

TENILE CARVALHO COELHO

**EXCLUSÃO SOCIAL E CÁRIE DENTÁRIA EM ADOLESCENTES DO
MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE (MS)**

CAMPO GRANDE - MS

2014

TENILE CARVALHO COELHO

**EXCLUSÃO SOCIAL E CÁRIE DENTÁRIA EM ADOLESCENTES DO
MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE (MS)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Odontologia nível de Mestrado da Faculdade de Odontologia “Prof. Albino Coimbra Filho” da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof.^a Dra. Valéria Rodrigues de Lacerda.

CAMPO GRANDE - MS

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

TENILE CARVALHO COELHO

**EXCLUSÃO SOCIAL E CÁRIE DENTÁRIA EM ADOLESCENTES DO MUNICÍPIO
DE CAMPO GRANDE (MS)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Odontologia nível de Mestrado da Faculdade de Odontologia “Prof. Albino Coimbra Filho” da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof.^a Dra. Valéria Rodrigues de Lacerda.

Resultado _____.

Campo Grande (MS), _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____
Instituição _____

Prof. Dr. _____
Instituição _____

Prof. Dr. _____
Instituição _____

*A minha família, Antônio Luiz, Thais Elena e Lícia,
pela paciência e apoio incondicional
em todas as etapas da minha vida...
Essa conquista também é de vocês!*

AGRADECIMENTOS

- A Deus, pela vida, saúde e inspiração para compor e executar essa pesquisa.
- A minha orientadora, Valéria Rodrigues de Lacerda, pela amizade, paciência e por compartilhar sua sabedoria de maneira tão generosa em todos os momentos. Nosso caminho ainda continua... Minha eterna gratidão e carinho.
- Aos meus colegas de mestrado, em especial a Maria Isabel, que se tornou uma amiga muito especial, sempre me motivando quando o cansaço se fazia presente. Nossas horas nas escolas foram sempre agradáveis e até divertidas, mesmo com tanta responsabilidade em cumprir nossos deveres como pesquisadoras. Não poderia esquecer da Inara, que também foi uma parceira neste trabalho.
- À aluna de graduação Pollyanna Almeida, que apesar do currículo apertado nos ajudou na coleta de dados da pesquisa. E também a minha prima, Isabela, pela ajuda com os questionários, quando não havia disponibilidade dos outros colegas.
- À Secretaria de Educação de Mato Grosso do Sul, por confiar nesse projeto e possibilitar a concretização do mesmo.
- Aos funcionários das Escolas Estaduais participantes, pela gentileza em nos receber no local em que trabalham diariamente e onde desempenham funções muitas vezes além do previsto.
- Aos estudantes que gentilmente participaram da pesquisa, deixando, muitas vezes, a vergonha de lado e se dispuseram a realizar todos os procedimentos exigidos pelo estudo. Sem esses jovens, não seria possível realizar esse trabalho.
- A toda a equipe do Programa de Pós-graduação em Odontologia, da Faculdade de Odontologia “Prof. Albino Coimbra Filho”, pela paciência e disponibilidade em nos tornar Mestres.

“Há um tempo em que é preciso
abandonar as roupas usadas
Que já tem a forma do nosso corpo
E esquecer os nossos caminhos que
nos levam sempre aos mesmos lugares
É o tempo da travessia
E se não ousarmos fazê-la
Teremos ficado para sempre
À margem de nós mesmos”
(Fernando Pessoa)

RESUMO

Coelho TC. Exclusão Social e Cárie Dentária em Adolescentes do Município de Campo Grande (MS). Campo Grande – MS, 2014. [Dissertação – Faculdade de Odontologia “Prof. Albino Coimbra Filho” – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul].

Introdução: Embora a condição de saúde bucal brasileira tenha melhorado nos últimos anos, a população ainda sofre com a prevalência da cárie e perdas dentárias, sugerindo que Exclusão Social seria um fator persistente. Nesse sentido, a saúde bucal dos adolescentes merece atenção, com adoção de medidas que poderiam auxiliar na identificação de suas necessidades. A criação de um indicador, como o Índice de Exclusão Social em Campo Grande (MS) permitiria investigar áreas com maiores riscos, possibilitando melhor planejar as ações em saúde, voltadas a esses jovens. **Objetivos:** Conhecer aspectos relacionados à saúde bucal dos jovens de 15 a 18 anos que frequentam as Escolas Estaduais Públicas no município de Campo Grande (MS), e relacioná-los a com o Índice de Exclusão Social. **Metodologia:** Estudo transversal com 381 alunos de 15 a 18 anos matriculados em escolas públicas estaduais em Campo Grande (MS), que passaram por exame clínico e responderam a perguntas de caráter socioeconômico, hábitos e utilização de serviços sobre saúde bucal, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Termo de Assentimento. As variáveis foram testadas relacionadas aos valores médios do índice CPO-D e também ao Índice de Exclusão Social das regiões de Campo Grande (MS): Anhanduizinho, Bandeira, Central, Imbirussu e Lagoa. **Resultados:** O valor médio do CPO-D encontrado para a amostra geral foi de 3,8, e houve diferença estatística quanto ao valor da média do CPO-D entre algumas regiões ($p=0,001$). Também houve diferença significativa em relação à média do CPO-D quanto ao gênero ($p=0,004$), quanto à consulta ao dentista ($p=0,030$) e quanto ao tempo da última consulta ($p<0,001$). Não houve correlação linear entre o índice CPO-D e o Índice de Exclusão Social das regiões avaliadas neste estudo ($p=0,682$; $r=-0,300$). **Conclusão:** Houve diferença significativa em relação à média do índice CPO-D entre algumas regiões do município de Campo Grande (MS), em relação ao gênero, consulta ao dentista e tempo da última consulta. Não foi possível identificar uma correlação linear entre o Índice de Exclusão Social das regiões e a média do índice CPO-D por região.

Palavras-chave: saúde bucal, desigualdades em saúde, vulnerabilidade em saúde, epidemiologia, saúde do adolescente.

ABSTRACT

Coelho TC. Social Exclusion and Dental Caries in Adolescents from Campo Grande (MS). Campo Grande - MS, 2014. [Dissertation – Faculdade de Odontologia “Prof. Albino Coimbra Filho” – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul].

Introduction: Although the condition of Brazilian oral health has improved in recent years, the population still suffers from the prevalence of caries and tooth loss, suggesting that social exclusion would be a persistent factor. This way, adolescents' oral health deserves attention, adopting measures that could assist in identifying their needs. The creation of an index, such as the Index of Social Exclusion in Campo Grande (MS) could investigate high-risk areas, allowing better planning health actions, aimed these Young population. **Objectives:** Learn aspects related to oral health of adolescents aged 15 to 18 who attend public schools in the city of Campo Grande (MS), and relate them to the Index of Social Exclusion. **Methods:** Cross-sectional study with 381 students aged 15 to 18 enrolled in public schools in Campo Grande (MS), who were examined and answered socioeconomic questions, about habits, and use of oral health services, after signing an Consent Instrument. The variables were tested relating to the mean values of DMFT index and the Index of Social Exclusion regions of Campo Grande (MS): Anhanduizinho, Bandeira, Central, Imbirussu and Lagoa. **Results:** The mean DMFT found for the overall sample was 3.8, and there was statistical difference in the average value of DMFT among few regions ($p=0.001$). There was also significant difference in the mean DMFT related to gender ($p=0.004$), related to dental visit ($p=0.030$) and related to the last visit ($p<0.001$). There was no linear correlation between the DMFT index and the index of Social Exclusion regions evaluated in this study ($p=0.682$, $r=-0.300$). **Conclusion:** There was significant difference in the mean DMFT index between some regions of the city of Campo Grande (MS), related to gender, related to dental visit ($p=0,030$) and related to the last visit ($p<0,001$). It was unable to identify a linear correlation between the Index of Social Exclusion regions and the mean DMFT index by region.

Keywords: oral health, health inequalities, health vulnerability, epidemiology, adolescente health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Média e desvio-padrão do Índice CPO-D dos adolescentes de 15 a 18 anos nas diferentes regiões e nas demais variáveis avaliadas neste estudo, Campo Grande (MS) – 2013 (n=381)	38
Tabela 2 - Proporção de adolescentes com média do Índice CPO-D de valor 0 ou diferente de 0, nas diferentes regiões, Campo Grande (MS) – 2013 (n=381)	44
Tabela 3 - Distribuição dos adolescentes de acordo com a frequência de escovações diárias e o gênero. Campo Grande (MS) – 2013 (n=381)	45
Tabela 4 - Proporção de adolescentes de acordo com a região e as variáveis relacionadas com o atendimento odontológico, Campo Grande (MS) – 2013 (n=381)	46
Tabela 5 - Proporção de adolescentes de acordo com a região e as variáveis relacionadas com os problemas odontológicos, Campo Grande (MS) – 2013 (n=381)	47
Tabela 6 - Resultados referentes ao Índice de Exclusão Social (IES) e ao CPO-D, nas diferentes regiões, Campo Grande (MS) – 2013 (n=381)	48

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Porcentagem de indivíduos que nunca foram ao dentista, por idade e situação econômica	22
Figura 2 -	Índice CPO-D segundo o ano para a idade-índice de 12 anos, Brasil	23
Figura 3 -	Pirâmide etária do município de Campo Grande (MS)	30
Figura 4 -	Divisão da sede urbana de Campo Grande (MS)	31
Figura 5 -	Quadro das Escolas Públicas Estaduais urbanas sorteadas, Campo Grande/MS – 2013	32
Figura 6 -	Localização das Escolas Públicas Estaduais que participaram da pesquisa	32
Figura 7 -	Componentes do Índice de Exclusão Social para o município de Campo Grande (MS)	34
Figura 8 -	Mapa do Índice de Exclusão Social de Campo Grande MS	35
Figura 9 -	Gráfico apresentando o CPO-D dos adolescentes em cada uma das regiões estudadas e no total. *Diferença significativa em relação às regiões Central e Lagoa (teste de Kruskal-Wallis, $p=0,001$, pós-teste de Dunn, $p<0,05$). Cada coluna representa a média e a barra o erro padrão da média	40
Figura 10 -	Gráfico apresentando o CPO-D dos adolescentes avaliados neste estudo, de acordo com o sexo dos mesmos. *Diferença significativa em relação aos adolescentes do sexo feminino (teste de Mann-Whitney, $p=0,004$). Cada coluna representa a média e a barra o erro padrão da média	41
Figura 11 -	Gráfico apresentando o CPO-D dos adolescentes avaliados neste estudo, de acordo com o ter ido ou não ao dentista pelo menos uma vez na vida. *Diferença significativa em relação aos adolescentes que já haviam ido ao dentista (teste de Mann-Whitney, $p=0,030$). Cada coluna representa a média e a barra o erro padrão da média	42
Figura 12 -	Gráfico apresentando o CPO-D dos adolescentes avaliados neste estudo, de acordo com o tempo decorrido da última consulta odontológica. *Diferença significativa em relação aos tempos menos de 1 ano e entre 1 e 2 anos (teste de Kruskal-Wallis, $p<0,001$, pós-teste de Dunn, $p<0,05$). Cada coluna representa a média e a barra o erro padrão da média	43

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AM	Amazonas
SB BRASIL 2010	Pesquisa Nacional de Saúde Bucal
CEP/UFMS	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
DP	Desvio-padrão
EPI	Equipamento de Proteção Individual
EUA	Estados Unidos da América
GO	Goiás
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IES	Índice de Exclusão Social
Índice CPO-D	Índice de Dentes Permanentes Cariados, Perdidos e Obturados
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IPVS	Índice Paulista de Vulnerabilidade Social
IVJ	Índice de Vulnerabilidade Juvenil
MG	Minhas Gerais
MS	Mato Grosso do Sul
OMS	Organização Mundial de Saúde
PB	Paraíba
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
Q1	1º quintil
Q5	5º quintil
RS	Rio Grande do Sul
SEE	Secretaria Estadual de Educação
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REVISÃO DE LITERATURA	14
2.1 Adolescência, Vulnerabilidade e Exclusão Social	14
2.2 Indicadores de Exclusão	19
2.3 Saúde Bucal e Adolescência	21
3 OBJETIVOS	29
3.1 Objetivo Geral	29
3.2 Objetivos Específicos	29
4 METODOLOGIA	30
4.1 Caracterização do estudo	31
4.2 Caracterização do local da Pesquisa	31
4.3 Amostra	33
4.4 Procedimentos realizados	33
4.5 Procedimentos de coleta	35
4.6 Análise de dados	36
5 RESULTADOS	38
6 DISCUSSÃO	49
7 CONCLUSÕES	58
REFERÊNCIAS	59
APÊNDICES	66
ANEXOS	69

1 INTRODUÇÃO

A exclusão social não é um fenômeno novo, porém, percebe-se que está em evidência no final do século XX. A exclusão é a negação da cidadania. Contém elementos éticos e culturais, com referências à discriminação e estigmatização. Ultrapassa o conceito de pobreza e inclui o abandono, perda de vínculos e das relações coletivas (SPOSATI, 1998).

