:

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dra. Maria Isabel Bastos Valente
Universidade Estácio de Sá

Prof. Dr. Haroldo José de Matos
Universidade Estácio de Sá

Prof^ª. Dra. Mônica Gouvêa
Universidade Federal Fluminense

Dedico este trabalho, à memória dos meus pais, Ernesto e Lydia, que me deixaram uma herança de trabalho, dignidade, honestidade e respeito ao ser humano, além do apoio e carinho permanentes.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me proporcionado equilíbrio físico mental e espiritual.

Ao meu companheiro de vida e sonhos, Paulo, e aos meus filhos, Bernard e Matheus, que me apontam todos os dias o significado da vida.

À minha orientadora Isabel Valente pelas lições seguras e por acreditar no meu esforço pessoal ao longo desta jornada.

Ao Professor Haroldo Matos, pelos ensinamentos técnicos e predisposição em colaborar com o nosso crescimento acadêmico.

À equipe do PSF/Parque Prazeres pela parceria e companheirismo.

A Prefeitura de Campos dos Goytacazes e em especial ao Dr. Arnaldo que sonhou com todos os profissionais do PSF esta especialização.

À Cristina e a Murielem, companheiras desta trajetória de lutas e parceiras neste caminhar.

À Universidade Estácio de Sá e seus representantes por acreditarem na parceria que nos possibilitou realizar o curso.

Haverá um dia em que todos os seres humanos terão direito à saúde, a melhoria das suas condições de vida e finalmente serão tratados, independentemente, de raça, cor, religião, classe social, como cidadãos. Essa é a grande utopia dos que fazem da Saúde um exercício de vida e fé.

RESUMO

O presente estudo teve por objetivo traçar o perfil epidemiológico dos adolescentes situados na faixa etária de 15 a 19 anos, moradores do Parque Prazeres, área atendida pelo núcleo do PSF do Parque Prazeres, bairro periférico do município de Campos dos Goytacazes, Norte do Estado do Rio de Janeiro. Foi realizado um levantamento epidemiológico utilizando os índices de CPO-D e CPI. Durante a coleta de dados foi utilizado um questionário cujas determinantes envolveram critérios como: auto-percepção em saúde bucal; condições sócio-econômicas; acesso aos serviços odontológicos; motivos de procura do dentista entre outros. As discussões priorizaram a análise comparativa que utilizou dados já assentados das estatísticas do Ministério da Saúde, sobre os índices de CPO-D e CPI em adolescentes da região Sudeste e Brasil (SB Brasil/2003). Os resultados demonstraram que na avaliação dos dados comparativos, o Parque Prazeres apresenta um alto nível dos índices de CPO-D (8,23), sobretudo em razão da ausência de uma cultura em saúde bucal e do reconhecimento de que os dentes são partes da saúde geral dos indivíduos. Observou-se que a média do componente perda dentária do CPO-D foi o mais elevado. Melhorar o acesso dos jovens aos serviços odontológicos é medida de promoção de saúde bucal.

Palavra Chave: Epidemiologia. Saúde Pública. Odontologia. Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

The aim of this study was to evaluate the epidemiological aspects of teenagers aged 15-19 living in Parque Prazeres, area under Family Health Program (PSF), in Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro. They were interviewed and clinically examined through DMFT and CPI scores. Auto-perception of oral health, economical and social conditions, access to dental services, reasons for looking for a dentist was evaluated. Comparative analysis between the Brazilian Ministry of Health statistics for DMFT and CPI indexes in Southeast region, as for the whole country (SB Brasil/2003) was performed. The results show that Parque Prazeres has a high DMFT level (8.23), which is related to the local custom of ungoing dental consultation on a regular basis or not considering oral care as fundamental part for the well-being. The dental loss indicator of DMFT is the highest among others. Improving dental care's access to young people is a way of promoting oral health.

Key-words: Epidemiology. Public Health. Dentistry. Family Health Program.

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ceo-d	Dentes decíduos cariados, extração indicada e obturados
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CPO-D	Dentes cariados, perdidos e obturados
DNSB	Departamento Nacional de Saúde Bucal
FDI	Federação Dentária Internacional
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPC ou CPI	Índice Periodontal Comunitário
IPCNT	Índice Periodontal Comunitário de Necessidade de Tratamento
IPI	Índice de Perda de Inserção
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência a Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PACS	Programa dos Agentes Comunitários de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PSF	Programa Saúde da Família
%	Percentual
REFORSUS	Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
THD	Técnica em Higiene Dental
WHO	Oral Health Surveys

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 - Médias de CPO-D e participação dos componentes, de acordo com a idade, Brasil, 1986.....	27
Gráfico 2 - Índice CPO-D de acordo com a idade e componentes. Brasil, 1996.....	29
Figura 1 - Comparação da distribuição percentual dos valores de CPO-D na faixa etária de 15 a 19 anos entre os dados do Pq. Prazeres e o SB Brasil 2003.....	44
Figura 2 - Comparação das médias de CPO-D e proporções de componentes na faixa etária de 15 a 19 anos no Parque Prazeres Sudeste e Brasil (SB Brasil, 2003).....	46

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Dados do levantamento epidemiológico em saúde bucal. Brasil, 2003.....	30
Quadro 2 - Comparação entre as metas propostas pela OMS/FDI para o ano 2000 com relação à cárie dentária com os resultados da Pesquisa do Parque Prazeres e o Projeto SB Brasil, 2003.....	46

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Número e porcentagem de adolescentes examinados segundo sexo e idade.....	43
Tabela 2 - Comparação da distribuição, em números absolutos e percentuais, da prevalência de cárie medida pelo CPO-D de 15 a 19 anos.....	43
Tabela 3 - Comparação da média dos componentes CPO-D na faixa etária de 15 a 19 anos do Parque Prazeres, Região Sudeste, Brasil, 2003.....	44
Tabela 4 - Comparação do percentual do índice CPO-D na faixa etária de 15 a 19 anos do Parque Prazeres, Região Sudeste, Brasil, 2003.....	45
Tabela 5 - Comparação da média de dentes CPO-D, desvio-padrão e intervalos de confiança de 95% para média populacional na faixa etária de 15 a 19 anos do Parque Prazeres, Região Sudeste, Brasil, 2003.....	45
Tabela 6 - Comparação do número e porcentagem de pessoas, segundo o maior grau de condição periodontal observado no indivíduo na faixa etária de 15 a 19 anos do Parque Prazeres, ilustrando os resultados obtidos na região Sudeste e Brasil (SB Brasil, 2003).....	47
Tabela 7 - Comparação do demonstrativo socioeconômica indivíduo na faixa etária de 15 a 19 anos do Parque Prazeres e resultados do SB Brasil, 2003.....	48
Tabela 8 - Comparação da demonstração ao acesso a serviços odontológicos na faixa etária de 15 a 19 anos do Parque Prazeres e SB Brasil, 2003.....	49
Tabela 9 - Comparação da demonstração da autopercepção em saúde bucal na faixa etária de 15 a 19 anos do Parque Prazeres, e SB Brasil, 2003.....	50

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO.....	13
1.1 – CONCEITO DE SAÚDE E PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL	14
1.2 – EPIDEMIOLOGIA DAS DOENÇAS BUCAIS.....	20
1.3 – PERSPECTIVA DA SAÚDE BUCAL – PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA	31
2 – OBJETIVOS.....	36
3 - JUSTIFICATIVA	37
4 – PROCEDIMENTOS E MÉTODOS	39
4.1 – DESENHO DO ESTUDO	39
4.2 – LOCAL DO ESTUDO E POPULAÇÃO-FONTE	39
4.3 – TAMANHO DA AMOSTRA.....	39
4.4 – CENÁRIO.....	40
4.5 – CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	40
4.6 – COLETA DE DADOS	40
4.7 – ANÁLISE DE DADOS.....	42
5 – RESULTADOS	43
6 - DISCUSSÃO.....	51
7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	56
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58
ANEXO A - Termo de Consentimento.....	63
ANEXO B - Questionário.....	64
ANEXO C - Ficha de exame.....	67
ANEXO D - Condição de dente.....	68
ANEXO E - Condição Periodontal.....	71

1 INTRODUÇÃO

A Odontologia como prática profissional é resultante de uma complexa articulação de fatores internos e externos ao processo de trabalho. Entre esses fatores destacam-se o conhecimento científico disponível em cada momento vivido pela profissão, assim com as tecnologias, os ambientes, os instrumentos e materiais utilizados, além dos recursos humanos, cuja importância é reconhecida universalmente, em razão da condição e presença dos sujeitos do processo (NARVAI, 2003).

As transformações experimentadas pela sociedade brasileira ao longo do século XX levaram a um acentuado crescimento econômico, industrial e urbano, que por sua vez gerou uma prática odontológica hegemônica no país, caracterizada por Narvai (1994) como Odontologia de Mercado. Essas mudanças repercutiram de forma profunda nas práticas odontológicas, que foi se tornando complexa e cada vez mais sofisticada em termos de tecnologia. Essa concepção mecanicista acabou por reduzir a doença à dimensão biológica, levando a uma maior ênfase no processo curativo-reparador, caracterizado por uma prática de alto custo, baixa cobertura e desigualdade em relação ao acesso.

A formação de recursos humanos em Odontologia como parte da política de Saúde deu ênfase aos domínios cognitivos e instrumentais, o que acabou gerando conseqüências, tais como: mecanicismo, biologismo, assistência individual, especialização precoce, tecnificação da prática odontológica e, ênfase na Odontologia curativa (MOYSES, 2004).

Os dados apresentados pelo IBGE (2000) que fazem parte do relatório da PNAD (1998) demonstram que 29,6 milhões (18,7%) dos indivíduos nunca foram ao dentista, sendo que na zona rural, essa porcentagem sobe para 32%. Entre os brasileiros que ganham 20 salários mínimos, apenas 4,5% nunca foram ao dentista (3,4% na macro-região sul). Essa

porcentagem alcança 36,5% entre aqueles em que os rendimentos não chegam a 1 salário mínimo (43,4%) na macro-região Nordeste. Esses dados revelam que sentar na cadeira do dentista é privilégio de poucos e não um “direito de todos”.

1.1 CONCEITO DE SAÚDE E PROMOÇÃO DE SAÚDE

As discussões em torno do conceito de saúde, e conseqüentemente de doença retomam a Antiguidade, revelando-se nas diferentes opiniões ao longo da história. De acordo com a posição de Souza e Oliveira (1998) “o processo saúde-doença tem tido significados conforme cada época”, logo, o conceito que se tem de saúde depende do entendimento que se tem do organismo vivo e de sua relação com o meio ambiente. Neste sentido a conceituação do processo saúde-doença está condicionada pela capacidade intelectual do homem em cada contexto histórico e pelas condições concretas de existência.

Esta estratégia histórica encontra-se marcada por espectros em termos de doença, como considera Costa (1990). Assim, surge a lepra nos tempos bíblicos, juntamente com a peste e a cólera. Na China e na Índia antigas, a varíola. Na Antiguidade greco-romana, a malária, tal como descreveu Hipócrates, e que se tornou uma endemia, acarretando graves conseqüências para a população da época. A malária costuma acometer os trabalhadores rurais, levando-os a abandonar o campo e se dirigirem à cidade. Esta, por sua vez, ao perder o suporte dos agricultores, ganha camponeses doentes.

No decorrer da Idade Média, no instante em que se dá a ascensão do regime feudal, pode ser considerado como a Era das Trevas e, do ponto de vista da saúde, a denominação é apropriada. Foi uma época de pestilências, onde Ocidente Medieval estava despreparado para enfrentar o problema da doença, (SOUZA e OLIVEIRA, 1998).

A partir do século XVIII, com a urbanização dos países europeus e a produção fabril, emerge o foco na questão social, como analisam Souza e Oliveira (1998). No século XIX, o binômio saúde-doença passa por mudanças onde as concepções sociais vão ceder lugar ao agente etiológico, que era combatido por meio de agentes químicos. Surgem assim, os fármacos e a produção industrial de medicamentos. No início do século XX, o modelo ecológico toma conta das discussões entre saúde-doença, na tentativa de demonstrar a interação do agente com o hospedeiro, que ocorre em ambiente composto de elementos diversos - físicos, biológicos e sociais. McKeown et al. (1974) afirmaram que melhorias na nutrição e no saneamento (aspectos relativos ao meio ambiente) e as modificações nas condutas da reprodução humana (sobretudo a diminuição no número de filhos por família) foram fatores responsáveis pela redução da mortalidade na Inglaterra e no País de Gales, no século XIX e na primeira metade do século XX. As intervenções médicas eficazes, como imunizações e a antibioticoterapia, tiveram influência tardia e de menor importância relativa.

Contudo, a partir dos anos 60 intensificam-se as críticas ao modelo ecológico, com o foco voltando-se para o caráter biológico e social, recuperando-se o caráter histórico, que favorece a compreensão do patológico, fortalecendo uma abordagem tecnicista caracterizada por um modelo médico-centrado.

Este breve histórico contempla o processo saúde-doença em suas mudanças no tempo-espço revelando o que Laurell (1983) chama de caráter histórico e social que confere à saúde um sentido coletivo, sem abrir mão dos aspectos individuais, que configuram a dialética entre o sujeito e o cidadão, que é parte de sua comunidade, inserida na sociedade como um todo.

Sobre esta questão da saúde como um conceito que não pode ser reduzido apenas à ausência da doença ou mesmo da doença como simplesmente a falta de saúde que Czeresnia (1999) comenta: “saúde e o adoecer são formas pelas quais a vida se manifesta, correspondem

a experiências singulares e subjetivas, impossíveis de serem reconhecidas e significadas integralmente pela palavra”.

Esta posição é reforçada por Segre e Ferraz (1997) em artigo que questiona o conceito universalizado da Organização Mundial de Saúde (OMS) que define Saúde como “ausência de doença e perfeito estado de bem-estar físico, mental e social” (OMS, 1946). Mesmo que para a época em que foi realizado, o conceito se mostrasse avançado, para os referidos autores ele se mostra, no momento, “irreal”, “ultrapassado” e “unilateral”.

Na verdade, as concepções de Saúde na contemporaneidade, não podem deixar de lado esta visão do sujeito como totalidade em que as partes se interdependem em função do todo, assim como os cenários nos quais esse sujeito atua e vive as determinações históricas, bem como a sua história pessoal presente na genética e na sua trajetória existencial. É como afirmam Segre e Ferraz (1997) “o destaque à autonomia do ser humano, em que supostamente existe uma vontade, fazendo parte de uma “psyche” (alma) que transcende ao próprio ambiente sócio-cultural e mesmo à sua bagagem genética”. Esses autores ainda apresentam o seu próprio conceito de saúde: “Saúde é um estado razoável de harmonia entre o sujeito e sua própria realidade”.

O conceito de saúde ampliou e partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e seus determinantes, a promoção da saúde, como são chamadas atualmente todas as atividades que convergem para a saúde, propõem a articulação dos saberes técnicos, populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, dos mais diversos setores para o enfrentamento e a resolução dos problemas e seus determinantes (BUSS, 2000).

Esta nova visão ampliada de saúde ganha consistência com a I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, em 1986, que deu origem a uma série de outras conferências internacionais, colaborando com a difusão de conceitos básicos

que exigem novas posturas teórico-metodológicas na direção do reposicionamento da saúde coletiva em torno do compromisso de saúde para todos. Este documento defende um conjunto de valores tais como: qualidade de vida, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, valorizando uma combinação de estratégias, que envolvem: as ações do Estado, da comunidade, de indivíduos, do sistema de saúde e de parcerias intersetoriais (BUSS, 2000).

O movimento sanitário brasileiro teve como ponto alto a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, em Brasília. Com a participação de quatro mil pessoas, entre profissionais de saúde, usuários, técnicos, políticos, lideranças populares e sindicais, a 8ª Conferência criou base para proposta de reestruturação do Sistema de saúde brasileiro. O seu documento final, entre outras propostas, destaca o conceito ampliado de saúde colocado como direito de todos e dever do Estado e como “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986).

Como resultado das diversas propostas, a Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196 (BRASIL, 1988) aprovou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), onde afirma que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Com este artigo fica definida a universalidade da cobertura do Sistema Único de Saúde.

Conforme a Constituição Federal de 1988, o SUS é definido pelo artigo 198 do seguinte modo:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III. Participação da comunidade.

Um dos princípios organizativos do SUS é a descentralização, entendida como uma redistribuição das responsabilidades quanto às ações e aos serviços de saúde entre os vários níveis de governo (CORDEIRO, 2001). A descentralização parte do princípio de que a realidade local é o determinante principal para o estabelecimento de políticas de saúde. Dessa forma, a estratégia fundamental do processo de descentralização é a municipalização da assistência à saúde.

O processo de descentralização do SUS propiciou inúmeros avanços e melhorou substancialmente o acesso da população aos serviços de saúde. Observam-se um esforço de cooperação entre o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais e as Secretarias Municipais, visando aumentar a capacidade de formulação e gestão do nível local.

O princípio da integralidade pressupõe uma prática de saúde que supere a lógica flexneriana imbuída no ato médico e na organização dos serviços, que fazem parte a articulação entre a área da saúde e outras políticas sociais, de modo a assegurar uma ação intersetorial entre diferentes áreas que tenham repercussão na saúde (CUNHA E CUNHA, 1998).

A intersetorialidade é vista como a articulação entre sujeitos de setores sociais diversos e, portanto, com saberes, poderes e vontades complexos (FEURWEKER e COSTA, 2000). O interessante na abordagem desses autores é o fato de que eles apontam para a não isenção de conflitos, contradições e problemas. De acordo com Moyses et al. (2004) “a intervenção na cidade demonstra claramente a necessidade de criar espaços de compartilhamento de saber e poder, construir novas linguagens e novos conceitos, desenvolver capacidade de escuta e negociação”.

Entre as dificuldades enfrentadas na implantação da estratégia da intersectorialidade, apontadas pela literatura encontram-se: ausência de uma cultura voltada para as ações intersectoriais; a dificuldade de romper as relações tradicionais de trabalho com concentração de poder na mão de um setor; dificuldade de profissionais de saúde em olhar para além do objeto específico de sua atuação; corporativismo profissional; os orçamentos públicos setorizados que dificultam a agilização e resolutividade das ações (FEURWEKER e COSTA, 2000).

Os profissionais de saúde, os movimentos sociais e organizações populares, políticos e autoridades públicas têm responsabilidades sobre as repercussões positivas ou negativas que as políticas públicas têm sobre a situação de saúde e as condições de vida (BUSS, 2000 e CARVALHO, 1998). Na verdade, como bem afirmam os diversos autores e analistas ligados aos órgãos do Ministério da Saúde, não há “receitas prontas”, na medida em que as mediações entre a população e poder público, assim como a capacitação para o exercício da cidadania e do controle social são contribuições inestimáveis, que a prática da promoção da saúde, através de seus profissionais, podem trazer para o movimento social e sua dinâmica.

Atualmente, com as mudanças na legislação brasileira e inovações nos programas de Agentes Comunitários de Saúde, bem como a expansão do Programa Saúde da Família, muitas das propostas da Promoção da Saúde, como um novo paradigma em Saúde, vem dando importante impulso à qualidade de vida das populações periféricas.

De acordo com Laurell (1983), “para demonstrar o caráter social da doença é necessário, também, estudar o tipo, a frequência e a distribuição da moléstia nos diversos grupos sociais que constituem a sociedade”, na medida que existe uma articulação entre processo social e o processo saúde e doença, este deve assumir características distintas, conforme o modo diferencial com que cada um dos grupos se insere na produção e se

relaciona com os grupos sociais restantes. Por esta razão, a doença e a morte apresentam perfis diferenciados nos diversos grupos sociais objeto de estudos epidemiológicos.

Na realidade, para realização de uma análise de cunho social, é necessário ir além do objeto direto da medicina clínica e construir um objeto que permita o estudo empírico do problema. Atualmente, a virada no conceito de saúde-doença com foco na promoção da saúde tem possibilitado pesquisas de caráter epidemiológico, cujos estudos empíricos jamais haviam sido realizados, exatamente pelo caráter social de seu objeto. Portanto, a epidemiologia é um instrumento essencial para o diagnóstico das condições de saúde nas coletividades humanas e configura componente fundamental no planejamento e avaliação das ações em Saúde Coletiva.

1.2 EPIDEMIOLOGIA DAS DOENÇAS BUCAIS

Os estudos epidemiológicos tornaram-se efetivamente importantes e acessíveis aos profissionais da saúde, a partir do instante em que as novas tecnologias contribuíram com suas ferramentas, para assegurar a fidedignidade na precisão dos dados levantados pelas pesquisas. A epidemiologia busca reconhecer as causas que influenciam o padrão de distribuição de doenças e dos agravos à saúde, assim como seus determinantes, tornando-se um pré-requisito fundamental para o sucesso da promoção de saúde na população.

A cárie dentária continua sendo o principal problema de Saúde Bucal na maioria dos países industrializados, afetando cerca de 60 a 90% dos escolares e praticamente todos os adultos (PETERSEN, 2003). Sua ocorrência é importante causa de dor, perda dentária, problemas na escola e absenteísmo no trabalho.

Muitas vezes criticado por pesquisadores contemporâneos, influenciados pelos novos conhecimentos no campo da cariologia, o índice CPO-D (Dentes cariados, perdidos e obturados), proposto por Klein e Palmer (1937) continua sendo um dos indicadores mais utilizados nos estudos epidemiológicos da cárie dentária, mesmo que considerado “antigo”, “superado” e “inadequado” aos tempos atuais (ANTUNES, PERES E FRAZÃO, 2006).

Entre os motivos que justificam a longa sobrevivência do CPO-D, encontramos a simplicidade e a objetividade que colaboraram para que ele se transformasse em um bom indicador do nível de cárie de jovens populações (CYPRIANO, 2004). Embora seja largamente utilizado, o índice CPO-D apresenta algumas limitações. Na verdade, seus valores não têm relação com o número de dentes sob risco. Um exemplo que ilustra esta afirmação, é o de uma criança de 7 anos, com apenas nove dentes permanentes irrompidos, dos quais três foram afetados por cáries em muito pouco tempo, e que terá CPO-D menos elevados do que um adulto com 4 dentes cariados, apesar de apresentar maior proporção de dentes atacados em períodos de tempo mais curto (ANTUNES, PERES E FRAZÃO, 2006).

Outra limitação do índice CPO-D refere-se à inclusão de dentes com distintas condições, pois como seu cálculo resulta da soma de seus componentes, atribui-se igual peso às condições diferenciadas e um dente restaurado e saudável e um dente cariado não tratado contribuem de modo equivalente para o valor índice. Logo, não é considerada a presença de dentes hígidos, que se trata de uma condição de saúde e não de doença (ANTUNES, PERES E FRAZÃO, 2006).

Atualmente, os estudos epidemiológicos de cárie e doença periodontal, como exemplos têm contribuído de forma significativa para ampliação dos programas da esfera pública na área de Saúde Bucal. Mesmo sendo dispendiosos, eles são necessários para o estabelecimento de ações eficazes da Saúde Bucal Coletiva, que realiza a atenção básica na Odontologia.

A cárie dentária surge nos levantamentos epidemiológicos como principal agravo nas comunidades brasileiras. Segundo Newbrun (1988) a cárie é uma doença que possui mais de 500.000 anos de idade, como evidenciam os registros esqueléticos encontrados por pesquisadores.

Os documentos de Atenção Básica em Saúde Bucal do Ministério da Saúde (2006) consideram que “a atividade metabólica das bactérias resulta em um contínuo processo de desmineralização e remineralização do tecido dentário-esmalte, dentina ou cemento, gerando desequilíbrio” (BRASIL, MS, 2006).

A cárie é uma doença multifatorial, influenciada por uma série de determinantes, tais como fatores culturais e socioeconômicos, falta de acesso ao flúor, deficiente controle mecânico do biofilme (placa bacteriana), consumo excessivo e freqüente de açúcar e xerostomia (BRASIL, MS, 2006). Atualmente, as pesquisas comprovam que os estágios iniciais da doença, anteriores à cavitação, podem ser paralisados por ações de promoção à saúde e prevenção, havendo necessidade de intervenção sobre os seus determinantes no sentido de evitar novas cavidades e recidivas nas restaurações.

A pesquisa SB/BRASIL 2003 que levantou dados epidemiológicos no país demonstrou que 27% das crianças de 18 a 36 meses e 60% das crianças de 5 anos de idade apresentam pelo menos um dente decíduo com experiência de cárie. Em relação à dentição permanente, quase 70% das crianças de 12 anos e cerca de 90% dos adolescentes de 15 a 19 anos apresentam pelo menos um dente permanente com experiência de cárie. Entre adultos e idosos a situação é ainda mais grave, pois a média de dentes atacados pela cárie na faixa etária de 35 a 44 anos é de 20,1 dentes e 27,8 dentes na faixa etária de 65 a 74 anos. A análise desses dados também aponta para perdas dentárias progressivas e precoces: mais de 28% dos adultos e 75% dos idosos não possuem nenhum dente funcional em pelo menos uma arcada (SB BRASIL, 2003).

As doenças periodontais são entendidas como doença infecto-inflamatória e as alterações de forma e função consideradas como seqüelas da mesma. Duas formas clássicas são descritas como manifestações de processo saúde-doença periodontal: as gengivites e as periodontites. Cada uma dessas patologias pode apresentar características singulares em função das diferentes características apresentadas pelos fatores de agressão (bactérias) ou de defesa (resposta do hospedeiro) (AXELSSON & LINDHE, 1981).

Genericamente, as gengivites são manifestações inflamatórias na gengiva marginal desencadeadas pelo acúmulo de placa bacteriana (biofilme) supragengival. Já as periodontites caracterizam-se por inflamações dos tecidos de sustentação dos dentes, acompanhadas de perda de inserção do tecido conjuntivo, a partir da agressão pelo biofilme subgengival. (BRASIL, MS, 2006)

Os índices mais utilizados em pesquisas epidemiológicas sobre condições periodontais são: o Índice Periodontal Comunitário de Necessidade de Tratamento (IPCNT) (WHO, 1987); o Índice Periodontal Comunitário (IPC) (WHO, 1997) e o Índice de Perda de Inserção (IPI). O IPCNT foi apresentado pela OMS em 1987 para padronização dos levantamentos epidemiológicos das condições periodontais nas diferentes populações.

A maioria dos estudos brasileiros utilizou o IPCNT. Os dados obtidos através deste índice devem ser analisados de forma criteriosa, por se tratar de uma medida de necessidade de tratamento, não refletindo o estado de saúde periodontal. De acordo com Gjermo et al. (1893) este índice superestima a necessidade de tratamento e, conseqüentemente, seu uso para medir a doença também tende a ser superestimado, principalmente por não levar em consideração que gengivite e periodontite são condições distintas.

Nos últimos anos, surgiu uma nova área de pesquisa periodontal chamada de "medicina periodontal", em que têm sido identificadas associações e evidências

epidemiológicas de que as infecções periodontais possuem conseqüências sistêmicas, principalmente em doenças cardiovasculares/cerebrovasculares, nascimentos prematuros, nascimento de crianças com baixo peso, restrição do crescimento fetal e no controle glicêmico da diabetes.