O Brasil apresenta uma tendência de exclusão que é histórica. Para a superação desse cenário, seria necessário investigar políticas públicas relacionadas à diversas áreas, como saúde, educação, política, pobreza, trabalho, cultura, habitação, informática e previdência social, reunidas em indicadores baseados em dados oficiais nacionais, como os apresentados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) nos censos que realiza (POCHMANN *et al.*, 2005).

Sauer, Campello e Capillé (2012) construíram o Índice de Exclusão Social (IES) em Campo Grande (MS) como uma proposta de apresentar o retrato social desse município e fornecer subsídios para a administração municipal, sendo que a elaboração do Índice teve foco na divisão por bairros, a menor unidade. Para esses autores um indicador tem o objetivo de apontar o problema, na maioria dos casos sugerir a existência do mesmo, sendo que a realidade é sempre muito mais complexa do que é mostrado por um número.

A atitude que as pessoas exibem sobre sua saúde, particularmente a saúde bucal, é moldada pelas vivências pessoais. Essas determinam comportamentos e percepções, fundamentais na adoção de hábitos e comportamento relacionados à saúde bucal (FREEMAN, 1999). Os fatores sociodemográficos, psicossociais e o estilo de vida adotado pelo indivíduo são capazes de influenciar seus hábitos e comportamentos de saúde durante toda a sua vida. O adolescente, entretanto, mostra-se mais vulnerável a esses fatores, pois não recebe mais tanto cuidado e atenção dispensados às crianças e não exibe a maturidade da vida adulta (World Health Organization, 2005). Além disso, a adolescência também é considerada um período de risco para doenças bucais como cárie, gengivite e doença periodontal (VALENTE, 1998).

A Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – SB Brasil 2010, revelou que as crianças brasileiras de 12 anos de idade apresentaram como média do Índice de Dentes

Permanentes Cariados, Perdidos e Obturados (Índice CPO-D) o valor de 2,07. Já entre os adolescentes, esse valor foi pouco mais que o dobro, 4,25. O valor do CPO-D médio dos adolescentes de 15 a 19 anos no município de Campo Grande (MS) foi de 4,96 (BRASIL, 2011). Os valores médios do Índice CPO-D acima de 4,4 são considerados altos conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS) (PETERSEN, 2003), e sugerem que esses indivíduos necessitariam de uma maior atenção voltada às suas condições de saúde bucal, tanto por parte de políticas públicas quanto pelos próprios hábitos, envolvendo situações de exclusão.

Para Narvai *et al.* (2006) ainda existem desigualdades entre as regiões brasileiras e na população escolar como um todo, que refletem de maneira negativa sobre a condição bucal. Para esses autores, ações sociais e econômicas mais abrangentes, direcionadas ao enfrentamento da exclusão social e intervenções de saúde pública complementares, voltadas aos grupos mais vulneráveis, no campo da promoção da saúde bucal e também para a assistência odontológica, são medidas desafiadoras mas que deveriam ser implementadas.

Para Freire, Sheiham e Bino (2007), são poucos os estudos publicados no Brasil relacionados aos hábitos bucais dos adolescentes. Complementam ainda que essas informações são importantes para formular estratégias mais efetivas de educação em saúde para esse grupo etário.

Nota-se que existe uma lacuna entre os estudos publicados que contemplem dados sobre a saúde bucal de adolescentes. Em Campo Grande (MS), o alto valor encontrado para o Índice CPO-D retrata uma situação de alerta que merece ser investigada. Além disso, a utilização de indicadores poderia facilitar a identificação de áreas necessárias de maior intervenção, e optar por metodologias mais direcionadas.

Diante do exposto, este trabalho teve por objetivo conhecer aspectos relacionados à saúde bucal dos adolescentes de 15 a 18 anos que frequentam as escolas públicas estaduais em Campo Grande (MS), e relacioná-los com o Índice de Exclusão Social desse município.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Adolescência, vulnerabilidade e exclusão social

A Lei nº 8.069, que trata da proteção à criança e ao adolescente, considera como adolescente a pessoa entre doze e dezoito anos de idade. As políticas públicas devem proteger a saúde da criança e do adolescente, para que as mesmas se desenvolvam de maneira sadia e harmoniosa (BRASIL, 1990).

Outro documento oficial afirma que “a adolescência é o período de transição entre a infância e a fase adulta, que ocorre entre 10 e 20 anos de idade” (BRASIL, 2008, p. 1).

Para Telles *et al.* (2006) a adolescência é uma fase que exhibe grandes utopias e, às vezes, a relação do adolescente com o ambiente social pode tornar-se ainda mais problemática, pois sua pauta de valores e sua visão crítica da realidade acabam destoando da chamada ordem instituída. Esse descompasso pode revelar um comportamento transgressor, desviante ou patológico do adolescente, desqualificando sua forma de agir e pensar. As mudanças ocorridas na sociedade trouxeram transformações para a família, instituição primária de socialização. Isso exige parcerias com outras instituições sociais, tanto públicas quanto privadas, para assegurar o desenvolvimento físico, cognitivo, psicológico e social dos adolescentes. Os autores afirmaram ainda que o baixo índice escolar e a precariedade do ensino público brasileiro, somados à vulnerabilidade social/familiar, expõem o adolescente à situações de risco, podendo ingressá-lo na criminalidade urbana.

A juventude se apresenta como um ciclo de vida com características próprias e também como parte de um momento histórico. Os jovens, mais que uma população vulnerável, são uma geração vulnerabilizada, principalmente se pobres. Muitas dessas vulnerabilidades se reproduzem e se combinam, limitando direitos e potencialidades para que os mesmos sejam donos do próprio desenvolvimento:

Por exemplo, afeta a geração dos jovens hoje o desencanto, as incertezas em relação ao futuro, o distanciamento em relação às instituições, descrendo na legitimidade dessas, como a política formal, além de resistência a autoritarismos e ‘adulocracia’. É quando a escola e a família já não teriam igual referência que tiveram para outras gerações de jovens, além de que há diversidades quanto a construções dessas referências em grupos em uma

mesma geração. Por outro lado, o apelo da sociedade de espetáculo e padrões de consumo conviveriam com chamadas para responsabilidade social e associativismo. Essas e outras tendências contraditórias também potencializariam vulnerabilidades negativas e positivas (no sentido de fragilidades, obstáculos, capital social e cultural e formas de resistência no plano ético cultural). Haveria portanto uma “vulnerabilidade positiva”, quando se aprende pelo vivido a tecer formas de resistências, formas de lidar com os riscos e obstáculos de forma criativa. Se muitos são os jovens envolvidos em violências, muitos também são os jovens que estão tocando suas vidas, sobrevivendo, pavimentando carreiras, como são muitos os envolvidos em experiências de cultura, de empreendedorismo, de atividades comunitárias. São jovens que, vivendo em áreas de pobreza, reagiram por sua conta ou com a colaboração de instituições várias, que estão em projetos artísticos, ecológicos, político-partidários ou desempenhando ações em áreas de carência, ou seja, que mudaram os sinais das vulnerabilidades. Tais jovens precisam de políticas, de amparo do Estado para prosseguir em tal ativismo, em tal rumo (CASTRO, ABRAMOVAY, 2004, p. 3).

A abordagem da vulnerabilidade refere-se à dinâmica existente nos processos sociais, culturais e individuais que influenciam a suscetibilidade dos indivíduos a um determinado evento, permitindo uma maior reflexão sobre o processo saúde-doença. A vulnerabilidade procura compreender os sentidos e significados da exposição dos indivíduos a determinadas situações de risco, e os efeitos dessas exposições nas trajetórias individuais e interativas, além dos determinantes epidemiológicos. Pela situação de vulnerabilidade é possível compreender as formas pelas quais os indivíduos enfrentam os eventos adversos e adotam certos comportamentos, não de maneira apenas racional, mas sim pelo indivíduo pertencer a um sistema dinâmico de relações e constrangimentos de ordens sociais, políticas e econômicos, que influenciam nas suas escolhas e condições de existência (RUOTTI, MASSA, PERES, 2011).

O Caderno n. 131 dos Comunicados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) descreveu e atualizou o Índice de Vulnerabilidade Multidimensional das famílias, com dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2003 e 2009. O Índice levou em consideração seis dimensões: vulnerabilidade, acesso ao conhecimento, acesso ao trabalho, escassez de recursos, desenvolvimento infanto-juvenil e condições habitacionais. A média do Brasil, que em 2003 era de 27,0, passa a ser de 23,1 em 2009, com redução de 14,3%. Em 2009, o melhor Índice pertenceu ao Distrito Federal, 17,0%. Mato Grosso do Sul é o 18º colocado entre as unidades da Federação, com Índice de 26,9 em 2003, e de 23,3 em 2009. Com relação apenas à dimensão vulnerabilidade, a menor redução aconteceu na região Centro-Oeste (BRASIL, 2012a).

A vulnerabilidade das famílias é um fenômeno que ocorre de maneira ampla e pode restringir o acesso da população às oportunidades de diversas maneiras, como por uma habitação precária ou mal localizada, seja pela falta de acesso ao conhecimento e à educação, ou ainda por exemplo pelos efeitos dessa falta de conhecimento na prevenção e profilaxia da saúde. Há importantes diferenças quanto às dimensões da vulnerabilidade existente nas Unidades da Federação, no que diz respeito à qualidade de vida nas periferias e sedes metropolitanas, e ainda em relação à heterogeneidade das famílias (BRASIL, 2012b).

A família pode ser considerada como um grupo social composto de indivíduos que se relacionam cotidianamente e que geram uma trama complexa de emoções. Entretanto, a definição de família é difícil, pois depende ainda do contexto sociocultural em que ela se insere. “A família tem sido, é, e será a influência mais poderosa para o desenvolvimento da personalidade e do caráter das pessoas”. A situação de vulnerabilidade social da família pobre está ligada de maneira direta à miséria estrutural, agravada ainda pela crise econômica que leva o homem ou a mulher ao desemprego/subemprego. A injustiça social favorece o desequilíbrio das relações e a desagregação da família devido à dificuldade da existência de um convívio saudável. A situação socioeconômica é o fator que mais tem contribuído para a desestruturação familiar. Ela repercute diretamente sobre os mais vulneráveis desse grupo: os filhos. Esses, como vítimas da injustiça social, se veem ameaçados e violados em seus direitos fundamentais. Miséria, pobreza e a falta de perspectiva de um projeto existencial que concretize a melhoria da qualidade de vida, impõe a toda a família uma luta pela sobrevivência que é desigual e desumana. É necessário promover e apoiar as famílias vulneráveis utilizando políticas sociais bem articuladas e focalizadas. As políticas públicas devem reconhecer as famílias e traçar objetivos prioritários do desenvolvimento humano, como a minimização da pobreza, o acesso à educação, saúde, alimentação, moradia e proteção integral às suas crianças e adolescentes (GOMES, PEREIRA, 2005).

No município de São Paulo (SP) criou-se o Índice de Vulnerabilidade Juvenil (IVJ) com o objetivo de auxiliar na escolha de áreas de intervenção entre os 96 distritos administrativos do município. Há um consenso de que a adolescência/juventude é um período de intensa vulnerabilidade, devido a fatores de natureza biológica e também a autonomia relativa e ambígua que os jovens desfrutam na família e na sociedade.

Sendo esse um tema constante em literaturas médica, sociológica e na mídia, a pobreza ainda potencializa essa situação de vulnerabilidade (SÃO PAULO, 2014).

Para Alvino-Borba e Mata-Lima (2011), a identificação dos fatores de exclusão está associada a vulnerabilidade social, sendo um processo multidimensional de indicadores com variabilidade no espaço e no tempo. Alguns dos fatores clássicos de exclusão, como fome, pobreza e desemprego, encontram-se em evidência na sociedade contemporânea. Para os autores, a exclusão social é um importante fator de preocupação da sociedade contemporânea. Conforme se identifique os fatores que causam a exclusão social, as medidas que possam minimizá-la devem ser adotadas através de uma abordagem holística, e não pontual em cada problema.