A plausibilidade biológica para a associação com doenças cardiovasculares está no fato da infecção periodontal incrementar a bacteremia e leucocitose, expondo o hospedeiro não somente às enzimas bacterianas (lipopolissacarídeos de microrganismos Gram negativos, como a *Porphyromonas gingivalis*), como também a mediadores do processo inflamatório (prostaglandinas-PGE2, interleucinas-IL-1b, IL-6 e fator de necrose tecidual-TNF-a) que poderiam afetar a integridade endotelial, promovendo alterações no metabolismo das lipoproteínas plasmáticas, degeneração vascular, agregação plaquetária e coagulação sangüínea (com elevados níveis de fibrinogênio), iniciando ou exacerbando a aterogênese e outros eventos tromboembólicos. Não somente alterações cardiovasculares seriam conseqüentes, como também o acidente vascular cerebral (MATILLA, 2000).

O mecanismo sugerido para as alterações gestacionais desencadeadas ou estimuladas pelas infecções periodontais, é de que há níveis elevados de prostaglandina E2 no fluido gengival destas pacientes associado à bacteremia subclínica, podendo desencadear processo inflamatório nas membranas coriônico amnióticas (OFFEBBACHER et al., 1996).

A relação entre doença periodontal e diabetes parece ser recíproca. Os estudos mostram que pacientes portadores de diabetes apresentam maior risco em desenvolver doença periodontal e esta, por sua vez, dificulta a manutenção da normoglicemia. Pacientes portadores de diabetes mellitus manifestam aumento das respostas das citocinas presentes em processos inflamatórios e infecciosos. Como qualquer outra infecção, a doença periodontal, atua como um componente modificador do controle glicêmico. A diabete e a doença periodontal apresentam um mecanismo de 2 vias, onde altos níveis de IL-1b, IL-6 e TNF-a

por longos períodos significarão uma alteração no metabolismo das proteínas e dos lipídios, afetando as células beta do pâncreas, aumentando a resistência à insulina (NISHIMURA et al., 2003).

Com relação às patologias do trato respiratório, a doença periodontal funcionaria como uma possível reserva de microorganismos na cavidade bucal e orofaringe, sendo a aspiração a principal via de contaminação. Uma variedade de anaeróbios orais e espécies facultativas tem sido cultivadas a partir de fluidos de pulmões infectados, incluindo a *P. gingivalis*, importante agente etiológico da doença periodontal. Estimativas têm sido feitas e confirmam que 30 a 40% de todos os casos de pneumonia necrosante ou abscessos alveolares envolvem bactérias anaeróbias (MORRIS et al., 1994).

O IPC (CPI) foi indicado pela OMS a partir de 1997, para levantamento das condições periodontais em substituição ao IPCNT, sendo mais simples por não incluir a necessidade de tratamento (OMS, 1999).

De acordo com estudos epidemiológicos descritos por Pinto (2004), avaliando a faixa etária priorizada nesta pesquisa, pode-se dizer que o grupo de 15 a 19 anos apresenta, com raras exceções, inexistência de doença periodontal em grau severo. Contudo, existe grande concentração de gengivite.

Avaliando os dados brasileiros mais atuais produzidos pelo SB/Brasil 2003 (BRASIL, MS, 2004), observa-se que os resultados não mostram grandes alterações em comparação com os dados do levantamento de 1986 (BRASIL, MS, 1988). A prevalência de alterações gengivais, avaliada através da adaptação do Índice de Sangramento Gengival, Loe, 1967 em crianças de 5 anos foi pouco mais de 6%. Uma prevalência um pouco mais elevada foi encontrada na região Norte (mais ou menos 10%). A porcentagem de indivíduos sem nenhum problema periodontal nas faixas etárias de 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos foi respectivamente, 46%, 21%, 7,9%.

O percentual de indivíduos com bolsas periodontais maiores que 4 mm foi de 1,3% entre 15 e 19 anos; 9,9% entre 35 a 44 anos e 6,3% entre 65 e 74 anos. Continua chamando a atenção o número de sextante excluído, onde na faixa de 64 a 74 anos, mais de 80% dos sextantes examinados foram excluídos, ou seja, tinha no máximo 1 dente funcional. Porém, no grupo examinado de 35 a 44 anos já pode ser observada uma diferença em relação aos dados de 1986, no que se refere a um menor número de sextante excluído, o que reflete, certamente, numa maior manutenção dos dentes na boca desse grupo etário.

Não há dúvida de que a prevalência da doença periodontal aumenta de acordo com a idade (PAPAPANOU, 1988 e GROSSI, 1994), portanto se espera que adultos e idosos apresentem mais perda de inserção. Deve-se levar em consideração que alguma perda de inserção periodontal faz parte de um processo fisiológico normal da idade, não sendo necessariamente consequência de uma patologia infecciosa (BURT et al., 1994).

De acordo com análises realizadas por Roncalli (2006), as experiências do uso da epidemiologia nos serviços de saúde bucal no Brasil são, de fato, muito tímidas. Sendo assim, levando em consideração as duas principais alternativas de produção de dados epidemiológicos, seja a partir de dados secundários, produzidos pelos serviços de saúde, seja pela geração de dados epidemiológicos transversais dos levantamentos já conhecidos, os modelos assistenciais em Saúde Bucal têm se apropriado deste material.

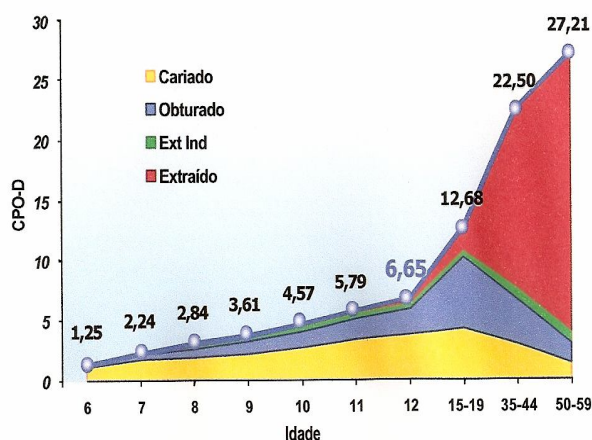
Em âmbito nacional, a primeira pesquisa feita como levantamento epidemiológico aconteceu em 1986, como resultado do esforço do setor saúde bucal em nível federal, que se empenhou em produzir dados formando uma série histórica. Essa primeira grande experiência, então recém criada Divisão Nacional de Saúde Bucal (DNSB), tendo seu relatório sido publicado somente em 1988 (BRASIL, MS, 1988).

Os resultados da pesquisa por idade são demonstrados no Gráfico 1, que apresenta a média dos índices de CPO-D em todo o Brasil, em 1986.

O diagnóstico realizado em 1986 revelou padrões altamente elevados de ataque pela cárie dental em todas as faixas etárias. Uma criança de 7 anos tinha em média 2 dentes permanentes afetados e a partir desse ponto, o índice CPO-D apresenta uma velocidade acelerada onde a média aos 9 anos era de 3,61; aos 12 anos era de 6,65; aos 18 anos de 12,68; aos 30 anos de 22,5; aos 50 anos era de 27,21 e aos 70 anos, em média, eram 31 dentes extraídos.

A razão desse crescimento vertiginoso e contínuo ao longo da vida tem como fator dominante a realização de exodontias múltiplas em larga escala que se instala a partir dos 30 anos.

Gráfico 1: Médias de CPO-D e participação dos componentes, de acordo com a idade, Brasil, 1986.



Fonte: Perfil Epidemiológico de Saúde no Brasil 1986, RONCALLI

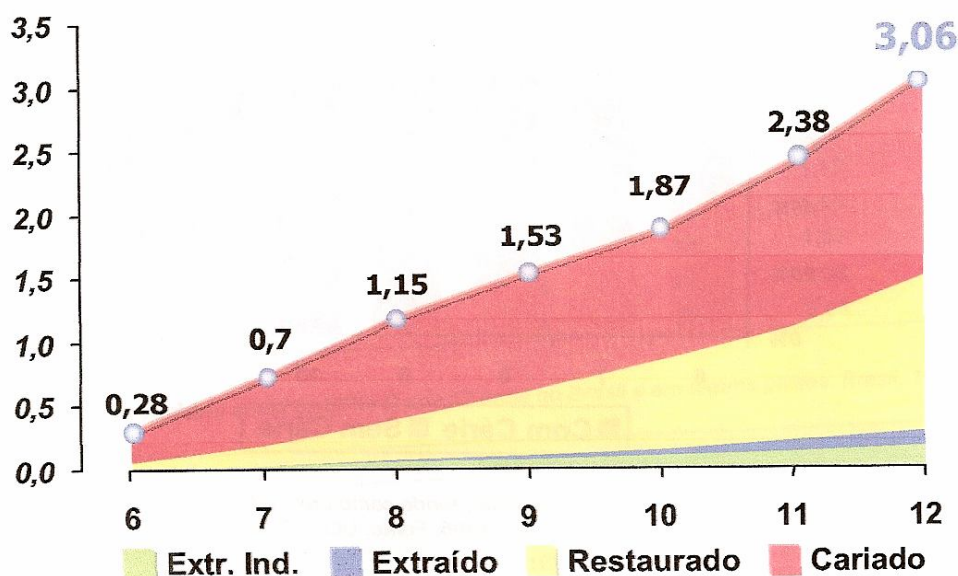
Mesmo que, segundo alguns críticos, o levantamento SB/Brasil de 1986, pouco tenha contribuído para a composição de uma base de dados, haja vista que não houve continuidade do projeto, ele teve importância no processo de sistematização dos dados da saúde bucal. No decorrer da década a Saúde Bucal, segundo Roncalli (2006) foi esvaziada, sobretudo pelo traço marcante das políticas econômicas neoliberais e do processo de Implantação do SUS, que viveu momentos difíceis.

Após 10 anos da realização do primeiro levantamento nacional, foi conduzido o segundo levantamento em saúde bucal, no ano de 1996, pela Coordenação de Saúde Bucal do Ministério da Saúde (COSAB, 1996). Esse projeto previa o exame relativo à cárie dentária (CPO-D e ceo-d) em crianças de 6 a 12 anos de escolas públicas e privadas das 27 capitais brasileiras.

Na verdade, esse projeto foi alvo de variadas críticas, em parte do renomado Vítor Gomes Pinto e do Prof. Rui Vicente Opperman (PINTO, 1996). Entre as principais argumentações destacam-se as deficiências no plano amostral, sem base probabilística, como também com poucos planos de amostragem. Outra questão refere-se à não inclusão de outras cidades além das capitais. A ausência injustificada de outros grupos etários, particularmente adultos e idosos, revelou que seguimentos importantes da sociedade ficaram de fora do processo de levantamento de dados. A ausência de outros agravos, além da cárie, também chama a atenção dos críticos, além da não inclusão de variáveis socioeconômicas e, por fim, o argumento do processo de calibração deficiente.

De toda maneira, os dados desse levantamento (BRASIL, MS, 1996), demonstram que houve um declínio acentuado da doença cárie em relação a 1986, onde a média de CPO-D aos 12 anos era de 3,06, ficando bastante próxima da meta estabelecida para o ano de 2000 pela OMS/FDI (CPO-D < 3.0). Além da redução de 47% do CPO-D =0, que passou de 37% em 1986 para pouco mais de 25% em 1996. Os valores mais altos de CPO-D passaram a se concentrar em um número maior de indivíduos. Em 1986, 75% de todo o CPO-D aos 12 anos se concentrava em pouco mais de 37% dos indivíduos, enquanto em 1996 esse número caiu para 23%, demonstrando uma tendência de polarização da distribuição.

Gráfico 2: Índice CPO-D de acordo com a idade e componentes. Brasil, 1996



Fonte: COSAB/MS, 1998.

O novo levantamento epidemiológico, chamado PROJETO SB/2003, surge, de acordo com Roncalli et al. (2000) como uma proposta ambiciosa de recuperar boa parte das deficiências de estudos anteriores, no sentido de compor um diagnóstico.

No que diz respeito à metodologia utilizada, o estudo trabalhou com um número considerável de municípios – 250 no total e 50 por região, na tentativa de superar a restrição dos estudos realizados somente em capitais, além de incluir a região rural. Trata-se de um avanço, porque pela primeira vez foram incluídos em um estudo de caráter nacional municípios de pequeno porte populacional (BRASIL, MS, 2002).

Entre tantas outras inovações, o levantamento epidemiológico SB/Brasil 2003 inclui a avaliação de praticamente todos os agravos mais importantes na área de Saúde Bucal (cárie dentária, doença periodontal, edentulismo, oclusopatias e fluorose) e uma composição de grupos etários que engloba todo o ciclo da vida, conforme sinaliza Roncalli (2006). Ainda

foi incluída no estudo, uma avaliação qualitativa, composta de três dimensões: condições sócioeconômicas, acesso a serviços de saúde e autopercepção de saúde bucal.

Este estudo pode ser visto como marco na epidemiologia em Saúde Bucal no Brasil, mesmo apresentando limitações. A importância deste levantamento está no fato de que ele conseguiu estabelecer um diagnóstico aprofundado da situação de saúde bucal no Brasil, evidenciando pontos nunca antes analisados, com destaque para as desigualdades regionais e o perfil de doenças que eram desconhecidas.

Outro aspecto relevante no estudo diz respeito à base metodológica que permite comparação com dados internacionais, além de facilitar o uso dos dados como referenciais para outros estudos.

Os dados gerados pelo SB Brasil/2003 forneceram subsídios importantes para a construção da Política Nacional de Saúde Bucal proposta em 2004. O quadro a seguir aponta os resultados gerais do estudo (QUADRO 1).

Quadro 1: Dados do levantamento epidemiológico em saúde bucal. Brasil, 2003.

Levantamento das condições de saúde bucal da população brasileira (2003)			
Amostra	108.921 pessoas em 250 municípios		
Idade	Média do índice CPO-D	Percentual de contribuição do componente Perdido no CPO-D	Percentual de indivíduos com periodonto saudável
12 anos	2,78	6,47	-
15 a 19 anos	6,17	14,42	46,18
35 a 44 anos	20,13	65,72	21,94
65 a 74 anos	27,13	92,25	7,89

Fonte: SB, Brasil, 2003.

Considerando os três estudos epidemiológicos, mesmo que alguns tenham contribuído mais do que outros ao longo desses anos, a realidade é que eles revelam uma preocupação dos órgãos públicos de saúde, mesmo que tardiamente, em trabalhar com indicadores fidedignos, baseados em levantamento epidemiológico em Saúde Bucal.

1.3 PERSPECTIVAS DA SAÚDE BUCAL – PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)

As mudanças acontecidas no campo da Saúde no Brasil apontam para um novo quadro a partir da década de 90, quando as transformações na estrutura da Saúde Pública consolidam as diretrizes da nova política, fixada na atenção básica e no foco na qualidade do atendimento social, objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS) e de seus programas.

As raízes da reestruturação da Saúde, dentro da visão proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS) de que saúde é sinônimo de bem estar integral e de qualidade de vida, remontam aos anos 60, com a realização da III Conferência Nacional de Saúde (1963), momento em que já se defendia um ambicioso projeto de municipalização, que o Golpe Militar de 1964 acabou por abortar. No final dos anos 70 e início dos anos 80, com o movimento da Reforma Sanitária Brasileira, cujo tema era “Saúde e Democracia”, inicia-se uma nova etapa das discussões institucionais sobre a saúde, no sentido de romper com o paradigma tradicional com foco na doença e não na saúde (BUSS, 2000).

Com a Constituição Federal de 1988 que instituiu o Sistema Único de Saúde, o SUS, a saúde passa a ser um direito de cidadania e um dever do Estado e a partir desse momento a descentralização e a ampliação da cobertura, passam a configurar a Atenção Básica em Saúde, um conceito proposto na famosa Declaração de Alma-Data em 1978.

A Atenção Básica se torna a porta de entrada aos serviços de saúde e a principal estratégia para o alcance das metas pretendidas pelo SUS, cujos conceitos básicos de universalidade, integralidade, equidade, descentralização e controle social da gestão passam a orientar as ações de Atenção Básica no campo da Saúde.

O conceito de Atenção Básica apresentado nos documentos do Ministério da Saúde define que esta se refere a “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual ou coletivo, que abrange a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico,

o tratamento, a reabilitação e a manutenção da Saúde” (BRASIL, MS, 2006). Um dado importante dessa concepção de atenção básica, segundo Starfield (2002) está no fato da mesma fixar-se em três aspectos, antes ignorados pelas práticas tradicionais de saúde: a centralização na família, a competência cultural e a orientação comunitária.

O Programa Saúde a Família (PSF) tem suas bases fincadas em outro programa, ou seja, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), implantado em 1991 pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de eliminar os piores indicadores de saúde do país, concentrados em regiões marcadas pela pobreza, exclusão social e miséria de parte da população. Mortalidade infantil, doenças epidêmicas que se alastravam sem controle, desnutrição e tantos outros males passaram a ser controlados pela cobertura dos serviços dos agentes comunitários. De início o programa concentrou-se no Nordeste, sendo logo depois expandido para os estados do Norte, concentrando suas ações em Belém e Manaus (BRASIL, MS, 1994).

O PACS, para efeito de implantação, estabeleceu como critérios para a adesão dos municípios: funcionamento dos Conselhos municipais, existência de uma unidade básica de referência para atendimento dos cadastrados, disponibilidade de um profissional de nível superior na supervisão das ações e existência de um fundo municipal de saúde para recebimento de recursos. Em março de 2003 apontavam que o PACS estava implantado em 5070 municípios do país, totalizando 176.822 agentes comunitários de Saúde.

Os resultados positivos desse programa foram tão significativos, que, em 1994, surge o Programa Saúde da Família (PSF) no processo de reorganização da Atenção Básica em Saúde promovido pelo SUS, inspirado não só no sucesso do PACS, mas também de experiências bem sucedidas como a de Cuba, cujo modelo serviu de base para a experiência do “Médico de Família”, implantada pelo governo de Niterói, Estado do Rio de Janeiro, antes do surgimento do PSF.

Com a criação do PSF em 1994, surge também o primeiro programa oficial com o nome de “Programa Saúde da Família: dentro de casa”, oportunidade em que são sistematizados os procedimentos vinculados ao PSF e ao PACS na tabela do SIA/SUS. No ano de 1996, surgem as Normas de Operações Básicas do SUS, as NOBs, com a definição do novo modelo de financiamento para a Atenção Básica à Saúde com vistas à sustentabilidade financeira desse nível de atenção. É o ano em que lança o primeiro número dos “Cadernos Saúde da Família: construindo um novo modelo”, apontando as diretrizes de implantação do programa (BRASIL, MS, 2004).

No ano de 1997 foi expedido o documento “REFORSUS” que trata da implantação dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Recursos Humanos para a Saúde da Família. Neste ano saem as Portarias criando o Piso de Atenção Básica e as normas de Funcionamento do PSF e do PACS. No ano seguinte (1998) o PSF passa a ser considerado estratégia estruturante da organização do Sistema de Saúde, com início da transferência dos incentivos financeiros ao PSF e ao PACS, do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde (BRASIL, MS, 2004).

No ano 2000 ocorre a criação do Departamento de Atenção Básica, consolidando a Estratégia Saúde da Família com a publicação dos indicadores de 1999 do Sistema de Informação da Atenção Básica. Em 2001 a NOAS, nº1 – dá ênfase à qualificação da Atenção Básica, sendo o ano em que ocorre, além da disponibilização de medicamentos básicos, a incorporação das ações de Saúde Bucal no programa (BRASIL, MS, 2004).

A Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica, através da Portaria nº. 267, de 06 de março de 2001, regulamentou a Portaria 1.444/GM, de 28 de dezembro de 2000, que criou o incentivo financeiro para a reorganização da atenção à Saúde Bucal através da inserção de profissionais dessa área no Programa Saúde da Família (PSF). A portaria, ainda considera a necessidade de acesso da população brasileira às ações de

promoção e recuperação da saúde bucal, bem como de prevenção de doenças e agravos a ela relacionados; a melhoria dos índices epidemiológicos de saúde bucal da população e a inclusão das ações de saúde bucal na estratégia do Programa Saúde da Família (OPAS, 2006).

No ano de 2001, no mês de fevereiro, teve início o PSF/Saúde Bucal no município de Campos dos Goytacazes, por intermédio de um projeto elaborado pela pesquisadora, para a implantação da equipe de saúde bucal no Programa Saúde da Família. De início, em razão da demanda e por serem um dos pólos mais antigos atendidos pela equipe saúde da família, os núcleos escolhidos foram Cidade de Luz e Parque Prazeres.

Inicialmente, começamos a realizar, de maneira informal e sem base científica, um estudo da realidade dos moradores e nesta experiência empírica de cadastrar os pacientes, realizamos levantamentos epidemiológicos, com isso nosso interesse voltou-se para uma faixa etária de adolescentes de 15 a 19 anos, pelo fato dos dados epidemiológicos mostrarem uma redução acentuada no CPO-D de crianças até 12 anos (CPO-D = 2,78) e em contrapartida ainda continuar ocorrendo altas taxas de perda dentária na idade adulta (indivíduos entre 35-44 anos apresentam 65% do CPO-D explicado pelo componente dente perdido).

O presente estudo ao escolher a faixa etária de 15 a 19 anos, priorizou um período da vida em que os adolescentes ficam inseqüentes aos cuidados com a saúde (BRASIL, MS, 2006a). Estudos epidemiológicos revelam que é nesta etapa da vida, que os cuidados devem ser intensificados para que não aconteça a perda dos dentes a partir dos 35 anos (SB/BRASIL 2003).

Tendo por base o SB/Brasil 2003, foi realizado um levantamento do quadro epidemiológico da cárie e doença periodontal, na faixa etária de 15 a 19 anos, esta escolha realizou-se a partir de estudo preliminar de 2001, na implantação do PSF do Parque Prazeres em Campos dos Goytacazes-RJ, quando houve interesse de analisar detalhadamente estes jovens.

Sendo assim, a intenção é comparar os dados desta pesquisa em jovens de 15 a 19 anos do Parque Prazeres, cadastrados no Programa Saúde da Família com os dados do SB/Brasil 2003.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Conhecer o perfil epidemiológico de Saúde Bucal (SB) da população de 15 a 19 anos adscrita à unidade do PSF Parque Prazeres em Campos dos Goytacazes.

2.2 ESPECÍFICOS

- Estimar a prevalência de cárie dentária entre os cadastrados do PSF do Parque Prazeres, na faixa etária de 15 a 19 anos;
- Estimar a prevalência de doença periodontal entre os cadastrados do PSF do Parque Prazeres, na faixa etária de 15 a 19 anos;
- Comparar os dados do estudo com os resultados obtidos no SB Brasil 2003.

3 JUSTIFICATIVA

Estudos realizados por TOMITA et al. (2001) apontam que segundo levantamento epidemiológico nacional realizado em 1986, “o caráter infeccioso e progressivo das doenças bucais levava grupos examinados na faixa etária de 15 a 19 anos, a apresentarem CPO-D de 12,68 e com relação às doenças periodontais, 69,49% dos jovens apresentavam necessidades de medidas de higiene oral; 49,60% necessitavam de profilaxia e 0,71% tinham indicação de tratamento cirúrgico”.

Na realidade, as metas da Organização Mundial de Saúde e Federação Dentária Internacional preconizam para o ano 2010 que 85% dos indivíduos de 18 anos de idade tenham o componente “perdidos” do CPO-D igual a zero. Também o documento intitulado “Saúde Bucal para Todos” prevê que aos 15 anos não haja mais que um sextante com necessidade de tratamento periodontal e ausência de perda dental aos 18 anos devido à cárie e doença periodontal (OPAS/OMS, 2002).

Na faixa etária dos 15 aos 19 anos, os dentes permanentes foram expostos ao ambiente bucal por 3 a 9 anos. A avaliação de prevalência de cárie, portanto, é frequentemente mais significativa que na idade de 12 anos. Considera-se também que aos 15 anos as avaliações dos indicadores de doenças periodontais em adolescentes se tornam mais expressivos.

Além dessas razões, a adolescência é a etapa da vida na qual o jovem se vê surpreendido por inúmeras mudanças física, cognitivas e sociais (CARDOSO, 1999). As atitudes desses jovens mudam de um extremo a outro, sendo, portanto um risco aumentado à cárie, em decorrência do precário controle de placa e redução dos cuidados com a escovação dentária, sem falar na negligência comum dos adolescentes.

Um dos princípios organizativos do SUS é a descentralização, que parte do princípio de que a realidade local é o determinante principal para o estabelecimento de políticas de saúde. Dessa forma, a estratégia fundamental do processo de descentralização é a municipalização da assistência à saúde. Observa-se um esforço de cooperação entre o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais e as Secretarias Municipais, visando aumentar a capacidade de formulação e gestão do nível local.

Nesse sentido, o estudo se justifica, por permitir uma análise comparativa com SB/Brasil 2003, que apresenta o levantamento epidemiológico de todo o Brasil, inclusive da faixa etária delimitada, oferecendo a dimensão da perspectiva local em relação aos índices nacionais apresentados, trazendo subsídios para auxiliar na implementação de ações que orientem as políticas públicas locais.

4 PROCEDIMENTOS E MÉTODOS

Desenho do Estudo

O estudo foi do tipo transversal para avaliar o CPO-D, a doença periodontal, o perfil socioeconômico, além do levantamento da autopercepção do paciente, analisando também o acesso aos serviços odontológicos da população de 15 a 19 anos adscrita no Módulo do PSF do Parque Prazeres.

Local do Estudo e População-Fonte:

A pesquisa foi realizada no domicílio dos adolescentes do módulo do PSF do Parque Prazeres, no município de Campos dos Goytacazes, Estado do Rio de Janeiro.

A população-fonte foi composta por adolescentes de 15 a 19 anos moradores e cadastrados no PSF do Parque Prazeres.

Tamanho da Amostra:

Foram colhidos dados dos indivíduos participantes da amostra, no total de 150 adolescentes, retirados do universo de 182 pessoas cadastradas no núcleo do PSF do Parque Prazeres de Campos dos Goytacazes, na faixa etária de 15 a 19 anos, segundo levantamento de dados colhidos no Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB). A inclusão desses adolescentes decorreu de um processo sistemático, de acordo com a proporção de atendidos em cada microárea.

No cálculo do tamanho da amostra foi utilizada a fórmula para avaliar a sensibilidade e especificidade de testes diagnósticos: $N = Z \times Z (P(1-P)) / (D \times D)$.

O valor de D (semi-amplitude do intervalo de confiança) foi definido como igual a 5% e o de Z, como 1,96 (para $\alpha = 0,05$ e IC = 95%).

Cenário

O Parque Prazeres, é um bairro periférico situado na margem esquerda do Rio Paraíba do Sul, fazendo parte do populoso bairro de Guarus. A população, na sua maior parte, é social e economicamente carente, formada por todo o tipo de trabalhadores, em sua maioria pessoas que vivem de biscates, sem vínculo com o mercado formal de trabalho e com média salarial familiar de 2 salários mínimos.

Os adolescentes, na faixa etária de 15 a 19 anos, são a clientela objeto da pesquisa. Os dados obtidos no cadastramento apontam para um quadro, no qual 72,67% são estudantes; 27,33% não estudam; 8% trabalham, sendo que deste 4,67 trabalham e estudam e 3,33 só trabalham; tendo 24% vivendo com a família, e que não trabalham e nem estudam.

O módulo do PSF do Parque Prazeres de Campos dos Goytacazes é composto por 5 microáreas que são divisões espaciais, levando em conta agrupamentos por quarteirões, cujo objetivo é facilitar o trabalho a partir de nucleação. Cada microárea do Parque Prazeres atende em média de 180 a 200 famílias.

Critérios de Inclusão

Foram incluídos no estudo todos os indivíduos da faixa etária de 15- 19 anos que são moradores do bairro e cadastrados no PSF do Parque Prazeres no Município de Campos dos Goytacazes, através da ficha de cadastramento das famílias (ficha A).