Fleury (2007) relatou que no campo da saúde, apesar da existência do Sistema Único de Saúde (SUS), as iniquidades persistiam de forma sistemática. Elas se referiam às diferenças que colocavam certos grupos em situações de discriminação e desvantagem no acesso aos serviços, capazes de reforçar as condições de vulnerabilidades destes grupos a certas enfermidades. Para a autora, a pobreza e a exclusão eram fenômenos sociais distintos, embora a exclusão estivesse fortemente associada à pobreza. A exclusão social – condição que sempre existiu e com a qual a sociedade latino-americana pôde conviver como natural - é uma questão social, e demanda uma resposta da sociedade e também do governo. Isto porque é a exclusão que questiona e ameaça a organização social, a autoridade política e o projeto econômico, e não a pobreza. A exclusão se refere a uma parte significativa da população que não está incorporada à comunidade social e política. Tem seus direitos de cidadania negados e está impedida de desfrutar da riqueza produzida no país. Geralmente, os grupos excluídos estão impossibilitados de participar das relações econômicas e das relações políticas vigentes, relacionadas aos direitos de cidadania. A exclusão é um processo cultural e de relações que regula a diferença como condição de não inclusão, apresentando também uma manifestação territorial, como aglomerados.

Segundo Sposati (1998), a distinção entre exclusão social e pobreza faz-se porque aquela contém elementos éticos, culturais e refere-se também à discriminação e a estigmatização. A exclusão envolve a pobreza, que está ligada mais à capacidade de não retenção de bens. Para a autora, pobre é o que não tem, já o excluído poderia ser o que tem gênero feminino, cor negra, opção homossexual, ou velho, por exemplo. A exclusão envolve valores culturais, discriminações. Desta maneira, não significa

dizer que o indivíduo pobre não possa ser discriminado por apresentar essa condição, mas a exclusão inclui o abandono, perda de vínculos e das relações coletivas, além da pobreza.

O processo de exclusão social não se caracteriza apenas pela insuficiência de recursos materiais e emprego; outros aspectos, como as relações sociais, também são muito relevantes. Esse processo é multidimensional, pois, assim como a vida cotidiana é heterogênea, o processo de inclusão social também acontece em diferentes setores da vida, como: lazer, amigos, família, trabalho, renda, atividade política e acesso a serviços, entre outros. A exclusão e inclusão social desenvolvem-se a partir da maneira como as relações pessoais estabelecem-se, pelas atividades que o indivíduo desempenha e pela relação entre o particular e o coletivo (SALLES, BARROS, 2013).

Para Adorno (2006), o conceito de exclusão social originou-se na França, a partir de uma situação de precariedade da habitação da população. A noção dessa exclusão social dirigiu-se ao Estado, como uma demanda por um sistema compensatório. Assim, o Estado apresentava uma agenda de direitos inclusivos para garantir sua governabilidade, frente aos movimentos sociais e à população. O autor relatou que a história do século XX registrou vários momentos de exclusão, como o modelo de confinamento e internação em colônias de isolamento e o imaginário social no qual parcelas da população, como imigrantes, eram vistos como ameaças. O trabalho e as reivindicações a partir dele, a redução do desgaste físico pela redução da jornada diária, a proteção para mulheres e crianças, e a reivindicação de um sistema de aposentadorias, seguro e pensão, também foram exemplos. A discussão da exclusão iniciou-se em um momento de ruptura desse processo, ligado a pobreza existente em torno do movimento sindical e operário e situações de guerra e pós-guerra. A variedade de classes sociais, gêneros, raças/etnias, no momento contemporâneo, participaram não somente como categorias para análises da distribuição no processo saúde-doença mas sim, como demandas dos serviços e das políticas de modo a favorecer a equidade e o reconhecimento dos direitos. Essa diversidade de grupos esteve presente em uma discussão que fez da Saúde Pública um campo que promoveu a inclusão.

No que diz respeito à saúde bucal, Narvai *et al.* (2006) afirmaram que o maior acesso tanto à água quanto ao creme dental fluorado resultaram em um decréscimo expressivo na prevalência geral da cárie dentária. Entretanto, essas medidas não

foram suficientes para diminuir as desigualdades que persistem entre as regiões e na população escolar como um todo. Para esses autores, ações sociais e econômicas mais abrangentes, direcionadas ao enfrentamento da exclusão social e intervenções de saúde pública complementares, voltadas aos grupos mais vulneráveis, no campo da promoção da saúde bucal e também para a assistência odontológica, são desafios que os gestores de políticas públicas brasileiras enfrentam.

Segundo Delgado-Ângulo, Hobdell e Bernabé (2009), apesar da existência de estudos prévios de associação da pobreza e condição de saúde bucal em crianças na América Latina, não houve ainda relatos da relação da exclusão social com a condição bucal dessas crianças, uma lacuna que deveria ser preenchida. Os autores afirmaram que, sem dúvidas, mais estudos seriam necessários para determinar esses dois fatores que influenciam na saúde bucal.

Sauer, Campello e Capillé (2012) ao mapearem a exclusão social existente em Campo Grande (MS), com o IES, afirmaram que os Índices de pobreza, participação de jovens na população, as taxas de alfabetização, anos de estudo e desigualdade de renda estão fortemente associados à exclusão social. Essa exclusão distribui-se de maneira radial, da região central para a periferia e aumenta sua intensidade nesse limite. Um município com boas condições sociais apresenta na verdade o resultado médio destas condições nos diversos bairros que o compõem.

2.2 Indicadores de Exclusão

Sposati (2002) retratou a criação do Índice de Exclusão/Inclusão Social (IEX) e do IDI (Índice de Discrepância) no município de São Paulo (SP). Esses Índices conseguiram expressar o grau de exclusão e inclusão das condições de vida das pessoas nesse território, como uma medida de vizinhança, e comprovou que apesar do tempo decorrido, o modelo excludente prevaleceu na cidade. O IEX composto, que mensurou a exclusão, relacionou-se com a realidade concreta de um mesmo contexto urbano e cultural. Foi formulado a partir de indicadores territoriais intraurbanos, considerando a heterogeneidade existente nos territórios internos da cidade.

Conforme Sauer, Campello e Capillé (2012), dentro de cada cidade há uma variação enorme nos indicadores sociais, pois a exclusão social se manifesta em nível dos seus bairros. “A construção de um indicador geral composto destes diversos indicadores específicos permite analisar as necessidades da população de uma maneira integrada”. A partir de indicadores gerados pelas próprias secretarias municipais e também com informações geradas pelo IBGE, é possível criar uma ferramenta que possibilita um acompanhamento periódico de problemas e dos resultados das medidas tomadas para combatê-los. Os autores ressaltaram que a dificuldade de encontrar dados gerados pelo município anualmente, ainda é uma das maiores limitações na construção de indicadores mais específicos.

Segundo Barcellos *et al.* (2002), os lugares, dentro de uma cidade ou região, são resultados de situações históricas, ambientais e sociais que promovem condições particulares para a produção de doenças: “se a doença é uma manifestação do indivíduo, a situação de saúde é uma manifestação do lugar”. Para os autores, a construção de indicadores possibilita detectar e refletir condições de risco à saúde advindos de condições ambientais e sociais adversas. Os reflexos que a desigualdade social implicam sobre as condições de saúde são focos de estudo na área da saúde há várias décadas. Em estudos ecológicos têm-se investigado a correlação entre indicadores epidemiológicos e socioeconômicos, geralmente provenientes de censos. Para os autores, indivíduos e áreas de pior nível socioeconômico apresentam piores condições de saúde, quase que invariavelmente. O espaço é, concomitantemente, produto e produtor de diferenciações sociais e ambientais, com importantes reflexos sobre a saúde dos grupos sociais ali incluídos. Uma tendência em estudos que tratam de desigualdades sociais é o uso de indicadores sintéticos de qualidade de vida, como o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), criado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). A construção ou escolha de indicadores para medir a relação entre qualidade de vida, ambiente e saúde, envolve importantes aspectos técnicos e políticos, e carrega pressupostos e hipóteses do pesquisador. O indicador é um elemento que legitima um discurso sobre uma determinada realidade que se busca retratar. Um indicador ou grupo de indicadores utilizados para qualidade de vida e saúde visam expor a existência de uma desigualdade socioespacial, com distribuição desigual de recursos e oportunidades entre os indivíduos e grupos localizados no espaço. O uso de indicadores visa aproximar a realidade e não constitui

um fim em si. É parte de um processo de investigação de relações possíveis entre organização espacial e saúde.

2.3 Saúde Bucal e Adolescência

As atitudes e comportamentos das pessoas em relação a sua saúde, em particular, a bucal, são o culminar das suas experiências de vida. Elas atuarão como determinantes de comportamentos e percepções, sendo fundamentais na adoção dos hábitos em saúde bucal e ao desenvolvimento de um modelo de comportamento relacionado aos mesmos. As atitudes relacionadas à saúde também se interligam pela identificação do indivíduo com outras pessoas, como os pais, colegas ou outros grupos (FREEMAN, 1999).

Conforme relato de Skinner *et al.* (2013), a cárie dentária continua sendo uma das doenças crônicas mais comuns entre os adolescentes. Os autores afirmaram que essa é uma fase chave da vida em que os comportamentos de saúde bucal como escovação e dieta se tornarão hábitos.

A preocupação e o interesse com as desigualdades em saúde cresceram de forma impressionante. O Brasil, que se mostra um país campeão de desigualdade social e de renda, deveria exibir a preocupação com as desigualdades em saúde como destaque. Em determinada avaliação nacional da situação de acesso e utilização de serviços odontológicos entre diferentes grupos de renda, com dados da PNAD, utilizou-se de comparações do primeiro quintil (Q1) de renda familiar *per capita* (20% da população com menor renda) com o quinto quintil (Q5) de renda (20% da população com maior renda) através de razões de prevalência. Ficou evidente que no grupo mais rico, os indivíduos que nunca foram ao dentista foram sempre em menor proporção, e que esta proporção caiu muito mais rapidamente com a idade do que entre os mais pobres. A figura 1 detalhou a relação entre os indivíduos que nunca foram ao dentista do Q1 e do Q5, ano a ano, até os 19 anos de idade (BARROS, BERTOLDI, 2002).

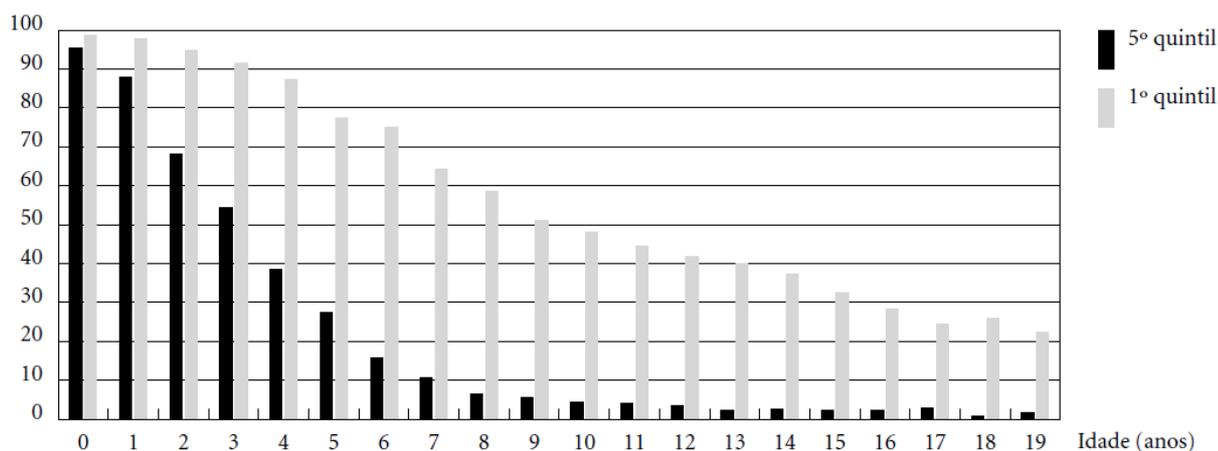


Figura 1 – Porcentagem de indivíduos que nunca foram ao dentista, por idade e situação econômica.

Fonte: Barros AJD, Bertoldi AD. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. *Ciência saúde colet.* 2002; 7(4):709-17.

Freire, Sheiham e Bino (2007) afirmaram que a adolescência é um período no qual as atitudes, os valores e os comportamentos em relação à saúde se estabelecem. Esta fase exibe ainda um aumento do risco para doenças bucais e a higiene bucal constitui uma prática complexa que é determinada por vários motivos. Os autores, ao investigar os hábitos de higiene bucal entre adolescentes, tanto de escolas públicas quanto particulares, em Goiânia (GO), e sua relação com gênero e nível socioeconômico, confirmaram a influência desses fatores e também da família, em especial pela figura materna. Para eles, essas informações são relevantes não apenas pelo conhecimento dos comportamentos de saúde durante esse período crítico, como também para que estratégias mais efetivas sejam formuladas.