Coleta de Dados

Os exames, no processo de avaliação bucal dos menores de idade, foram feitos sob a prévia anuência dos responsáveis, e seguindo os preceitos da ética em pesquisa, conforme o Termo de Autorização ou Termo de Consentimento Esclarecido (Resolução 196,

de 10/10/1996 – CNS/MS), tendo sido aprovado pelo comitê de ética 27/04/2007 nº do Doc.0017 (ANEXO A).

Todos os exames foram conduzidos pela examinadora-pesquisadora, supervisora dos Dentistas do PSF, tendo como auxiliar uma anotadora que é a Técnica em Higiene Bucal (THD) e a Agente Comunitária de Saúde (5 ACS) responsável pela microárea, correspondente ao campo da pesquisa.

O início do trabalho deu-se na unidade de saúde do PSF, com a pesquisadora, a enfermeira supervisora, a THD e os ACS para planejamento da pesquisa e agendamento do ACSs responsáveis pela visita com a equipe (pesquisadora a anotadora) à residência dos moradores adolescentes de 15 a 19 anos do núcleo do PSF.

Chegando à comunidade, a pesquisadora e a agente de saúde, abordaram em seus domicílios, os moradores “alvo” para pesquisa. Em seguida foram feitas as perguntas dos questionários, oralmente. Estes questionários foram desenvolvidos pelo Ministério da Saúde no Saúde Bucal 2000 (SB 2003), para caracterizar a população traçando o perfil socioeconômico da clientela, além do levantamento da autopercepção do paciente e a análise o acesso aos serviços odontológicos pela população analisada (ANEXO B).

Após o registro das respostas, foram realizados os exames: clínico da cárie e da doença periodontal anotando os registros dos dados apurados.

Os dentes foram examinados com auxílio de espelhos bucais planos, sonda da OMS (sonda CPI), com o examinador e a pessoa examinada sentadas em visita domiciliar. O examinador estava devidamente vestido com jaleco do PSF/Ministério da Saúde, máscara, gorro, luva e instrumentais. Os dados foram registrados em ficha odontológica apropriada, com código numérico convencional, de acordo com modelo da OMS (1999), (ANEXO C).

O material da equipe de campo constou de 1 maleta condicionando 2 caixas de inox com cada uma contendo 10 conjuntos autoclaváveis para os exames, e 1 pasta para

guardar material de pesquisa, sendo uma com as folhas dos questionários, termo de autorização e um porta lápis para guardar caneta, lápis, lapiseira, borracha, almofada de carimbo, caso o responsável pelo menor ou o mesmo não seja alfabetizado e uma caixa grande de inox para recepção de instrumentais contaminados e saco de lixo hospitalar para acondicionamento do material descartável (20 luvas, 2 máscaras).

Foram realizados 10 exames por dia (manhã e tarde) em visita domiciliar. Os índices foram utilizados segundo os códigos e critérios recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), na publicação *Oral Health Surveys: Basic Methods*, 4ª edição (1997).

Os códigos e critérios para avaliação da cárie dentária e doença periodontal estão no ANEXO D e ANEXO E respectivamente.

Análise de Dados

Inicialmente os dados da pesquisa foram também tabulados no Epi Info versão 3.3.2 (Epi 3.3.2, 2005) e depois os mesmos foram analisados e tabulados no programa de entrada e processamento dos dados do Projeto SB 2000 – Condições de Saúde Bucal da População Brasileira, o Visual Fox Pro versão 5 (SB-2000-DADOS, BRASIL, 2002), constituído por 2 módulos principais: entrada de dados e relatórios, sendo sua funcionalidade completada por 3 módulos menores: exportar, juntar e copiar arquivos.

A análise estatística foi realizada no Epi Info versão 6/ EpiTable (Epi 6, 2002), utilizado para tabular e encontrar o p e o Qui-quadrado(X^2). Quando a porcentagem era pequena fazia-se o teste Exato de Fisher.

5 RESULTADOS

Foram examinados 150 adolescentes de 15 a 19 anos do PSF do Parque Prazeres no município de Campos dos Goytacazes no período de maio a julho de 2007, distribuídos de acordo com a tabela 1, totalizando 82,4% do total de adolescentes cadastrados no PSF do Parque Prazeres.

Tabela 1: Número e porcentagem de adolescentes examinados segundo idades e sexo.

Idade	n	Masc.	Fem.	%
15 anos	44	23	21	29,33
16 anos	30	12	18	20,00
17 anos	29	11	18	19,33
18 anos	29	15	14	19,33
19 anos	18	6	12	12,00
Total	150	67	83	100,00
%	100,00	44,67	55,33	

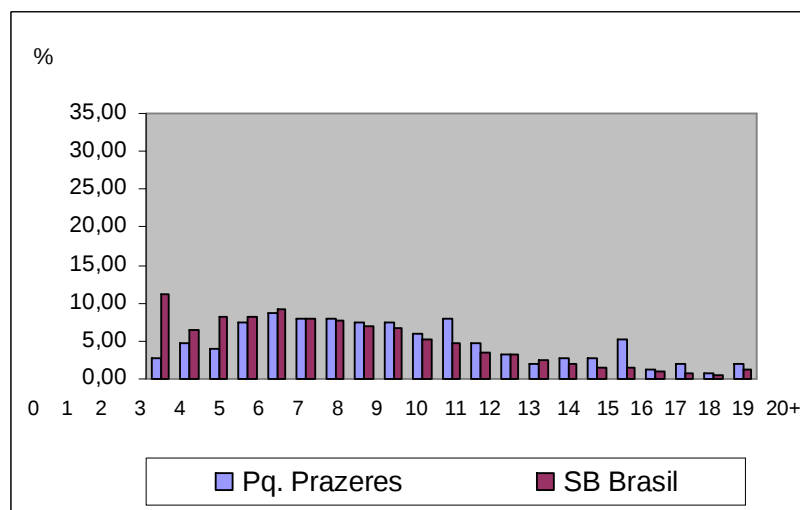
Na Tabela 2, é apresentada a distribuição dos indivíduos em relação à prevalência de cárie, tendo como base o CPO-D para dentes permanentes e comparando com os resultados do SB Brasil 2003, mostrando que CPO = 0 apresenta diferença estatisticamente significativa entre os estudos realizados no Parque Prazeres (2,70%), Sudeste (12,75%) e Brasil (11,60%). Na figura 1, observa-se a comparação da distribuição percentual dos valores de CPO-D na faixa etária de 15 a 19 anos entre os dados do Pq. Prazeres e o SB Brasil 2003.

Tabela 2: Comparação da distribuição, em números absolutos e percentuais, da prevalência de cárie medida pelo CPO-D de 15 a 19 anos.

	Parque Prazeres		Sudeste		Brasil	
Idade	n	%	n	%	n	%
CPO = 0	4	2,70	380	12,75	1.861	11,6
CPO > = 1	146	97,30	2.601	87,25	14.972	88,94
Total	150	100,00	2.981	100,00	16.833	100,00

$$\text{CPO} = 0 \quad X^2 = 15.16 \text{ (2GL)} \quad p < 0,00$$

Figura 1: Comparação da distribuição percentual dos valores de CPO-D na faixa etária de 15 a 19 anos entre os dados do Pq. Prazeres e o SB Brasil 2003.



Fonte: SB/Brasil 2003

Verifica-se na tabela 3 a comparação da média dos componentes do CPO-D entre os resultados encontrados no Parque Prazeres, região Sudeste e Brasil (SB Brasil 2003), onde observamos que não existe diferença estatística entre os componentes do CPO-D nessas regiões.

Tabela 3: Comparação da média dos componentes CPO-D na faixa etária de 15 a 19 anos do Parque Prazeres, Região Sudeste, Brasil, 2003.

	Parque Prazeres	Sudeste	Brasil	valor p
n	150	2.981	16.833	
Hígidos	20,24	22,02	22,24	0,77
Cariado	4,07	1,72	2,60	0,00
Obt/Cariado	0,35	0,17	0,19	Teste exato F 0,25
Obturado	2,94	3,52	2,49	0,00
Perdido	0,87	0,52	0,89	Teste exato F 0,61
CPO-D	8,23	5,94	6,17	

Na comparação percentual do índice do CPO-D entre regiões onde observa-se que somente no componente obturado/cariado não há diferença estatística, não havendo uma proporcionalidade entre regiões nos componentes cariado, obturado e perdido (Tabela 4).

Tabela 4: Comparação do percentual do índice CPO-D na faixa etária de 15 a 19 anos do Parque Prazeres, Região Sudeste, Brasil, 2003.

	Parque Prazeres	Sudeste	Brasil	valor p
n	150	2.981	16.833	
Cariado	49,43	28,96	42,14	0,00
Obt/Cariado	4,21	2,86	3,08	0,63
Obturado	35,74	59,26	40,36	0,00
Perdido	10,62	8,75	14,42	0,00
CPO-D	100,00	100,00	100,00	

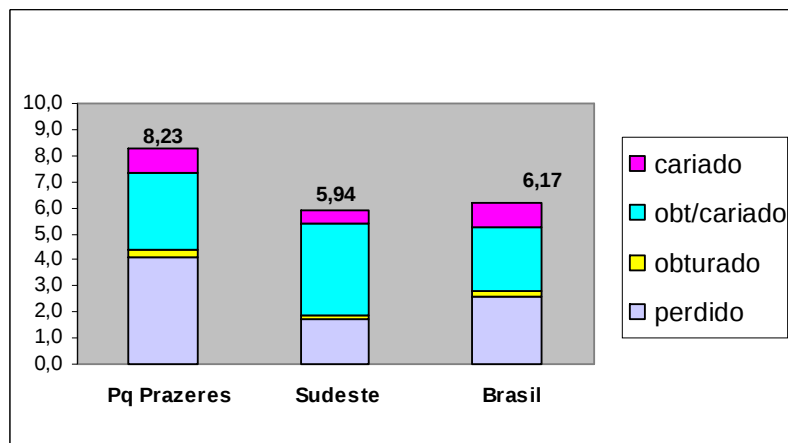
Na Tabela 5 comparamos a média de dentes CPO-D (desvio padrão e intervalos de confiança) para média populacional na faixa etária de 15 a 19 anos do Parque Prazeres, região Sudeste e Brasil (SB Brasil, 2003). Quanto aos resultados do CPO-D total, verifica-se que a média encontrada em Parque Prazeres (CPO-D=8,23) é significativamente mais elevada do que o Sudeste e o Brasil.

Tabela 5: Comparação da média de dentes CPO-D, desvio-padrão e intervalos de confiança de 95% para média populacional na faixa etária de 15 a 19 anos do Parque Prazeres, Região Sudeste, Brasil, 2003.

	Parque Prazeres	Sudeste	Brasil	valor p
n	150	2.981	16.833	Análise de variância: Estatística F (ANOVA): 15,30 p < 0,01
Média	8,23	5,94	6,17	
DP	5,22	4,66	5,77	
LI	7,39	5,77	6,10	
LS	9,06	6,11	6,24	
Mediana	7,00	5,00	5,00	
Mínimo	0	0	0	
Máximo	23	32	32	

Observa-se, na figura 2 a distribuição dos componentes do índice CPO-D na faixa etária de 15 a 19 anos de idade. Nota-se que no PSF do Parque Prazeres possuem médias mais altas de dentes perdidos, quando comparadas com os resultados obtidos na região Sudeste e no Brasil (SB Brasil 2003).

Figura 2: Comparação das médias de CPO-D e proporções de componentes na faixa etária de 15 a 19 anos no Parque Prazeres Sudeste e Brasil (SB Brasil, 2003).



Fonte: SB Brasil, 2003.

No quadro 2 observam-se os resultados obtidos no Parque Prazeres (41,37%) aos 18 anos de idade e os dados dos resultados obtidos pelo SB Brasil 2003 na região Sudeste (66,53%) e no Brasil (55,09%) em relação às metas da Organização Mundial da Saúde (OMS) e Federação Dentária Internacional (FDI) para o ano 2000. Constatam-se que todos os resultados estão aquém do preconizado pela OMS, considerando que o Parque Prazeres está em pior situação.

Quadro 2: Comparação entre as metas propostas pela OMS/FDI para o ano 2000 com relação à cárie dentária com os resultados da Pesquisa do Parque Prazeres e o Projeto SB Brasil, 2003.

Idade		Parque Prazeres	Sudeste	Brasil
18 anos	Brasil 2003	41,37%	66,53%	55,09%
	Meta OMS 2000	80% com p=0 (todos os dentes presentes na boca)		

Fonte: FDI, 1982

Na Tabela 6, são comparados os resultados da presença de doença periodontal, considerando o maior escore de CPI (Índice Periodontal Comunitário), nos adolescentes de 15 a 19 anos do PSF Parque Prazeres, região Sudeste e Brasil (SB Brasil, 2003). Verifica-se que os escores apresentam-se estatisticamente mais elevados, caracterizando maior prevalência de

Doença Periodontal em Parque Prazeres. Cabe considerar que durante o levantamento se registra o pior escore, o que pode justificar a contradição dos resultados entre presença de cálculo, bolsa e sangramento.

Tabela 6: Comparação do número e porcentagem de pessoas, segundo o maior grau de condição periodontal observado no indivíduo na faixa etária de 15 a 19 anos do Parque Prazeres, ilustrando os resultados obtidos na região Sudeste e Brasil (SB Brasil, 2003).