A adolescência é considerada um período de risco para a saúde oral. As modificações hormonais e os tipos de dieta, combinados com outros fatores que alteram o meio interno e o ambiente externo do indivíduo fazem com que os adolescentes integrem um grupo de risco. A higiene oral para a remoção da placa bacteriana apresenta respostas variáveis, pois embora os adolescentes demonstrem facilidade em colocar a medida em prática, eles não se comprometem tão facilmente assim a executá-la de maneira regular. Tanto a cárie quanto a doença periodontal tem sua incidência aumentada na adolescência (VALENTE, 1998).

Narvai *et al.* (2006) em análise da evolução da experiência de cárie dentária entre escolares brasileiros com idade de 12 anos no período de 1980 a 2003, revelaram que houve uma redução nos valores médios do Índice CPO-D como uma

tendência consistente ao longo do período, com declínio de 61,7%, observada para o país como um todo e para as cinco regiões, resultando em declínio nacional do CPO-D. Em 1980 e 1986, os níveis de cárie podem ser classificados, de acordo com a OMS como “altos” (valor de CPO-D superior a 4,4). Em 1996 e 2003, o valor foi considerado “moderado” (CPO-D entre 2,7 e 4,4).

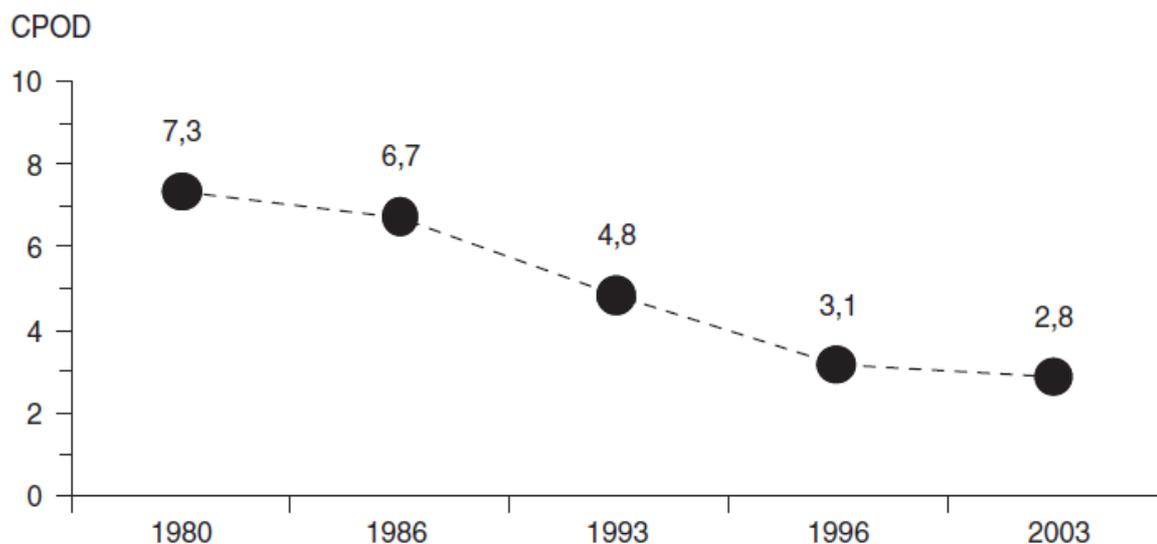


Figura 2 – Índice CPO-D segundo o ano para a idade-índice de 12 anos, Brasil.

Fonte: Narvai PC, Frazão P, Roncalli AG, Antunes JLF. Cárie dentária no Brasil: declínio, iniquidade e exclusão social. *Rev Panam Salud Publica*. 2006; 19(6):385–93.

A partir dos resultados publicados da pesquisa SB Brasil, em 2003, um estudo com 1.824 adolescentes entre 15 e 19 anos, no estado de São Paulo, demonstrou que 68% dessa amostra afirmaram necessitar de tratamento odontológico. A média do Índice CPO-D encontrada nessa população foi de 6,5 e 9,5% da amostra estava livre de cáries. Além de mensurar as doenças que afetam essa faixa etária, seria importante verificar o quanto essas são capazes de interferir em sua percepção diária e qualidade de vida, pois nesse período é possível notar um conflito de características emocionais. A adolescência é considerada uma fase de transição no desenvolvimento humano, entre a infância e a idade adulta, quando o indivíduo passa por mudanças físicas, psicológicas e sociais (BATISTA *et al.*, 2012).

A Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente, instituída a partir de 2004, apresenta como pressupostos: utilizar a epidemiologia e informações sobre o território como subsídios para o planejamento e centrar a atuação na vigilância à saúde, com práticas contínuas de avaliação e acompanhamento de danos, riscos e

determinantes do processo saúde-doença. Em 2011, concluiu-se o quarto levantamento epidemiológico de âmbito nacional na área de saúde bucal, intitulado SB Brasil 2010 – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Analisou-se a situação da saúde bucal da população brasileira, com relação à cárie dentária, às doenças da gengiva, necessidades de próteses dentais, condições da oclusão, fluorose, traumatismo dentário e ocorrência de dor de dente, entre outros dados. O intuito foi de proporcionar ao SUS informações úteis ao planejamento de programas de prevenção e tratamento, em nível nacional, estadual e municipal. As crianças brasileiras de 12 anos de idade apresentaram um Índice CPO-D de 2,07 em média, já os adolescentes exibiram o Índice CPO-D médio de 4,25. O CPO-D médio dos adolescentes de 15 a 19 anos no município de Campo Grande (MS) foi de 4,96 (BRASIL, 2011).

Para Roncalli (2011), entre os resultados mais significativos do Projeto SB Brasil 2010 estão aqueles que se referem à cárie dentária. Entre os adolescentes houve a tendência de declínio dessa doença e aumento no acesso a serviços. Para o autor, os resultados foram animadores em nível nacional, mas o poder público ainda precisa dedicar maior esforço em relação às diferenças regionais existentes na prevalência e gravidade da cárie, que são marcantes, evidenciando que as políticas que priorizam a equidade na atenção à saúde bucal ainda são necessárias.

Davoglio *et al.* (2009) afirmaram que a condição socioeconômica é um fator diretamente relacionado aos cuidados com a saúde bucal e que a adolescência é uma fase na qual o autocuidado e os comportamentos protetores são mais negligenciados. Os autores, em estudo com adolescentes da rede pública de Gravataí (RS), constataram que a frequência de escovação dentária ≥ 3 vezes/dia estava associada ao gênero, sendo 18% maior entre as meninas. Concluíram ainda que a frequência anual de utilização de serviços odontológicos foi maior entre os adolescentes com inserção socioeconômica mais alta e que houve maior busca de serviços por motivo preventivo entre esses jovens.

Para Gushi *et al.* (2008), foi possível observar um declínio mundial na prevalência da cárie dentária. Os autores observaram essa tendência em estudo, por meio de dados secundários provenientes de levantamentos epidemiológicos em saúde bucal realizados no Estado de São Paulo, em 1998 e 2002. Para a idade de 12 anos, a média do Índice CPO-D encontrada em 1998 foi de 3,72, e em 2002 foi de 2,52. Para a idade de 18 anos, o CPO-D médio foi de 8,64 em 1998 e de 7,13 em 2002. Para os autores, há medidas preventivas de baixo custo com grande alcance

para estratégias populacionais, como a fluoretação das águas de abastecimento público e a adoção de modelos de atenção que proporcionam prevenção da saúde bucal. No entanto, há casos em que é necessário adotar estratégias preventivas direcionadas, principalmente no grupo de maior risco, como adoção de outros produtos que contenham flúor (dentifrícios, soluções para bochecho, géis para aplicações tópicas entre outros), combinadas com ações educativas, para mudar o quadro epidemiológico da cárie dentária, ressalvaram.

Lisbôa e Abegg (2006), ao investigarem os hábitos de higiene bucal e utilização de serviços pela população de adolescentes e adultos (14 a 49 anos de idade) do Município de Canoas (RS), constataram que a maioria absoluta (70,7%) dos sujeitos da amostra declarou ser usuária do serviço privado, e a frequência de escovação estava associada significativamente com o gênero: as mulheres apresentaram uma frequência maior que os homens. Entre os indivíduos na faixa etária de 14 a 19 anos, 53,6% relataram uma escovação diária de três vezes, 67,1% tinham realizado a última visita ao dentista no período de um mês a um ano atrás, e a maioria utilizava o serviço público com maior frequência.

O estudo da importância da saúde bucal para o adolescente é um desafio. Em Campina Grande (PB), adolescentes de 10 a 19 anos matriculados em escolas públicas municipais responderam um questionário quanto à valorização da saúde bucal. A maioria deles considerou sua saúde oral boa, sem diferença entre os gêneros feminino e masculino. Com relação à importância dos dentes para a vida, a beleza foi mais importante para o gênero feminino ($p=0,019$). Esses jovens expressaram que a mastigação, a beleza, conseguir emprego e comunicação com as pessoas, são aspectos de suas vidas muito influenciados pelos dentes (GRANVILLE-GARCIA *et al.*, 2011).

Em Ipatinga (MG), existia um programa de atenção à saúde bucal em escolares de 7 a 14 anos de idade, que exibiu sucesso no controle da doença cárie, mas constatou-se que esses indivíduos apresentavam necessidade de tratamento periodontal, pois apresentaram uma prevalência de sangramento à sondagem. Em uma amostra de 532 indivíduos dessa população foram realizados exames clínicos para avaliação periodontal e posterior determinação das necessidades de tratamento. A maioria dos indivíduos exibiu necessidade de cuidados preventivos adequados ou instruções de higiene bucal e controle de placa. Entre os alunos de 11 a 14 anos,

68,5% apresentaram sangramento durante a sondagem, evidenciando a presença de gengivite (ARAÚJO *et al.*, 2011).

Um estudo realizado com 80 adolescentes em uma escola municipal no interior de São Paulo em região de vulnerabilidade alta, conforme o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS), demonstrou que as ações educativas realizadas na escola foram efetivas na melhoria das condições de saúde bucal e dos hábitos. A pesquisa foi realizada em três etapas. Na primeira, o pesquisador aplicou um questionário com tópicos relacionados à dieta, consumo de cigarro e bebida alcoólica, e hábitos de higiene bucal, além de um exame clínico para avaliar quantidade de placa e condição gengival. Na segunda etapa, realizou-se ações motivadoras para aproximar os adolescentes com a Unidade de Saúde, ações educativas na escola, reuniões do grupo de adolescentes e visitas domiciliares dos Agentes Comunitários em Saúde. Os adolescentes foram divididos em três grupos: um com adolescentes que participaram das atividades apenas na escola, outro com adolescentes que receberam visitas domiciliares e um terceiro que possuía reuniões semanais para orientação. Após quatro meses, na terceira etapa, o questionário de hábitos de saúde bucal foi reaplicado, fez-se um segundo exame clínico com as mesmas avaliações e 15 adolescentes foram entrevistados para comparação e avaliação dos resultados obtidos nas intervenções. Notou-se uma melhora na higiene oral dos adolescentes que participaram das ações na escola ($p=0,0021$), com um aumento no número de adolescentes que apresentaram gengiva saudável ou inflamação leve no segundo exame neste grupo ($p<0,0001$) e também no da visita domiciliar ($p=0,0313$). Ficou evidente a importância do processo de capacitação e do planejamento conjunto das ações entre os profissionais da escola e os profissionais de saúde (TURRIONI *et al.*, 2012).

Indivíduos a partir de 10 anos de idade foram entrevistados em Pelotas (RS) e responderam a um questionário relacionado à saúde bucal. A amostra foi distribuída em faixas etárias: 10-19 anos (adolescentes), 20-59 anos (adultos), 60 anos ou mais (idosos). Em todos os estratos, predominaram mulheres, indivíduos de cor da pele branca, nível econômico C e aqueles com autopercepção da saúde bucal classificada como boa ou muito boa. A variável nível econômico, mostrou uma forte associação com o padrão de uso de serviços odontológicos. Os indivíduos de 10 a 19 anos de idade corresponderam a 21,5% da amostra, e cerca da metade deles (52,2%) relatou ter visitado o dentista nos últimos 12 meses. Entre os adolescentes, quanto maior o

nível econômico, a escolaridade e melhor a percepção de saúde bucal, maior a utilização dos serviços. Entre os jovens de 15 a 19 anos, 9,9% relataram nunca ter realizado uma consulta odontológica (ARAÚJO *et al.*, 2009).

Moreira, Rosenblatt e Passos (2007) avaliaram a tendência de cárie nas escolas públicas e privadas do município de João Pessoa (PB), entre adolescentes de 12 a 15 anos. Aos 15 anos, todos os dentes permanentes já estiveram expostos ao ambiente bucal por três a nove anos, sendo a avaliação da prevalência de cárie frequentemente mais significativa que aos 12 anos. A média do Índice CPO-D no gênero feminino foi de 4,79 e de 3,46 no masculino, nas escolas públicas ($p < 0,0001$) e de 2,11 e de 1,65 ($p = 0,0007$), nas escolas privadas. Na idade de 12 anos, foi de 3,37 nas escolas públicas e de 1,35 nas escolas privadas, enquanto aos 15 anos foi de 5,65 e 2,88, em ambas escolas, respectivamente, comprovando diferenças significativas quanto ao gênero, em cada tipo de escola. Quanto às idades estudadas, a média do Índice CPO-D aumentou progressivamente com a elevação da idade, tanto para as escolas públicas como para as privadas, com diferenças estatisticamente significantes entre as idades.

Em pesquisa para estimativa da prevalência de cárie em escolares de 15 a 19 anos de uma região metropolitana de Manaus (AM), essa condição esteve presente em 92,7% da amostra e a média do Índice CPO-D foi de 5,16(DP=0,28) (FONSECA *et al.*, 2009).

O Caderno de Atenção Básica n. 17 – Saúde Bucal, elaborado pelo Ministério da Saúde tem como foco evidenciar a reorganização das ações e serviços de saúde bucal no âmbito da Atenção Básica, como parte fundamental na construção do SUS. A Saúde da Família é a estratégia definida como prioritária para reorganizar a atenção básica, pautada em princípios como adscrição de clientela, aproximação da realidade sociocultural da população e postura proativa da equipe de saúde. Esse documento traz uma série de recomendações e apresenta um processo de trabalho integrado, em equipe, cuja expressão máxima é revelada em estratégia das Linhas do Cuidado, como por exemplo, da criança, do adolescente, do adulto, do idoso. A organização da atenção à saúde bucal por meio do ciclo de vida dos adolescentes (10 a 19 anos) dever ser pautada no conhecimento sobre os principais problemas comuns a essa fase, como: violência, problemas familiares, depressão, drogas, álcool, gravidez, doenças sexualmente transmissíveis, bulimia, depressão e outros, como uso de *piercing*. Em geral, o jovem procura a Unidade Básica de Saúde para resolver seus

problemas quando envolve questões estéticas. Nessa faixa etária é necessário consolidar a ideia do autocuidado e da importância da saúde bucal, pois cresce o risco às doenças periodontais e também ocorre a redução do risco biológico à cárie, com a aproximação da idade adulta. Observa-se alta incidência de gengivites e pode ocorrer ainda a periodontite juvenil localizada ou generalizada. Nessa época de experimentação, é necessário alertar para o hábito do fumo e ingestão de álcool, pois esses hábitos além de poder causar mau hálito e mancha nos dentes são fatores ligados também ao câncer bucal e doença periodontal. O caderno traz ainda os aspectos mais relevantes de forma simplificada dos principais agravos em saúde bucal: cárie dentária, doença periodontal, câncer de boca, traumatismos dentários, fluorose, edentulismo e má oclusão (BRASIL, 2008).

A média do Índice CPO-D encontrada em pesquisa com escolares de 13 a 16 anos na Cidade do México revelou um valor alto, 7,32, e a prevalência de cárie aumentava com a idade (ORTEGA-MALDONADO, MOTA-SANHUA, LÓPEZ-VIVANCO, 2007).

Em Cosolapa, no México, o valor da média do Índice CPO-D encontrado em estudantes de ensino médio com jovens com média de idade 17,06 anos ($DP=\pm 2,18$), foi alto: 26,84 ($DP= \pm 15$) (RIVERA-HERMOSILLO, MARTINEZ-TORRES, HERNÁNDEZ-LAGUNA, 2006).

Coolidge *et al.* (2009) realizaram uma pesquisa com aplicação da Escala de Negligência Dental em adolescentes (12 a 18 anos) nos arredores de Seattle e Tacoma, Estados Unidos da América (EUA), e demonstraram que a pontuação obtida nessa escala foi significativamente mais elevada entre os jovens que afirmaram não procurar um atendimento odontológico nos últimos três anos e que exibiram condições severas de cárie dentária.

Em análise da prevalência e gravidade da cárie dentária na juventude (indivíduos de 13 a 19 anos) do estado de Nevada (EUA), durante oito anos, foi constatada uma necessidade de esforços mais direcionados para promover uma melhor condição de saúde bucal nessa população, com foco entre as crianças mais novas, mulheres, hispânicos e negros (DITMYER *et al.*, 2011).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Verificar a condição de saúde bucal existente entre os adolescentes de 15 a 18 anos que frequentam as Escolas Públicas Estaduais em Campo Grande (MS), e sua possível relação com o Índice de Exclusão Social já estabelecido para o município.

3.2 Objetivos específicos

a) Estabelecer o Índice CPO-D dos adolescentes de 15 a 18 anos que frequentam as Escolas Públicas Estaduais no município de Campo Grande (MS).

a) Conhecer hábitos de saúde bucal e de utilização de serviços odontológicos entre esses adolescentes.

b) Comparar as informações obtidas para verificar uma possível relação entre o valor médio do Índice CPO-D desses adolescentes com o IES em Campo Grande (MS).

4 METODOLOGIA

Campo Grande é a capital do estado de Mato Grosso do Sul. Conforme o Censo de 2010, possuía uma população de 786.797 habitantes naquele ano e uma estimativa de 832.352 habitantes em 2013 (IBGE, 2014).

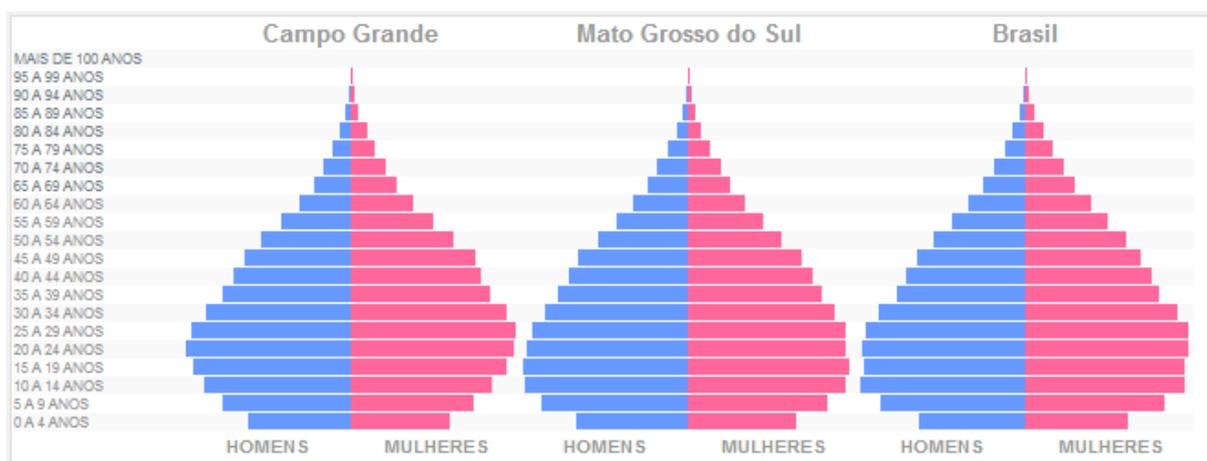


Figura 3 - Pirâmide etária do município de Campo Grande (MS).

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. 2014 [atualizada em 2013; acesso em 20 de fevereiro de 2014]. Disponível em: <http://cod.ibge.gov.br/237F9>

De acordo com os dados da Secretaria Estadual de Educação (SEE), obtidos no ano de 2013, o município apresenta 76 Escolas Públicas Estaduais distribuídas entre sete polos: Central, Imbirussu, Sul, Hércules, Segredo, Lagoa, e Bandeira (que pode ser dividido em I e II). Onze escolas não apresentavam turmas de ensino médio e foram excluídas do sorteio.

Entretanto, para se testar a relação do valor médio do Índice CPO-D dos estudantes com o IES, foi necessário adotar a divisão da Sede Urbana de Campo Grande, com sete regiões: Central, Imbirussu, Lagoa, Anhanduizinho, Bandeira, Prosa e Segredo.

cinco regiões, conforme divisão da sede urbana de Campo Grande (MS). O primeiro sorteio de dez escolas foi baseado na divisão da SEE, por pólo. Uma escola apresentou resistência para a aplicação da pesquisa (região Segredo), ainda que a mesma já estivesse autorizada e em andamento, e não houve tempo hábil para substituição. Posteriormente, as escolas foram reajustadas em sua divisão para que fosse possível realizar a análise com o IES por região, e uma escola foi realocada, sendo que mais uma região ficou descoberta (região Prosa).

Polo	Escola
Anhanduizinho	Escola Estadual Profª Zélia Quevedo Chaves Escola Estadual Padre Mário Blandino
Bandeira	Escola Estadual José Barbosa Rodrigues Escola Estadual Profª Izaura Higa Escola Estadual Profª Maria de Lourdes Widal Roma Escola Estadual Dolor Ferreira de Andrade
Central	Escola Estadual 26 de Agosto
Imbirussu	Escola Estadual Arlindo de Andrade Gomes
Lagoa	Escola Estadual Profª Brasilina Ferraz Mantero

Figura 5 – Quadro das Escolas Públicas Estaduais urbanas sorteadas, Campo Grande/MS – 2013.

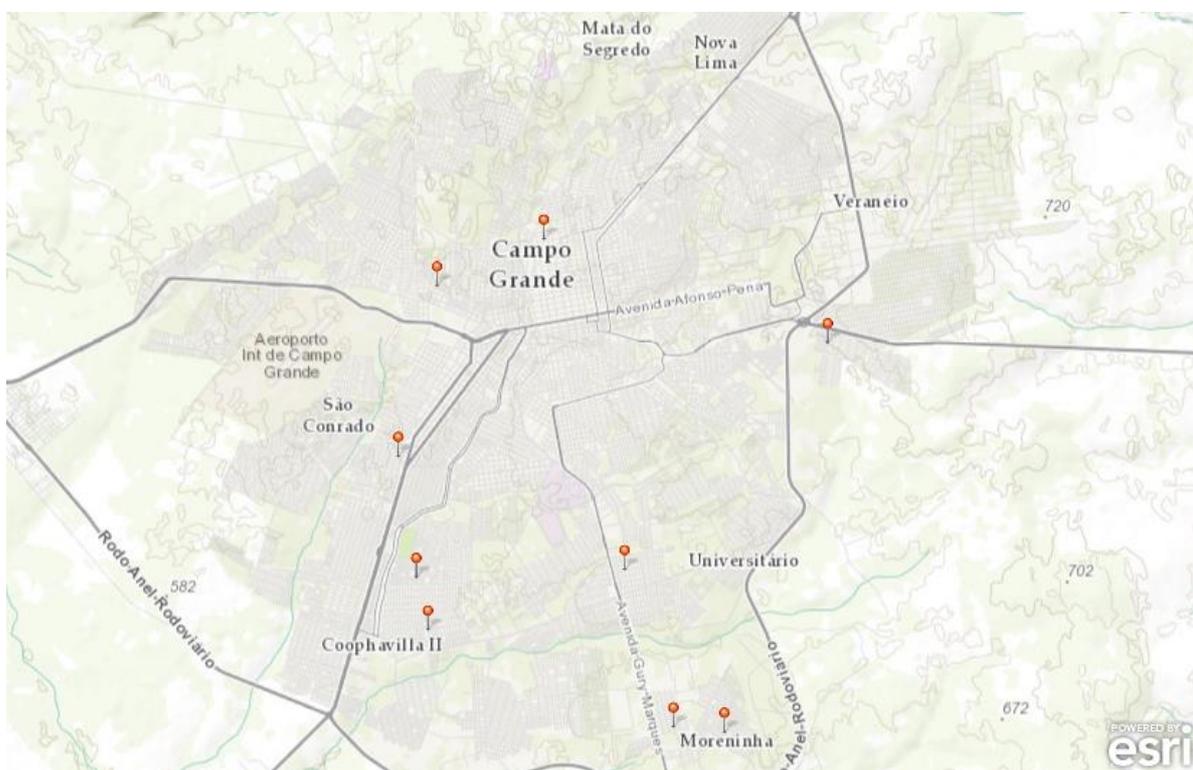


Figura 6 - Localização das Escolas Públicas Estaduais que participaram da pesquisa.

4.3 Amostra

A amostra utilizada neste estudo foi de 381 alunos, distribuídos em cinco regiões da cidade de Campo Grande (MS), sendo que a amostra estimada inicialmente foi de 379 alunos. O tamanho da amostra estimada foi obtido por meio da calculadora *online Sample Size Calculator by Raosoft*, com uma margem de erro de 5%, nível de confiança de 95% e resposta de distribuição de 50%, considerando uma população de 27274 alunos matriculados no ensino médio nas Escolas Públicas Estaduais no município de Campo Grande (MS).

4.4 Procedimentos realizados

Solicitou-se uma autorização (Anexo A) da Secretaria Estadual de Educação (SEE) para realização da pesquisa. A SEE informou ainda dados relacionados à quantidade de escolas existentes, números de alunos matriculados e divisão dos polos das escolas.