Condição Periodontal (CPI).		Parque Prazeres	Sudeste	Brasil	valor p
Sadio	n	63	1610	7772	0,00
	%	42	54,01	46,18	
Sangramento	n	18	519	3160	0,02
	%	12	17,41	18,77	
Cálculo	n	57	798	5622	0,00
	%	38	26,77	33,4	
Bolsa 4-5 mm	n	10	42	200	0,00
	%	6,67	1,41	1,19	
Bolsa 6 mm e +	n	2	5	26	teste exato F 0,02
	%	1,33	0,17	0,15	
Excluído	n	0	7	53	teste exato F 0,62
	%	0	0,23	0,31	

A distribuição de informações socioeconômicas coletadas na população de 15 a 19 anos do PSF do Parque Prazeres são comparadas às do Brasil conforme a tabela 7. Quanto à frequência escolar, observa-se que os dados encontrados em Parque Prazeres são semelhantes ao do SB Brasil 2003, onde aproximadamente no Parque Prazeres 73% são estudantes e no Brasil 74%. Desses 70,70% frequentam a escola pública no Parque Prazeres e 69% no Brasil, com 2,67 (Parque Prazeres), 4,7% (Brasil) em escola privadas. Com relação à moradia, verifica-se que em Parque dos Prazeres 90,6% possuem casa própria, sendo um percentual mais alto quando comparado com o Brasil (78,9%).

Tabela 7: Comparação do demonstrativo socioeconômico indivíduo na faixa etária de 15 a 19 anos do Parque Prazeres e resultados do SB Brasil, 2003.

Idade 15 a 19 anos				
	Parque Prazeres		Brasil 2003	
	n	%	n	%
Estudante				
Sim	109	72,67	12.337	73,99
Não	41	27,33	4.338	26,01
Tipo de Escola				
Não é estudante	41	27,33	4.338	26,03
Escola Pública	105	70,70	11.419	68,53
Escola Privada	4	2,67	775	4,65
Outros			131	0,79
Moradia				
Própria	136	90,67	13.137	78,91
Própria em aquisição	-----		410	2,41
Alugada	9	6,00	1.847	11,09
Cedida	5	3,33	904	5,43
Outros	-----		351	2,11
Posse de automóvel				
Não possui	120	80,00	13.501	81,10
Possui um automóvel	29	19,33	2.799	16,81
Possui dois ou mais	1	0,67	347	2,08

Foram verificadas as freqüências absolutas e percentuais para variáveis relativas ao acesso a serviços odontológicos, colocando os resultados do Parque Prazeres e do SB Brasil, 2003 (Tabela 8). Observamos que 3,3% dos adolescentes nunca foram ao dentista, uma freqüência pequena quando comparada com os dados do Brasil, isto é, 13,43%. Provavelmente o principal motivo pela demanda do serviço foi a experiência de dor que chegou a 39,3%. A ida ao dentista para consulta de rotina/manutenção foi de 34%. No item local de atendimento, o Parque Prazeres, apresenta uma maior proporção (80%) ao atendimento no serviço público do que no Brasil (SB/2003), que foi em torno de 56%. Outro motivo de atendimento que apresentou dados expressivos foi cavidades nos dentes, com resultados no Parque Prazeres de 21,33% e no Brasil/2003 de 15,66%.

Tabela 8: Comparação da demonstração ao acesso a serviços odontológicos na faixa etária de 15 a 19 anos do Parque Prazeres e SB Brasil, 2003.

Idade 15 a 19 anos				
	Parque Prazeres		Brasil 2003	
	n	%	n	%
Consulta pela última vez				
Sim	145	96,70	14.435	86,57
Não	5	3,30	2.240	13,43
Tempo desde a última consulta				
Nunca foi atendido	5	3,33	2.240	13,50
Menos de 1 ano	63	42,00	8.054	48,55
De 1 a 2 anos	38	25,33	3.859	23,26
3 ou mais anos	44	29,33	2435	14,68
Local do atendimento				
Nunca foi atendido	5	3,33	2.240	13,49
Serviço Público	120	80,00	9.242	55,62
Serviço Privado Liberal	20	13,33	3.611	21,73
Serviço Privado suplementar	1	0,67	1.129	6,79
Serviço Filantrópico	4	2,67	145	0,87
Outros	-----		249	1,50
Motivo do atendimento				
Nunca foi atendido	5	3,33	2.240	13,48
Consulta de rotina/manutenção	51	34,00	5.669	34,11
Dor	59	39,33	5.099	30,68
Sangramento gengival	1	0,67	182	1,10
Cavidades nos dentes	32	21,33	2.603	15,66
Feridas, caroços, manchas na boca	-----		34	0,20
Outros	2	1,33	790	4,75
Avaliação do atendimento				
Nunca foi atendido	5	3,33	2.240	13,48
Péssimo	2	1,33	327	1,97
Ruim	1	0,67	274	1,65
Regular	19	12,67	1.547	9,31
Bom	108	72,00	10.017	60,27
Ótimo	15	10,00	2.215	13,33

A Tabela 9 ilustra as frequências absolutas e percentuais para variáveis relativas à autopercepção de saúde bucal dos adolescentes do PSF Parque Prazeres, juntamente com os resultados do SB Brasil 2003 no Brasil. A percentagem de pessoas relatando uma situação de saúde bucal boa, regular ou ruim foi de 26%, 52%, e 10% respectivamente. Esses resultados mostram-se bastante diferentes quando comparados com SB 2003, 44,58%, 34,03% e 7,29%. Classificando a aparência de dentes e gengivas (boa, regular e ruim) em Parque Prazeres, os resultados foram 33,33%, 41,33%, 11,33% respectivamente, enquanto no SB Brasil 2003 os

resultados foram 48,92%, 28,73% e 7,89%, apresentando comparação diferentes entre os dois estudos.

A prevalência de dor nos adolescentes (pouca/média/alta) nos últimos seis meses foi de 47,34%, estando maior do que a prevalência no Brasil, que foi de 35,67%.

Tabela 9: Comparação da demonstração da autopercepção em saúde bucal na faixa etária de 15 a 19 anos do Parque Prazeres, e SB Brasil, 2003.

Idade 15 a 19 anos				
	Parque Prazeres		Brasil 2003	
	n	%	n	%
Como classifica sua saúde bucal				
Não sabe/não informou	1	0,67	808	4,85
Péssima	6	4,00	565	3,39
Ruim	15	10,00	1.215	7,29
Regular	78	52,00	5.673	34,03
Boa	39	26,00	7.431	44,58
Ótima	11	7,33	977	5,86
Como classifica aparência de dentes e gengivas				
Não sabe/não informou	-----		803	4,82
Péssima	6	4,00	499	2,99
Ruim	17	11,33	1.316	7,89
Regular	62	41,33	4.789	28,73
Boa	50	33,33	8.155	48,92
Ótima	15	10,00	1.109	6,65
Como classifica a mastigação				
Não sabe/não informou	1	0,67	579	3,47
Péssima	3	2,00	257	1,54
Ruim	11	7,33	834	5,00
Regular	31	20,67	2.706	16,23
Boa	34	56,67	10.542	63,24
Ótima	20	12,67	1.751	10,50
Como classifica a fala devido a dentes e gengiva				
Não sabe/não informou	1	0,67	775	4,65
Péssima	1	0,67	175	1,05
Ruim	8	5,33	360	2,16
Regular	24	16,00	1.734	10,40
Boa	96	64,00	11.070	66,39
Ótima	20	13,33	2.560	15,35
De que forma saúde bucal afeta o relacionamento				
Não sabe/não informou	3	2,00	1.698	10,18
Não afeta	13	8,67	11.871	71,20
Afeta pouco	7	4,67	1.515	9,09
Afeta mais ou menos	37	24,67	929	5,57
Afeta muito	90	60,00	660	3,96
Quanto de dor sentiu nos últimos 6 meses				
Nenhuma dor	79	52,67	10.726	64,33
Pouca dor	16	10,67	3.189	19,13
Média dor	25	16,67	1.278	7,66
Muita dor	30	20,00	1.481	8,88

6 DISCUSSÃO

Os resultados desse estudo epidemiológico sobre a prevalência de cárie e doença periodontal, revelaram que os adolescentes do PSF do Parque Prazeres apresentam, conforme dados obtidos na pesquisa, resultados que se mostram compatíveis com a revisão de literatura, que apontou as mais recentes pesquisas na área epidemiológica na faixa etária estudada do SB Brasil 2003.

Na verdade, poucos estudos foram realizados em países desenvolvidos (MORGAN et al. 1992; TRUIN et al. 1993; ANTOFT et al. 1999), tendo como objeto de pesquisa adolescente na faixa etária delimitada para o estudo.

As estatísticas mundiais apontam estas idades como parâmetro, mostrando que na idade de 15 anos os dentes permanentes foram expostos ao ambiente por 3 a 9 anos e a avaliação de incidência de cárie é, portanto, freqüentemente mais significativa que na idade de 12 anos. Esta idade também é importante para avaliação dos indicadores de doença periodontal, mais especificamente gengivite, em adolescentes. A avaliação da idade de 18 anos é também importante para se ter uma representação do perfil das doenças bucais em adultos jovens e, além disso, esta idade é referência para avaliação das condições de saúde bucal em nível internacional nas metas OMS (FDI, 1982).

Alguns estudos demonstraram que houve um declínio da cárie. Gushi (2002) demonstrou um CPO-D médio de 6,44 no Estado de São Paulo e Gonçalves et al. (2002) que encontraram um CPO-D médio de 4,6 no estado de Santa Catarina. Ambos os estudos foram realizados em capitais, as quais apresentam uma qualidade de vida diferente do interior. Os estudos comparativos dos dados do Parque Prazeres e região Sudeste e Brasil (SB/Brasil, 2003) vêm comprovar que o índice CPO-D do Parque Prazeres está elevado (8,23) contra Sudeste (5,94) e Brasil (6,17). Ainda observa-se que em Parque Prazeres, o componente dente

obturado representa 35,74% do CPO-D e dente cariado representa 49,43%, não se equiparando com a região sudeste que apresentou 59,26% do componente obturado e 28,96% de cariado e com o Brasil que apresenta respectivamente 40,36% e 42,14%. No estudo de Gushi (2002) esses mesmos dados se apresentavam bastante diferentes, 71,26% obturados e 22,24 % cariados.

Talvez as diferenças observadas nesses resultados possam ser atribuídas a diferenças no que se refere ao acesso aos serviços odontológicos. Embora as variáveis de acesso aos serviços odontológicos não pareçam estar diretamente correlacionadas com melhores condições de saúde bucal (WHO, 1985). Isto pode ser observado nos estudos apresentados anteriormente, onde a diminuição do componente cariado não está relacionado necessariamente com mais saúde bucal, mas provavelmente com o maior número de dentes restaurados. De acordo com Nadanovsky e Sheiham (1995), os serviços de saúde bucal parecem não ter contribuído muito. Através de um estudo realizado a partir de dados de 18 países industrializados, esses autores mostraram que os serviços odontológicos explicam apenas 3% da redução observada no CPO-D médio das crianças de 12 anos, enquanto os fatores sociais explicam 65%. Porém, na maior parte dos casos, os indivíduos procuram o atendimento odontológico quando observam os problemas já instalados, denotando falta de consciência preventiva da população. Torna-se evidente este comentário, quando se verifica a associação significativa entre os casos de urgência e altos índices de CPO-D, conforme sinaliza Carvalho et al.(2001).

Na década de 60 e 70, muitos países desenvolvidos começaram a dar conta de altos volumes financeiros alocados para tratamento das doenças mais prevalentes (cárie e doença periodontal), através de procedimentos operatórios, não produziam uma relação de custo benefício favorável. Hunter (1985) mostrou que a Nova Zelândia apresentava, paradoxalmente, a melhor cobertura às necessidades restauradoras da população escolar (13-

14 anos) e a maior percentagem de adultos edêntulos (36%) entre os países industrializados. Estima-se que em torno de 70% do tempo de trabalho do dentista é gasto refazendo tratamento restaurador (MARYNIUIK E KAPLAN, 1986). Uma análise do serviço da Dinamarca demonstrou que 50% das restaurações em amálgama, em indivíduos com até 16 anos, eram refeitas em menos de 4 anos (MALTZ E CARVALHO, 2003).

Portanto, a saúde bucal não é assegurada estritamente pelo setor de saúde. Na verdade, depende de um amplo leque de estratégias, por meio de ações articuladas e coordenadas entre os diferentes setores sociais, ações do Estado, da sociedade civil, do sistema de saúde e de outras parcerias intersetoriais. Pode ser vista como um desfecho positivo decorrente da implementação de políticas públicas saudáveis (MOYSÉS et al., 2004).

Para promover melhoria da saúde bucal da população, deve haver articulação de ações que visem assistência odontológica, mas que não se limitam nelas. De acordo com Narvai, “a assistência odontológica refere-se ao conjunto de procedimentos clínico-cirúrgicos dirigidos a consumidores individuais, doentes ou não”. Baseado apenas na oferta de assistência odontológica, fica impossível modificar os alarmantes indicadores da saúde bucal. Ainda citando Narvai: “a atenção à saúde bucal é constituída pelo conjunto de ações que, incluindo a assistência odontológica, não se esgota nela, procurando atingir grupos populacionais através de ações de alcance coletivo. Tais ações podem ser desencadeadas e coordenadas externamente ao próprio setor de saúde (geração de emprego, renda, habitação, saneamento, lazer etc.) e mesmo internamente à área odontológica (ações educativas, controle de dieta, controle de placa, etc.)” (NARVAI, 1992).

São muitos os estudos que abordam a relação entre as variáveis socioeconômicas e cárie dentária, bem como a dicotomização entre escolares matriculados em escolas públicas e escolas privadas (CANGUSSU et al., 2002; FREIRE et al., 1999). Nesse estudo pôde se observar que a grande maioria freqüentava escolas públicas, o que, de acordo com estudos

que se referem à desigualdade social, pode ser uma forma de justificar a maior prevalência no CPO-D.

Outra questão a ser considerada em relação às variáveis socioeconômicas, é o fato de não existir água fluoretada na região do Parque Prazeres, Campos dos Goytacazes/RJ. Esta realidade funciona como agravante nos processos preventivos de combate à cárie. De acordo com estudos que relacionam condições socioeconômicas, qualidade de vida e cárie dentária, o ambiente, assim como as condições gerais de vida das populações periféricas, interfere diretamente na saúde bucal (THOMAS E STARTUP, 1992; GONÇALVES et al., 2002; LORETTO et al. 2000).