Os adolescentes participantes e seus responsáveis assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e Termo de Assentimento (Apêndice A), em duas vias, uma para o pesquisador e outra para o participante. Essa foi a etapa de maior importância para a pesquisa e também a mais árdua, pois cada escola possuía uma dinâmica de funcionamento que lhe é peculiar e o convencimento da participação de cada adolescente exigiu grande empenho por parte das pesquisadoras.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (CEP/UFMS) para apreciação. Após a aprovação pelo Parecer N. 438.248, iniciou-se a coleta de dados (Anexo B). Em anexo ao projeto, foram encaminhados ao CEP/UFMS, os modelos do TCLE e Termo de Assentimento (Apêndice A), e também o modelo de autorização (Anexo A) para a pesquisa junto à Secretaria Estadual de Educação.

Sauer, Campello e Capillé (2012) construíram o IES de Campo Grande (MS), e o demonstraram em forma de mapa. Observou-se que a exclusão estava distribuída de maneira radial, da região central para a periferia. Apesar de haver uma enorme variação nos indicadores sociais dentro da cidade, quando se utiliza um indicador geral é possível analisar as necessidades da população de uma maneira integrada. Assim, o IES estabeleceu um caráter mais comparativo entre os bairros, e não uma linha que demarcaria os excluídos. A construção do IES do município incluiu três grandes temas como componentes da exclusão social: padrão de vida digno (dividido em indicador de desigualdade, indicador de pobreza e razão de dependência demográfica), conhecimento (dividido em taxa de alfabetização e anos de estudos) e risco juvenil (dividido em indicador de direitos suprimidos e participação de jovens). Os indicadores foram transformados em índices, posteriormente em um índice geral, com valores que variavam de 0 a 1, representando a situação relativa de cada bairro, em relação aos demais. Quanto maior o valor do índice pior a situação do bairro.

TEMAS	COMPONENTES	INDICADOR
PADRÃO DE VIDA DIGNO	INDICADOR DE DESIGUALDADE	0,055
	INDICADOR DE POBREZA	0,615
	RAZÃO DE DEPENDÊNCIA DEMOGRÁFICA	0,415
CONHECIMENTO	TAXA DE ALFABETIZAÇÃO	0,950
	ANOS DE ESTUDOS	9,4
RISCO JUVENIL	INDICADOR DE DIREITOS SUPRIMIDOS	0,013
	PARTICIPAÇÃO DE JOVENS	0,316

Figura 7 – Componentes do Índice de Exclusão Social para o município de Campo Grande (MS).

Fonte: Sauer L, Campêlo E, Capillé MAL. Mapeamento dos Índices de inclusão e exclusão social em Campo Grande – MS: uma nova reflexão. Campo Grande: Oeste, 2012.

Mapa 03

Índice de Exclusão Social

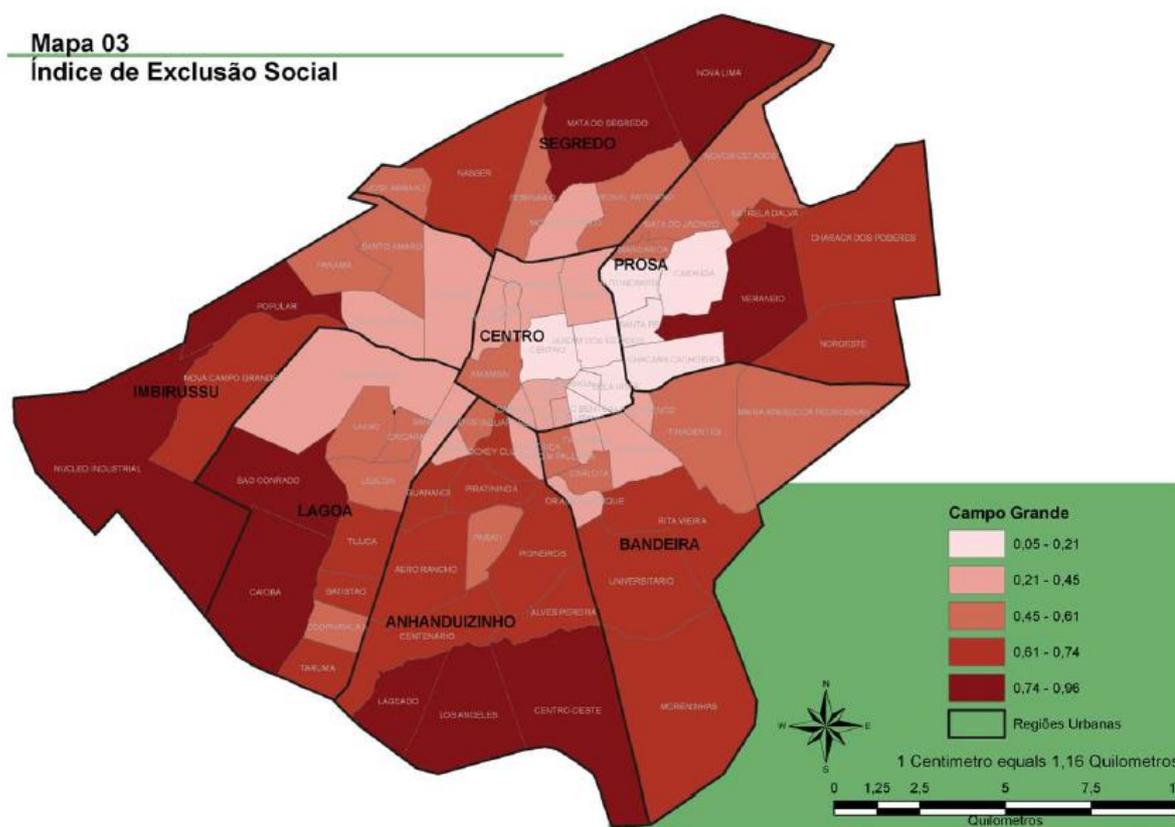


Figura 8 – Mapa do Índice de Exclusão Social de Campo Grande MS.

Fonte: Sauer L, Campêlo E, Capillé MAL. Mapeamento dos Índices de inclusão e exclusão social em Campo Grande – MS: uma nova reflexão. Campo Grande: Oeste, 2012.

4.5 Procedimentos de coleta

Após o sorteio das escolas participantes, a pesquisadora realizava uma visita inicial em cada uma delas. Esta visita visava informar à direção sobre a pesquisa e esclarecer possíveis dúvidas, definir o local para exame dos alunos e solicitar a lista dos alunos matriculados nas turmas de ensino médio com a data de nascimento.

Posteriormente, a pesquisadora realizava um sorteio, conforme a ordem de chamada dos alunos, para convidá-los a participar da pesquisa. Ao entrar na sala de aula, informava brevemente sobre a pesquisa e distribuía os termos entre os alunos pré-selecionados. Retornava nos dias seguintes para recolher as autorizações e caso fosse necessário, mais alunos eram sorteados e recebiam os termos.

Os responsáveis e os adolescentes foram informados do propósito da pesquisa e do destino dos dados, conforme o TCLE e Termo de Assentimento (Apêndice A). Aqueles estudantes que devolveram os Termos assinados, inclusive pelos responsáveis, foram submetidos a um exame clínico para a avaliação da saúde bucal, nos dias seguintes. Durante o exame clínico, verificou-se o número de dentes cariados, extraídos e obturados, para estabelecer o Índice CPO-D. A ficha utilizada para o exame foi adaptada do Projeto SB Brasil 2010. Os adolescentes responderam também um questionário socioeconômico, sobre serviços odontológicos e autopercepção em saúde bucal, também adaptados do Projeto SB Brasil 2010.

A coleta de dados baseou-se nas recomendações no manual da OMS *Oral Health Surveys – Basic Methods*.

Os exames foram realizados por duas examinadoras calibradas (Kappa interexaminadoras de 0,84; e intraexaminadoras de 0,89 e 0,92), sob luz natural, com o estudante sentado e a examinadora em pé, com uso de equipamento de proteção individual (EPI) completo: jaleco, gorro, máscara, óculos de proteção e luvas descartáveis. Foram utilizadas sondas do tipo *ball point* apenas para remoção de placa, espelho bucal devidamente esterilizados e em alguns casos, abaixadores de língua de madeira. Duas anotadoras, devidamente treinadas, também ajudaram no preenchimento da ficha, conforme disponibilidade das mesmas.

O processo de calibração foi realizado em uma escola do polo Central durante o mês de setembro de 2013. Nessa oportunidade, foi realizado também um estudo piloto com a finalidade de ajustar os questionários e evitar dificuldades no seu preenchimento pelos adolescentes. Os dados da pesquisa foram coletados de outubro a dezembro de 2013.

4.6 Análise estatística

A comparação entre os polos, idades, renda familiar e tempo da última consulta odontológica, em relação à variável dependente CPO-D, foi realizada por meio do teste de Kruskal-Wallis, seguido pelo pós-teste de Dunn, uma vez que as amostras de dados foram não normais. Já a comparação entre os gêneros, anos de estudo, se os alunos tinham ou não consultado um dentista e frequência de

escovações diárias, também em relação à variável CPO-D, foi realizada por meio do teste de Mann-Whitney. O mesmo teste foi utilizado na comparação entre os gêneros, em relação ao número de escovações diárias realizadas pelos alunos. A avaliação da associação entre as variáveis polo e classificação do CPO-D (igual ou maior que 0), foi realizada por meio do teste do qui-quadrado, sendo que a comparação entre os polos, dois a dois, do percentual de alunos com CPO-D maior que 0, foi realizada por meio do teste z. O teste do qui-quadrado também foi utilizado na avaliação da associação entre as variáveis gênero e frequência de escovações diárias, bem como na avaliação da associação entre os polos e as demais variáveis avaliadas neste estudo. A avaliação da correlação linear entre o Índice CPO-D e o Índice de Exclusão Social (IES), foi realizada por meio do teste de correlação linear de Spearman. Os demais resultados das variáveis avaliadas neste estudo foram apresentados na forma de estatística descritiva ou na forma de tabelas e gráficos. A análise estatística foi realizada utilizando-se o “software” SPSS, versão 20.0 ou SigmaPlot, versão 12.5, considerando um nível de significância de 5% (SHOTT, 1990).

5 RESULTADOS

Tabela 1 – Média e desvio-padrão do Índice CPO-D dos adolescentes de 15 a 18 anos nas diferentes regiões e nas demais variáveis avaliadas neste estudo, Campo Grande (MS) – 2013 (n=381)

Variável	CPO-D
Região (p=0,001)*	
Anhanduizinho	4,30±0,37 ^{ab}
Bandeira	3,24±0,24 ^b
Central	4,45±0,39 ^a
Imbirussu	3,67±0,52 ^{ab}
Lagoa	4,84±0,56 ^a
Total	3,81±0,17
Idade (anos) (p=0,152)*	
15	3,22±0,23 ^a
16	3,95±0,34 ^a
17	4,38±0,39 ^a
18	4,10±0,46 ^a
Gênero (p=0,004)**	
Feminino	4,19±0,22 ^a
Masculino	3,19±0,25 ^b
Renda (Salários mínimos) (p=0,407)*	
Até 2	4,14±0,38 ^a
Entre 3 e 4	3,69±0,28 ^a
5 ou mais	3,20±0,38 ^a
Anos de estudo (p=0,067)**	
Até 10 anos	3,26±0,24 ^a
Mais de 10 anos	4,06±0,24 ^a
Já foi ao dentista (p=0,030)**	
Sim	3,88±0,17 ^a
Não	1,82±0,66 ^b
Tempo da última consulta (p<0,001)*	
Menos de 1 ano	4,26±0,21 ^a
Entre 1 e 2 anos	3,96±0,39 ^a
3 anos ou mais	2,08±0,32 ^b
Escovações diárias (p=0,638)**	
Até 2 vezes	3,85±0,28 ^a
3 vezes ou mais	3,76±0,22 ^a

Os resultados estão apresentados em média \pm erro padrão da média. Letras diferentes na coluna, para cada uma das variáveis, representam diferença significativa entre as variações da variável no teste de Mann-Whitney ou no pós-teste de Dunn. *Valor de p no teste de Kruskal-Wallis; **Valor de p no teste de Mann-Whitney.