Os resultados confirmam que a saúde periodontal dos adolescentes do Parque Prazeres tende a ser boa, pois, apesar de grande quantidade de porcentagem de cálculo (38%) a maioria apresentou periodonto sadio 42%. Embora deva ser considerado o fato de que a prevalência de gengivite possa estar superestimada, uma vez que o registro da presença de cálculo anula o registro de sangramento, pois a escolha é para o pior indicador. Cálculo é um indicador de higiene bucal inadequada, que pode ou não causar inflamação, mas não é indicador de gengivite. Assim como o sangramento é indicador de gengivite na presença ou na ausência de cálculo.

De uma maneira geral, os resultados dessa pesquisa em relação à doença periodontal estão de acordo com a literatura, que diz que gengivite é comum e periodontite é rara, em escala mundial (PAPAPANOU, 1988).

O modelo assistencial brasileiro, historicamente privatista e curativo, sempre teve dificuldades em cumprir os princípios do SUS. Uma das razões para isso é a falta de assessoria do Ministério da Saúde aos Estados e municípios, para garantir a integralidade, a articulação e a superação das dicotomias das ações da saúde, inclusive na vigilância à saúde.

Dessa forma, a assistência odontológica tem sido ineficaz para intervir na prevalência das doenças bucais que assolam o País, caracterizada por uma prática elitista, individualista, mutiladora e iatrogênica; de alto custo, de baixo impacto social e desconectada da realidade epidemiológica e social do Brasil.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O grande salto das novas versões em saúde e que tem no conceito de Promoção da Saúde e Qualidade de Vida, eixos das ações desenvolvidas junto às populações é o tratamento humanizado conferido às faixas mais carentes da sociedade brasileira, cuja desigualdade existente, sempre privilegiou o atendimento às elites em detrimento das classes pobres, estas sim, entregues à própria sorte (BUSS, 2000).

Nesse sentido, os núcleos do PSF que atendem à saúde bucal cumprem um papel social relevante, estendendo um serviço de atenção básica a toda a população. A presença do PSF na comunidade do Parque Prazeres é um exemplo de que programas de saúde coletiva com objetivos sócio-educativos são essenciais à melhoria da qualidade de vida das populações.

Este estudo que teve como objeto da pesquisa adolescentes na faixa etária de 15 a 19 anos, adscritos no PSF/ Parque Prazeres, revelou que os índices de CPO-D desta clientela é bastante elevado quando comparados com dados do projeto SB Brasil/2003 realizados na região Sudeste e Brasil. Deve ser ressaltada a importância do componente dente perdido do CPO-D no PSF/ Parque Prazeres, quando comparado com as outras regiões, caracterizando uma prática profissional mutiladora.

A intenção desse estudo foi também contribuir para uma maior visibilidade das condições em saúde bucal dos adolescentes de 15 a 19 anos, uma faixa etária pouco estudada no Brasil e que esta pesquisa revelou ter pouco acesso aos serviços odontológicos.

A necessidade de criação do distrito sanitário no município de Campos dos Goytacazes, o maior da região norte Fluminense, permitirá que os serviços voltados para a saúde sejam integrados aos espaços da comunidade, possibilitando por via do nucleamento que as populações tenham serviços de qualidade, sem necessidade dos usuários se

deslocarem. Essa medida trará importantes benefícios para a saúde bucal, possibilitando que um maior número de usuário seja atendido.

Esta pesquisa só cumprirá o seu ciclo, com a aplicabilidade de seus resultados à melhoria do acesso dos jovens em geral, aos benefícios que o programa PSF pode trazer para os bairros, e por fim à melhoria da qualidade de vida desses jovens, que serão o futuro desse país, que ainda tem tantos problemas de saúde por superar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANTUNES, JL; PERES,MA & FRAZÃO, P. Cárie Dentaria. In: Pereira, A.C. & colaboradores .**Epidemiologia da saúde Bucal**. Rio de Janeiro: Ed.Ganabara koogan, 2006, p 49.

AXELSSON, P; LINDHE, J. Effect of controlled oral Hygiene procedures on caries and periodontal disease in adults – results after 6 years. **J. Clin Periodontol.**, v. 8, p. 239-248, 1981.

BRASIL, Ministério da Saúde. In: VII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986, Brasília. **Anais...** Brasília: MS, 1986.

_____. - Secretaria Nacional Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. Fundação Serviços de Saúde Pública. **Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil, zona urbana, 1986**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, Brasília, 137 p, 1988.

_____. Programa de agentes comunitários de saúde. Brasília: Brasil. 1994.

_____. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, NOB – SUS 01/96. **Diário Oficial da União**. Brasília, 6 de novembro de 1996.

_____. - **Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil, zona urbana, 1996**. Brasil: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, Brasília 1996.

_____. Portaria 1.444, de 28 de dezembro de 2000. **Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil**, DF, 29 dez. 2000.

_____. – **Projeto SB 2000**: Condições de Saúde Bucal da população brasileira no ano 2000. Manual do Coordenador. Brasília, 2000.

_____. – **Projeto SB 2000**: Condições de Saúde Bucal da população brasileira no ano 2000. Manual do Coordenador. Brasília, 53 p, 2001.

_____. – **Projeto SB 2000**. ATSB (Área Técnica de Saúde Bucal), 15 p. Manual do Anotador, 2001.

_____. – **Projeto SB 2000**. ATSB (Área Técnica de Saúde Bucal), 51 p. Manual do Examinador, 2001.

_____. – **SB 2000 DADOS**. Entrada e Processamento dos Dados do Projeto SB 2000 – Condições de Saúde Bucal da População Brasileira, 2002.

_____. – **As cartas da promoção** . Ministério da Saúde. Brasília. 2002.

_____. – Projeto SB Brasil 2003: **condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais**/Ministério da saúde, Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. – Informe da Atenção Básica-Dez anos de Saúde da Família no Brasil. ano V, março/abril de 2004.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica nº17**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids, Manual de rotinas para assistência de adolescentes vivendo com HIV/Aids – Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE (OPAS/OMS) – 04/05/01.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretária de Saúde. SUS: avanços e recuos. Brasília. CONASS, 2006.

BÓGUS, C. M. Promoção da saúde e a pesquisa avaliativa. In: Wilza Villela; Suzana Kalckmann; Umberto Catarino Pessoto. (Org.). Investigar para o SUS: construindo linhas de pesquisa. 1 ed. São Paulo: Instituto de Saúde, 2002, p. 49-54.

BURT B.A. Periodontites and aging: reviewing recent evidence. J Am Dent Assoc; 125: 273-9, 1994.

BUSS, Paulo. Promoção e educação em saúde no âmbito da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública. **Caderno de Saúde Pública**. v.15, 1999.

BUSS P.M. *et al*. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, 5(1): 163-177, 2000.

CANGUSSU, M.C.T. *et al*. Cárie dentária em escolares de 12 a 15 anos de escolas públicas e privadas de Salvador, Bahia, Brasil, 2001. **Pesquisa Odontologia Brasileira**, v.16, n. 4, p. 379-384, oct-dec, 2002.

CARDOSO, L. de C.; CARDOS, P. de C.; QUEIROZ, R.B. O desafio da saúde bucal na adolescência. IN: Jornada Odontologia de Bauru. Prof. Dr. Carlos Francischore, v.2, Bauru, 1999. **Anais Bauru**, FOB.USP, p.127, 1999.

CARVALHO AI. Políticas públicas saudáveis, p.31-37. In Buss PM (ed). Promoção da Saúde e Saúde Pública. ENSP, Rio de Janeiro. 178 pp. Mimeo (no preto), 1998.

CARVALHO, J.C., NIEUWENHUYSEN, J.P.V. & D'HOORE W. The decline in dental caries among Belgian children between 1983 and 1998. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.29, n.1, p.55-61, Feb., 2001.

CORDEIRO, H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. 6(2) 319-28, 2001

COSTA, D.C. & COSTA N.R. Teoria do conhecimento e epidemiologia: um convite à leitura de Jhon Snow. In: Epidemiologia, Teoria e Objeto (D.C.Costa org) pp.167-202. **Hucitec-Abrasco**, 1990.

CUNHA, J.P.P. & CUNHA, R.E. Sistema Único de saúde – princípios. In: Campos, F.E., Oliveira Jr., Tonon, L.M. (Org.) *Cadernos de Saúde I*. Belo Horizonte: Coopmed, 1998. p 11 – 26.

CYPRIANO Silvia; SOUSA Maria da Luz Rosário de; WADA Ronaldo Seichi. A aplicabilidade atual dos índices simplificados de Viegas nos levantamentos epidemiológicos da cárie dentária. **Cad. Saúde Pública**. V.20, n.6, Rio de Janeiro nov/dec., 2004.

CZERESNIA, D. The concept of health and difference between promotion and prevention. **Cadernos de Saúde Pública**, 15(4): 7001-10, 1999.

FEUERWERKER, LCM, COSTA, HOG, BARBOSA, N, KHALIL ME. O processo de construção e de trabalho da Rede Unida. **Divulg saúde debate**. Dez; (22): 9-17, 2000.

FDI. Fédération Dentaire Internationale. Global goals for oral health in the year 2000. **Int. Dent J.**, 32:74-77, 1982.

FREIRE M.C., *et al.* Prevalência de cárie e necessidades de tratamento em escolares de 6 a 12 anos da rede pública de ensino. **Revista Saúde Pública**, v.33, n.4, p. 385-390, aug, 1999.

GJERMO P., BELLINI H.T., MARCOS B. Application of the Community Periodontal Index of Treatment Needs (CPITN) in a population of young Brazilians. *Community Dent Oral Epidemiol.* 11: 342-346, 1983.

GONÇALVES, E.R.; PERES, M.A. & MARCENES, W. Cárie dentária e condições sócio-econômicas: um estudo transversal com jovens de 18 anos de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.18, n.3, p. 699-706, May-Jun, 2002.

GROSSI S.G. *et al.* Assessment of risk for periodontal disease. I. Risk indicators for attachment loss. **Journal of Periodontology**, n.65, p.260-267, 1994.

GUSHI, Livia Leitsue. *et al.* Cárie Dentária em Adolescentes no Estado de São Paulo, Brasil, 2002. **Cadernos Saúde Pública**. n. 21. Rio de Janeiro, set/out, 2005.

HUNTER, B. Survival of dental restorations in young patients. **Community Dent Oral Epidemiol.**, 13: 258-7, 1985.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) 1998. Odontologia no Brasil. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD). Ministério da Saúde-Brasil. <<http://www.cirurgiaodontista.org>.

KLEIN, H; PALMER, C.E. Dental caries em American children. Publ. Hlth Bud, n.239, 1937 apud CHAVES, M.M. Odontologia Social. Rio de Janeiro, **Artes Médicas**, 1986.

LAURELL, Asa C. A saúde-doença como processo social. IN: NUNES, Everardo D. (org) *Medicina Social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: **Global**, 1983.

LORETTO, N.R.M. *et al.* Cárie dentária no Brasil: Alguns aspectos sociais, políticos e econômicos. **Rev. ABO Nacional**, v.8, p. 45-49, 2000.

MALTZ, M. & CARVALHO, J. Diagnóstico da Cárie. In: Léo Kriger e col. **Promoção de Saúde Bucal**. São Paulo: Ed. Artes Médicas, 2003, p 69.

MARYNIUIK, G.A. & KAPLAN, S.H. Longevity of restoration: Survery results of dentists estimates and attitudes. **J Am Dent Assoc**, 112: 39-45, 1986

MCKEOWN, T; RECORD, R.G. & TURNER, R.D. Na interpretation on the decline of mortality in England and Wales during 20th century. **Populations studies**, 29: 391- 422, 1974

MOYSES, Samuel Jorge *et al.* Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. **Ciência e Saúde Coletiva**, nº9, 2004.

NADANOVSKY P. & SHEIHAM A. Relative contribution of dental services to the changes in caries levels of 12-year-old children in 18 industrialized countries in the 1970s and early 1980s. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.23, n.6, p.331-339,Dec, 1995.

NARVAI, PC. **Saúde bucal:assistência ou atenção?** São Paulo, mimeo, 1992.

_____. Odontologia e saúde bucal coletiva. Hucitec, São Paulo, 1994.

_____. Recursos Humanos para Promoção da Saúde: um olhar no início do século XXI. IN: Leo KRIGER (org) **Promoção da Saúde Bucal**. 3^oed. São Paulo: **Artes Médicas**, v.1, 2003.

_____.O Brasil e as metas OMS, 2000. **Jornal do site Odonto**. São Paulo, 2000. disponível em 24/06/2007.

NEWBRUN, E. Cariologia. 2^a ed. São Paulo: Santos, 1988.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAUDE (OMS). **Levantamento básico em saúde bucal**. 4^a Edição. Editora Santos, 66 p., 199i9.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS/OMS) Brasil: **Jornal site Odonto**. Ano IV, n.52, 2002.

PAPAPANOU, P.N.; WENNSTRÖM, J.L. & GRÖNDAHL, K. Periodontal status in relation to age and tooth type. A cross-sectional radiographic study. **Journal of Clinical Periodontology**, 15, 469-478, 1988.

PEREIRA, M.G. Epidemiologia – Teoria e Prática. Ed. Guanabara/Koogan, 1995.

PETERSEN, PP. The World Oral Health Report 2003. Continuous improvmentof oral health in 21st century – the approach of the WHO Global Health Programme. Geneva: World Health organization, 2003.

PINTO, VG. Projeto de levantamento epidemiológico nacional em saúde bucal não tem consistência. **APCD Jornal**. Nov/dez 1996

_____. **Saúde Bucal Coletiva**. 4^a edição. São Paulo: Editora Santos, 2000.

RONCALLI, A.G . Levantamentos Epidemiológicos em Saúde Bucal no Brasil . In: José Leopoldo Ferreira Antunes; Marco Aurélio de Anselmo Peres. (Org.). Fundamentos de Odontologia - Epidemiologia da Saúde B. 1 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, v. 1, cap.3, 2006.