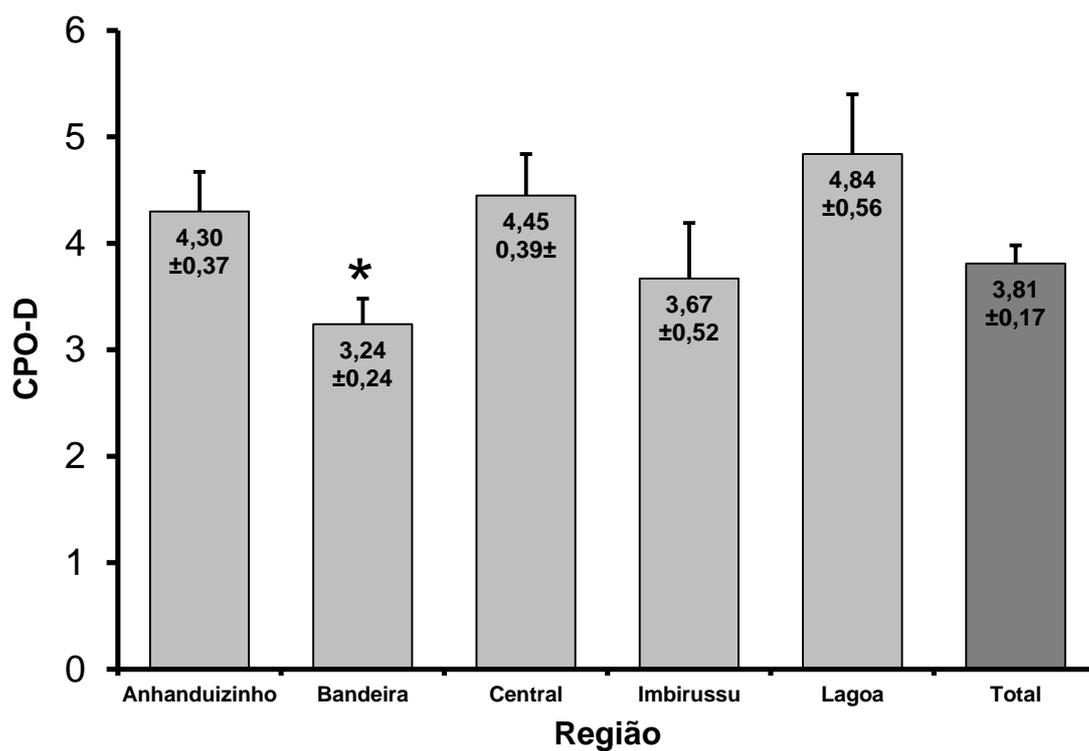


Figura 9 - Gráfico apresentando o CPO-D dos adolescentes em cada uma das regiões estudadas e no total. *Diferença significativa em relação às regiões Central e Lagoa (teste de Kruskal-Wallis, $p=0,001$, pós-teste de Dunn, $p<0,05$). Cada coluna representa a média e a barra o erro padrão da média.

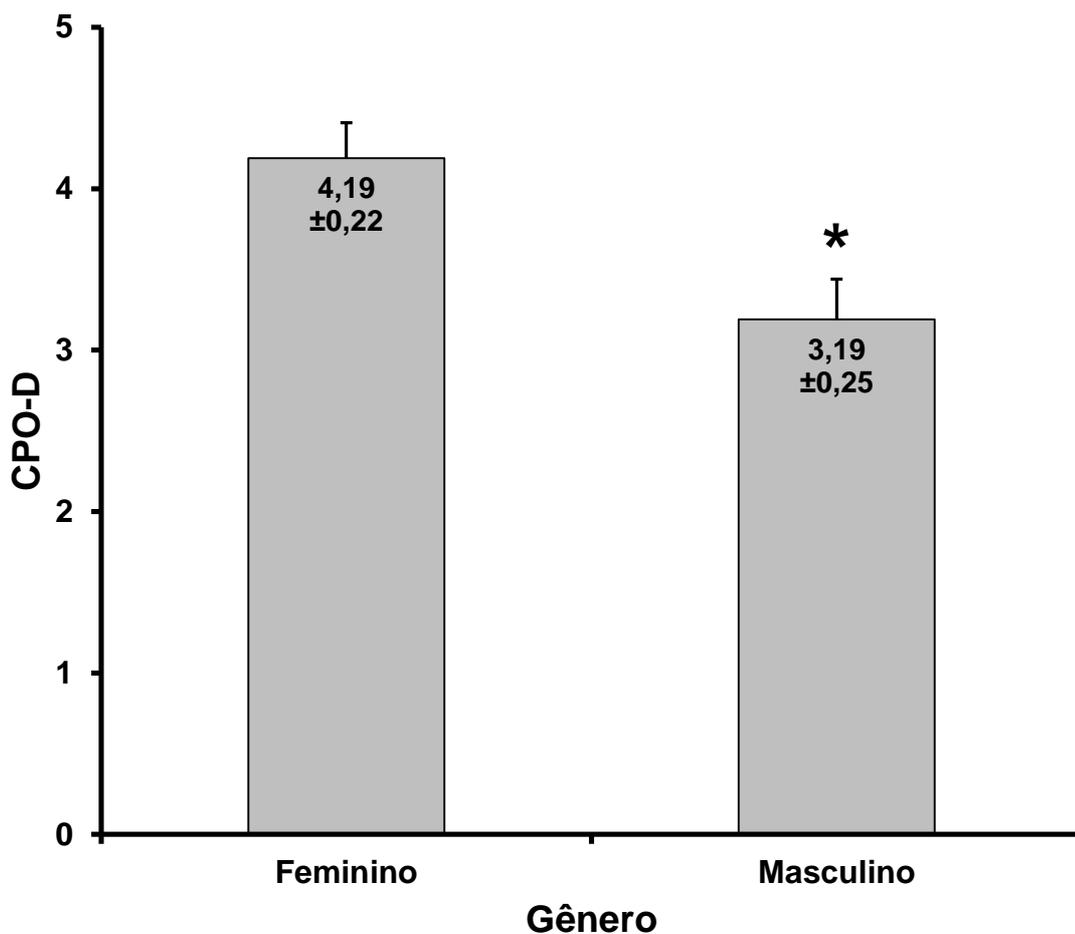


Figura 10 - Gráfico apresentando o CPO-D dos adolescentes avaliados neste estudo, de acordo com o gênero dos mesmos. *Diferença significativa em relação aos adolescentes do gênero feminino (teste de Mann-Whitney, $p=0,004$). Cada coluna representa a média e a barra o erro padrão da média.

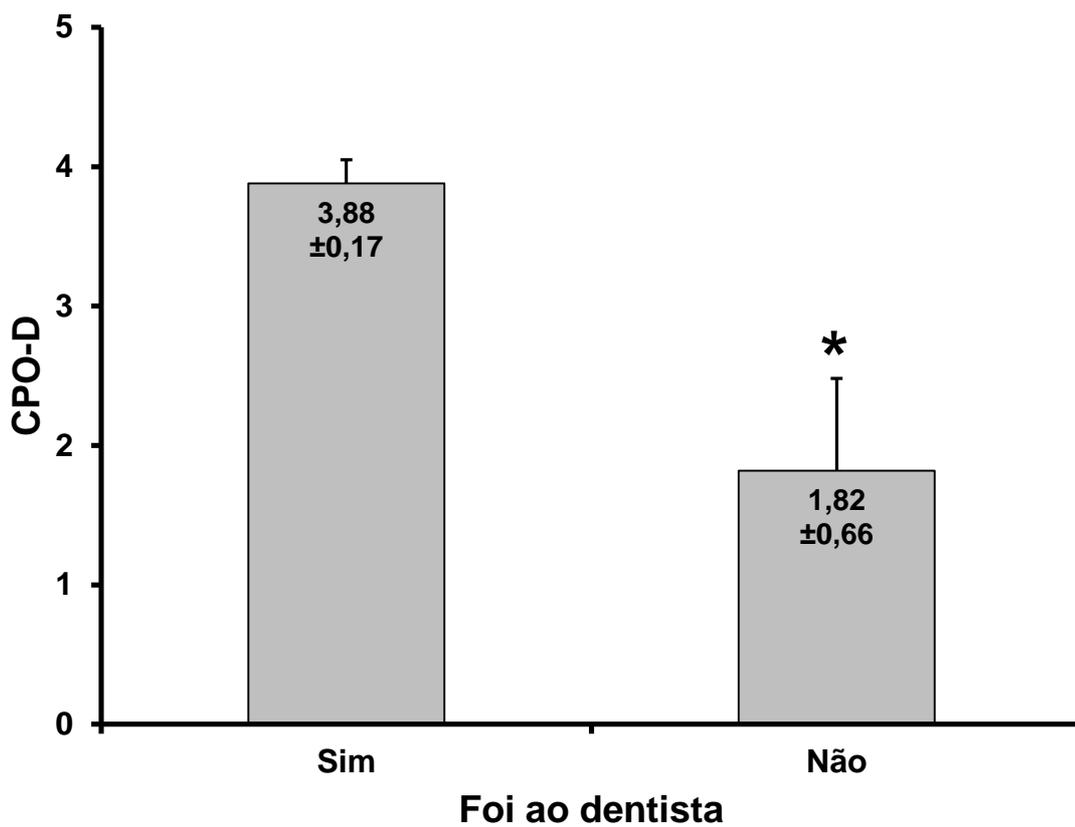


Figura 11 - Gráfico apresentando o CPO-D dos adolescentes avaliados neste estudo, de acordo com o ter ido ou não ao dentista pelo menos uma vez na vida. *Diferença significativa em relação aos adolescentes que já haviam ido ao dentista (teste de Mann-Whitney, $p=0,030$). Cada coluna representa a média e a barra o erro padrão da média.

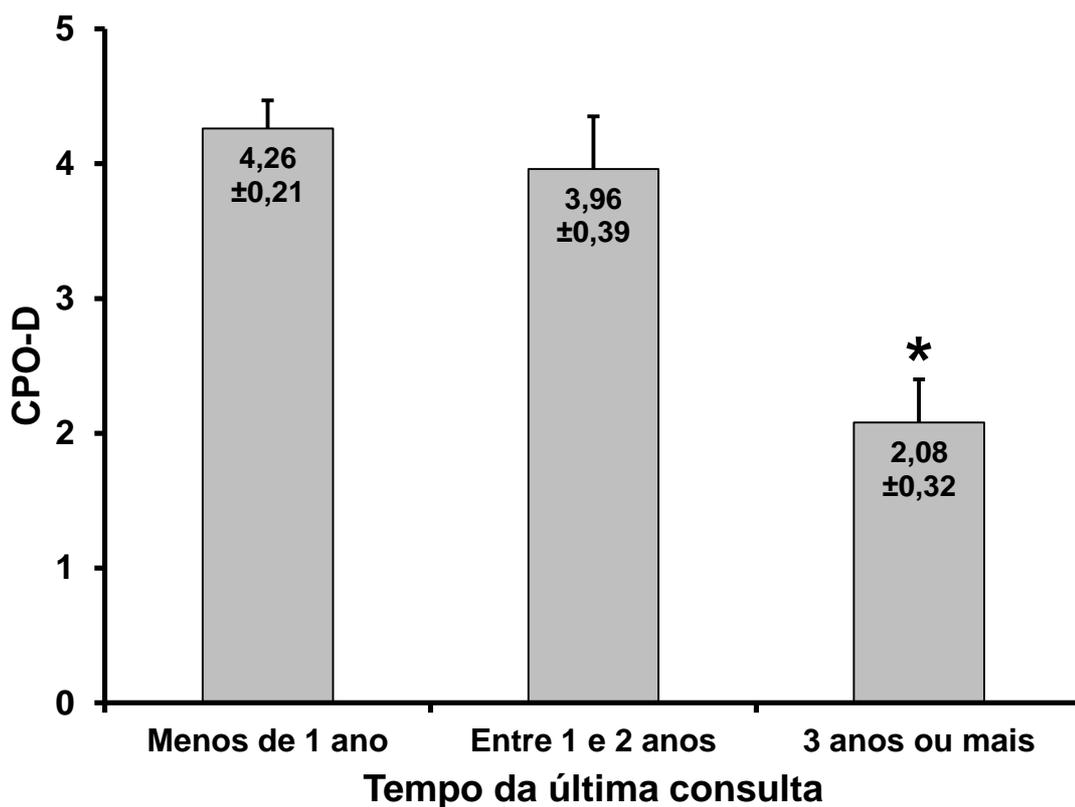


Figura 12 - Gráfico apresentando o CPO-D dos adolescentes avaliados neste estudo, de acordo com o tempo decorrido da última consulta odontológica. *Diferença significativa em relação aos tempos menos de 1 ano e entre 1 e 2 anos (teste de Kruskal-Wallis, $p < 0,001$, pós-teste de Dunn, $p < 0,05$). Cada coluna representa a média e a barra o erro padrão da média.