_____. Epidemiologia e saúde bucal coletiva: um caminhar compartilhado. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.1, p. 105-114, 2006.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, n. 5, p. 538-542, 1997.

SOUZA, Elizabeth Cristina Fagundes e OLIVEIRA, Giuseppe Roncalli da Costa. O processo saúde-doença: do xamã aos cosmos. IN: Odontologia Social: textos selecionados, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 1998.

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre as necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Ministério da Saúde/UNESCO. Brasília, 2002.

THOMAS, J.F.& STARTUP, R. Some social correlates with the dental health of young children. **Community Dent Health**, v.9, n.1, p.11-17, mar. 1992.

TOMITA *et al.* Educação em Saúde Bucal para adolescentes: uso de métodos participativos. **Revista FOB**. V.9, nº1/2, p. 63-69 jan/jun, 2001.

WORD HEALTH ORGANIZATION. **Oral systems** (Na international collaborative study coordinated by the World Health Organization). London: Quintessence, 1985.

_____. (WORD HEALTH ORGANIZATION). **Oral health surveys: basic methods**. 4 ed. Geneva: ORH/EPID, 1997.

ANEXOS

ANEXO A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (OU ESCLARECIMENTO DO RESPONSÁVEL)

Nome do entrevistado: _____ Idade: _____

Responsável legal: _____ RG: _____

Projeto: **PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE SAÚDE BUCAL NA POPULAÇÃO DE 15 A 19 ANOS ADSCRITA À UMA UNIDADE DO PSF DE CAMPOS DOS GOITACAZES.**

Responsável: Regina Célia Giancristoforo Campos

Eu, _____,
abaixo assinado, (responsável pelo meu presente próximo _____
_____), declaro ter pleno conhecimento do que se segue:

1. Objetivo da Pesquisa: Conhecer a prevalência da doença cárie e periodontal da população de 15 a 19 anos adscrita no módulo do PSF do Parque Prazeres de Campos dos Goytacazes.
2. Benefícios que possam ser obtidos: melhoria das ações de saúde bucal.
3. Receberei resposta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca de assuntos relacionados com o objeto da pesquisa.
4. Tenho a liberdade de retirar o meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo.
5. Obterei informações atualizadas durante o estudo, ainda que isto possa afetar minha vontade de continuar dele participando.
6. A pesquisa manterá o caráter oficial das informações relacionando-as com a minha privacidade.
7. Em caso de dúvidas, poderei esclarecê-las através de contato telefônico com a pesquisadora pelo telefone: (22) 27221861.

Campos dos Goytacazes, ____ de _____ de 2007.

Assinatura do Participante ou Responsável

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

ANEXO B: FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO SOCIOECONÔMICA E AUTOPERCEPÇÃO (PROJETO SB 2000).

Formulário de avaliação socioeconômica e autopercepção de saúde bucal da população de 15 a 19 anos do Módulo do PSF do Parque Prazeres.

1) Número de pessoas:

--	--

2) Escolaridade (anos de estudo):

--	--

3) Estudante: 0 - Sim 1 - Não

--

4) Tipo de escola:

--

0 - Não é estudante 1 - Pública
2 - Privada 3 - Outros

5) Moradia:

--

1 - Própria 2 - Própria em aquisição 3 - Alugada
4 - Cedida 5 - Outros

6) Numero de cômodos da casa:

--	--

7) Renda Familiar (em reais):

--	--	--	--	--

8) Renda Pessoal (em reais):

--	--	--	--	--

9) Posse de automóvel:

--

0 - Não possui
1 - Possui um automóvel
2 - Possui um ou mais automóvel

ACESSO A SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS**10) Já foi ao Dentista alguma vez na vida?**

- 0 - Sim
1 - Não

11) Há quanto tempo?

- 0 - Nunca foi ao Dentista
1 - Menos de 1 ano
2 - de 1 a 2 anos
3 - Há mais de 3 anos

12) Onde?

- 0 - Nunca foi ao Dentista
1 - Serviço Público
2 - Serviço Privado
3 - Serviço Privado Suplementar (Planos e Convênios)
4 - Serviço Filantrópico
5 - Outros

13) Por quê?

- 0 - Nunca foi ao Dentista
1 - Consulta de rotina/reparos /manutenção
2 - Dor
3 - Sangramento gengival
4 - Cavidades nos dentes
5 - Feridas/caroços ou manchas
6 - Rosto inchado
7 - outros

14) Como avalia o atendimento?

- 0 - Nunca foi ao Dentista
1 - Péssimo
2 - Ruim
3 - Regular
4 - Bom
5 - Ótimo

15) Recebeu informações sobre como evitar problemas bucais?

- 0 - Sim
1 - Não

16) Considera que necessita de tratamento atualmente?

- 0 - Sim
1 - Não

Autopercepção em Saúde Bucal**17) Como classifica sua saúde bucal?**

- | | |
|-----------------------------|-------------|
| 0 - Não sabe (não informou) | 3 - Regular |
| 1 - Péssima | 4 - Boa |
| 2 - Ruim | 5 - Ótima |

18) Como classificaria a aparência de seus dentes e gengiva?

- | | |
|-----------------------------|-------------|
| 0 - Não sabe (não informou) | 3 - Regular |
| 1 - Péssima | 4 - Boa |
| 2 - Ruim | 5 - Ótima |

19) Como classificaria sua mastigação?

- | | |
|-----------------------------|-------------|
| 0 - Não sabe (não informou) | 3 - Regular |
| 1 - Péssima | 4 - Boa |
| 2 - Ruim | 5 - Ótima |

20) Como classificaria a sua fala devido aos seus dentes e gengivas?

- | | |
|-----------------------------|-------------|
| 0 - Não sabe (não informou) | 3 - Regular |
| 1 - Péssima | 4 - Boa |
| 2 - Ruim | 5 - Ótima |

21) De que forma a sua saúde bucal afeta o seu relacionamento com outras pessoas?

- | | |
|-----------------------------|-------------------------|
| 0 - Não sabe (não informou) | 3 - Afeta mais ou menos |
| 1 - Não afeta | 4 - Afeta muito |
| 2 - Afeta pouco | |

22) O quanto de dor seus dentes e gengivas causaram nos últimos 6 meses?

- | | |
|-----------------|---------------|
| 0 - Nenhuma Dor | 2 - Média Dor |
| 1 - Pouca Dor | 3 - Muita Dor |

ANEXO C: FICHA DE LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DA CÁRIE DENTÁRIA – CPO-D

Nome : _____ Sexo: _____

Idade : _____ anos Data de Nascimento: ____ / ____ / ____

Local : PSF do Parque Prazeres – Campos dos Goytacazes/RJ

ACS: _____ Cadastro: _____

Data do Exame: ____ / ____ / 2007

Condição Dental CPO-D

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Critérios para diagnóstico :

Código 0 - Coroa Hígida;

Código 1 - Coroa cariada;

Código 2 - Coroa obturado e com cárie;

Código 3 - Coroa obturado e sem cárie;

Código 4 - Dente Perdido devido a cárie;

Código 5 - Dente Perdido por outras razões (ortodônticas, traumáticas ou congênitas);

Código 6 - Apresenta selante;

Código 7 - Apoio de ponte ou coroa;

Código 8 - Não erupcionado;

Código T - Trauma (parte da superfície coronária foi perdida);

Código 9 - Dente excluído (bandas ortodônticas ou hipoplasias severas).

Condição de Doença Periodontal

Critérios: sangramento nas regiões Vestibular e lingual abrangendo regiões mesial, média e distal

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

CPI

0 – sextante hígido

1 – sextante c/ sangramento (obs.direta/ ou c/ sondagem)

2 – cálculo(qualquer quantidade)

3 – bolsa de 4 a 5 mm

4 – bolsa de 6 mm ou mais

X – sextante excluído (>de 2 dentes presentes)

9 – sextante não examinado

Examinador :Regina Campos

Anotador : _____

ANEXO D: CÓDIGOS PARA CÁRIE DENTÁRIA (MANUAL DO EXAMINADOR E ANOTADOR- MS/BRASIL, 2001).

Um dente é considerado presente na boca quando apresenta qualquer parte visível.

0 – Coroa Hígida

Não há evidência de cárie. Estágios iniciais da doença não são levados em consideração. Os seguintes sinais devem ser codificados como hígidos:

- manchas esbranquiçadas;
- descolorações ou manchas rugosas resistentes à pressão da sonda CPI;
- sulcos e fissuras do esmalte, manchados mas que não apresentam sinais visuais de base amolecida, esmalte socavado ou amolecimento das paredes detectáveis com a sonda CPI;
- áreas escuras, brilhantes, duras e fissuradas do esmalte de um dente com fluorose moderada ou severa;
- lesões que, com base na sua distribuição ou história, ou exame tátil/visual, resultem de abrasão.

1 – Coroa Cariada

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

Nota: Na presença de cavidade originada por cárie, mesmo sem doença no momento do exame, a FSF-USP adota com regra de decisão considerar o dente atacado por cárie, registrando-se cariado.

2 – Coroa Restaurada mas Cariada

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

3 – Coroa Restaurada e Sem Cárie

- há uma ou mais restaurações definitivas e inexiste cárie primária ou recorrente. Um dente com coroa colocada devido à cárie inclui-se nesta categoria. Se a coroa resulta de outras causas, como suporte de prótese, é codificada como 7.

4 – Dente Perdido devido à Cárie

- um dente permanente foi extraído por causa de cárie e não por outras razões.

5 – Dente Perdido por outra razão

- ausência se deve a razões ortodônticas, periodontais, traumáticas ou congênitas.

8 – Coroa não erupcionada

- quando o dente permanente ainda não erupcionou, atendendo à cronologia da erupção. Não inclui dentes perdidos por problemas congênitos, trauma.

T – Trauma

· parte da superfície coronária foi perdida em consequência de trauma e não há evidência de cárie.

9 – Dente Excluído

· aplicado a qualquer dente permanente que não possa ser examinado (bandas ortodônticas, hipoplasias severas etc.)

Figura 1: Condição Dental CPO-D

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Quadro 2 – Resumo dos códigos para cárie dentária.

CÓDIGO DENTES PERMANENTES	CONDIÇÃO/ESTADO
0	HÍGIDO
1	CARIADO
2	RESTAURADO MAS COM CÁRIE
3	RESTAURADO E SEM CÁRIE
4	PERDIDO DEVIDO À CÁRIE
5	PERDIDO POR OUTRAS RAZÕES
6	APRESENTA SELANTE
7	APOIO DE PONTE OU COROA
8	NÃO ERUPCIONADO
T	TRAUMA (FRATURA)
9	DENTE EXCLUÍDO

Fonte: Projeto SB Brasil 2003

ANEXO E: CONDIÇÃO PERIODONTAL (MANUAL DO EXAMINADOR E ANOTADOR –MS, BRASIL, 2001)

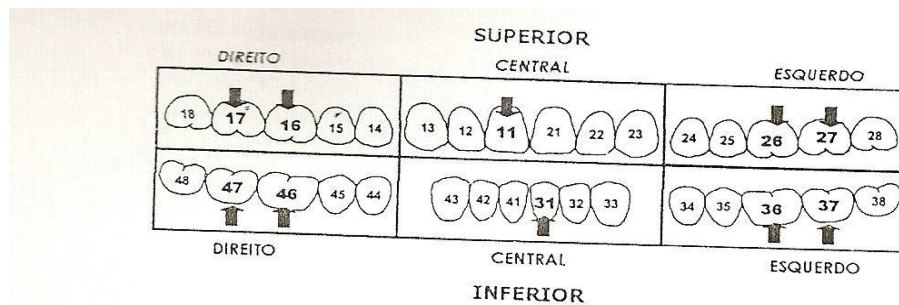
A boca foi dividida em sextantes definidos pelos dentes: 18-14, 13-23, 24-28, 38-34, 33-43 e 44-48 (figura 2). A presença de dois ou mais dentes sem indicação de exodontia, foi pré-requisito ao exame do sextante. Sem isso o sextante foi cancelado (ex: um único dente presente).

Nota: não se considerou o terceiro molar na contagem de dentes presentes no sextante, na faixa etária de 15 a 19 anos. Quando se detectou a presença de um dente e o terceiro molar, nesta faixa etária o sextante foi excluído.

Os dentes-índices para cada sextante foram: 16, 11, 26, 36 31 e 46. Caso nenhum deles estivesse presente, examinam-se todos os dentes remanescentes do sextante, não se levando em conta distal dos terceiros molares.

O exame foi realizado em cada 10 dentes-índices, nas superfícies vestibular e lingual, abrangendo as regiões mesial, média e distal. Os procedimentos foram iniciados pela área disto-vestibular, passando para a área média e daí para a área mesio-vestibular. Após, inspecionam-se as áreas linguais, indo de distal para mesial. A sonda foi introduzida levemente no sulco gengival ou na bolsa periodontal, ligeiramente inclinada em relação ao longo eixo do dente, seguindo a configuração anatômica da superfície radicular. Movimentos de vai-e-vem vertical, de pequena amplitude foram realizados. Embora os 10 dentes sejam examinados por sextante, apenas 6 anotações foram feitas, sendo uma por sextante, relativa à pior situação encontrada.

Figura 2: Divisão da arcada em sextantes e destaque para os dentes índices para CPI.



Fonte: Projeto SB Brasil 2003

Quadro 3: Resumo dos códigos para doença periodontal (CPI)

0	Sextante hígido
1	Sextante com sangramento
2	Cálculo
3	Bolsa de 4 a 5 mm
4	Bolsa de 6 mm ou mais
X	Sextante excluído (menos de 2 dentes)
9	Sextante não examinado

Fonte: Projeto SB 2003

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)