Tabela 2 – Proporção de adolescentes com média do Índice CPO-D de valor 0 ou diferente de 0, nas diferentes regiões, Campo Grande (MS) – 2013 (n=381)

Região (p=0,018)*	CPO-D	
	0	Maior que 0
Anhanduizinho	8,2 (5)	91,8 (56) ^a
Bandeira	20,0 (33)	80,0 (132) ^{ab}
Central	13,3 (8)	86,7 (52) ^a
Imbirussu	31,5 (17)	68,5 (37) ^b
Lagoa	15,6 (5)	84,4 (27) ^{ab}

Os resultados estão apresentados em frequência relativa (frequência absoluta). Letras diferentes na coluna representam diferença significativa entre as regiões, em relação ao percentual de adolescentes com CPO-D maior que 0 no teste z. *Valor de p no teste de do qui-quadrado.

Tabela 3 - Distribuição dos adolescentes de acordo com a frequência de escovações diárias e o gênero, Campo Grande (MS) – 2013 (n=381)

Gênero (p=0,165)*	Escovações diárias	
	Até 2 vezes	3 ou mais vezes
Masculino	33,0 (74) ^a	67,0 (150) ^a
Feminino	40,3 (54) ^a	59,7 (80) ^a

Os resultados estão apresentados em frequência relativa (frequência absoluta). Letras iguais na coluna mostram que não há diferença significativa entre os gêneros, em relação à frequência de escovações diárias. *Valor de p no teste de do qui-quadrado.

A média de escovações diárias nos adolescentes do gênero masculino foi de $2,68 \pm 0,07$ escovações, enquanto que naqueles do gênero feminino ela foi de $2,81 \pm 0,05$ escovações. Não houve diferença significativa entre os gêneros, em relação ao número de escovações diárias (teste de Mann-Whitney, $p=0,119$).

Tabela 4 – Proporção de adolescentes de acordo com a região e as variáveis relacionadas com o atendimento odontológico, Campo Grande (MS) – 2013 (n=381)

Variável	Região					Total
	Anhand.	Bandeira	Central	Imbirussu	Lagoa	
Foi ao dentista alguma vez na vida (p=0,309)*						
Sim	96,8 (61)	97,6 (162)	98,3 (59)	95,0 (57)	90,6 (29)	96,6 (368)
Não	3,2 (2)	2,4 (4)	1,7 (1)	3,3 (2)	9,4 (3)	3,1 (12)
Sem informação	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)	1,7 (1)	0,0 (0)	0,3 (1)
Há quanto tempo foi ao dentista (p=0,401)*						
	n=61	n=162	n=59	n=57	n=29	n=368
Menos de 1 ano	62,3 (38)	66,0 (107)	62,7 (37)	66,7 (38)	69,0 (20)	65,2 (240)
De 1 a 2 anos	24,6 (15)	14,8 (24)	25,4 (15)	22,8 (13)	24,1 (7)	20,1 (74)
3 ou mais anos	13,1 (8)	18,5 (30)	11,9 (7)	10,5 (6)	6,9 (2)	14,4 (53)
Sem informação	0,0 (0)	0,6 (1)	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)	0,3 (1)
Onde foi ao dentista (mais de uma resposta possível)						
Serviço público	50,8 (31)	59,3 (96)	61,0 (36)	47,4 (27)	44,8 (13)	55,2 (203)
Serviço privado	39,3 (24)	38,9 (63)	37,3 (22)	43,9 (25)	48,3 (14)	40,2 (148)
Outros	4,9 (3)	3,7 (6)	5,1 (3)	8,8 (5)	6,9 (2)	5,2 (19)
Sem informação	4,9 (3)	0,0 (0)	0,0 (0)	3,5 (2)	0,0 (0)	1,4 (5)
Razão de ter ido ao dentista (mais de uma resposta possível)						
Consulta de rotina/manutenção	67,2 (41)	64,8 (105)	79,7 (47)	75,4 (43)	72,4 (21)	69,8 (257)
Dor	13,1 (8)	14,8 (24)	10,2 (6)	12,3 (7)	17,2 (5)	13,6 (50)
Sangramento nas gengivas	3,3 (2)	3,1 (5)	1,7 (1)	3,5 (2)	0,0 (0)	2,7 (10)
Cavidade nos dentes	8,2 (5)	5,6 (9)	5,1 (3)	7,0 (4)	6,9 (2)	6,3 (23)
Feridas, caroços ou manchas na boca	4,9 (3)	1,2 (2)	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)	1,4 (5)
Outros	8,2 (5)	15,4 (25)	8,5 (5)	3,5 (2)	6,9 (2)	10,6 (39)
Sem informação	0,0 (0)	0,6 (1)	0,0 (0)	5,3 (3)	3,4 (1)	1,4 (5)
Como avalia o atendimento? (p=0,406)*						
Ótimo	31,1 (19)	20,4 (33)	18,6 (11)	28,1 (16)	24,1 (7)	23,4 (86)
Bom	52,5 (32)	56,2 (91)	62,7 (37)	56,1 (32)	48,3 (14)	56,0 (206)
Regular	8,2 (5)	16,0 (26)	11,9 (7)	7,0 (4)	24,1 (7)	13,3 (49)
Ruim	4,9 (3)	3,1 (5)	1,7 (1)	0,0 (0)	0,0 (0)	2,4 (9)
Péssimo	1,6 (1)	0,6 (1)	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)	0,5 (2)
Sem informação	1,6 (1)	3,7 (6)	5,1 (3)	8,8 (5)	3,4 (1)	4,3 (16)

Os resultados estão apresentados em frequência relativa (frequência absoluta). *

Valor de p no teste de do qui-quadrado.

Tabela 5 – Proporção de adolescentes de acordo com a região e as variáveis relacionadas com os problemas odontológicos, Campo Grande (MS) – 2013 (n=381)

Variável	Região					Total
	Anhand.	Bandeira	Central	Imbirussu	Lagoa	
Recebeu informações sobre como evitar problemas bucais (p=0,540)*						
Sim	88,9 (56)	91,0 (151)	93,3 (56)	88,3 (53)	84,4 (27)	90,0 (343)
Não	9,5 (6)	7,2 (12)	3,3 (2)	6,7 (4)	12,5 (4)	7,3 (28)
Sem informação	1,6 (1)	1,8 (3)	3,3 (2)	5,0 (3)	3,1 (1)	2,6 (10)
Considera que necessita de tratamento atualmente (p=0,363)*						
Sim	69,8 (44)	55,4 (92)	58,3 (35)	61,7 (37)	46,9 (15)	58,5 (223)
Não	25,4 (16)	38,0 (63)	38,3 (23)	31,7 (19)	34,4 (11)	34,6 (132)
Sem informação	4,8 (3)	6,6 (11)	3,3 (2)	6,7 (4)	18,8 (6)	6,8 (26)
Auto avaliação dos dentes e boca (p=0,729)*						
Muito satisfeito	3,2 (2)	6,6 (11)	5,0 (3)	3,3 (2)	9,4 (3)	5,5 (21)
Satisfeito	28,6 (18)	34,9 (58)	48,3 (29)	38,3 (23)	40,6 (13)	37,0 (141)
Nem satisfeito nem insatisfeito	36,5 (23)	37,3 (62)	33,3 (20)	28,3 (17)	34,4 (11)	34,9 (133)
Insatisfeito	15,9 (10)	12,7 (21)	10,0 (6)	20,0 (12)	6,2 (2)	13,4 (51)
Muito insatisfeito	3,2 (2)	4,2 (7)	1,7 (1)	1,7 (1)	3,1 (1)	3,1 (12)
Não sabe	12,7 (8)	4,2 (7)	1,7 (1)	8,3 (5)	6,2 (2)	6,0 (23)
Dificuldade para comer ou beber por causa de dor nos dentes nos últimos seis meses (p=0,720)*						
Sim	30,2 (19)	36,7 (61)	38,3 (23)	38,3 (23)	43,8 (14)	36,7 (140)
Não	69,8 (44)	61,4 (102)	60,0 (36)	60,0 (36)	56,2 (18)	61,9 (236)
Sem informação	0,0 (0)	1,8 (3)	1,7 (1)	1,7 (1)	0,0 (0)	1,3 (5)
Incômodo ao escovar os dentes nos últimos seis meses (p=0,614)*						
Sim	20,6 (13)	14,5 (24)	13,3 (8)	16,7 (10)	9,4 (3)	15,2 (58)
Não	77,8 (49)	83,7 (139)	85,0 (51)	81,7 (49)	90,6 (29)	83,2 (317)
Sem informação	1,6 (1)	1,8 (3)	1,7 (1)	1,7 (1)	0,0 (0)	1,6 (6)
Deixou de sair, se divertir, ir a festas, passeios por causa dos dentes nos últimos seis meses (p=0,647)*						
Sim	6,3 (4)	4,8 (8)	6,7 (4)	6,7 (4)	0,0 (0)	5,2 (20)
Não	93,7 (59)	93,4 (155)	91,7 (55)	91,7 (55)	100,0 (32)	93,4 (356)
Sem informação	0,0 (0)	1,8 (3)	1,7 (1)	1,7 (1)	0,0 (0)	1,3 (5)
Os dentes o fizeram sentir vergonha de sorrir ou falar nos últimos seis meses (p=0,144)*						
Sim	27,0 (17)	17,5 (29)	15,0 (9)	30,0 (18)	18,8 (6)	20,7 (79)
Não	73,0 (46)	80,7 (134)	83,3 (50)	68,3 (41)	81,2 (26)	78,0 (297)
Sem informação	0,0 (0)	1,8 (3)	1,7 (1)	1,7 (1)	0,0 (0)	1,3 (5)

Os resultados estão apresentados em frequência relativa (frequência absoluta). *

Valor de p no teste de do qui-quadrado.

Tabela 6 - Resultados referentes ao Índice de Exclusão Social (IES) e ao CPO-D, nas diferentes regiões, Campo Grande (MS) – 2013 (n=381)

Região	Índice de Exclusão Social	CPO-D
Anhanduizinho	0,66	4,30
Bandeira	0,60	3,24
Central	0,36	4,45
Imbirussu	0,41	3,67
Lagoa	0,52	4,84

Não houve correlação linear entre o Índice CPO-D e o Índice de Exclusão Social das regiões avaliadas neste estudo (teste de correlação linear de Spearman, $p=0,682$; $r=-0,300$).

6 DISCUSSÃO

Conforme Roncalli (2011), os resultados mais relevantes da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, realizado em 2010, referem-se à cárie dentária, com declínio do valor do Índice CPO-D entre os adolescentes (15 a 19 anos) e aumento do acesso aos serviços para essa faixa etária. A Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – 2010 analisou a situação da saúde bucal da população brasileira conforme a prevalência e a gravidade dos principais agravos bucais, e aplicou questionários sobre a condição socioeconômica, utilização de serviços odontológicos e percepção de saúde. A amostra, em nível nacional, envolveu indivíduos nas idades de 5 anos, 12 anos e pertencentes aos grupos etários de 15 a 19 anos, 35 a 44 anos e 65 a 74 anos. A média do Índice CPO-D encontrado foi de 2,07 para crianças de 12 anos, e de 4,25 entre os adolescentes de 15 a 19 anos, mais que o dobro do número médio encontrado aos 12 anos. Esta evolução do CPO-D entre a infância e a adolescência tem sido um achado comum em outros estudos no Brasil e no mundo. Considerando apenas o município de Campo Grande (MS) o valor da média do Índice CPO-D foi de 4,96 (BRASIL, 2011). Um estudo existente no estado de São Paulo, com resultados publicados da pesquisa SB Brasil realizada em 2003, encontrou um Índice CPO-D de 6,5 (DP=4,7) entre os jovens de 15 a 19 anos (BATISTA *et al.*, 2012). Em outra pesquisa, também no estado de São Paulo, no intuito de avaliar os indicadores de prevalência e severidade de cárie dentária e as necessidades de tratamento odontológico, em adolescentes de 12 a 18 anos, as médias dos Índices CPO-D para essas idades em 2002 foram significativamente menores que as encontradas em 1998 ($p < 0,0001$). Aos 12 anos, a média CPO-D foi de 3,72, (DP=3,36) em 1998 e em 2002, de 2,52 (DP=2,72). Aos 18 anos, o CPO-D foi de 8,64 (DP=5,59) em 1998 e de 7,13 (DP=4,39) em 2002 (GUSHI *et al.*, 2008). Entre escolares de 13 a 16 anos avaliados na Cidade do México foi possível observar um alto valor para a média do Índice CPO-D: 7,32 (ORTEGA-MALDONADO, MOTA-SANHUA, LÓPEZ-VIVANCO, 2007). Já em estudo no estado mais populoso da Austrália, *New South Wales*, uma amostra composta por alunos do ensino médio com idade entre 14 e 15 anos, exibiu como média do Índice CPO-D o valor de 1,2 (SKINNER *et al.*, 2013). No presente estudo, o valor médio do Índice CPO-D entre os escolares de 15 a 18 anos foi de 3,8, bem abaixo dos estudos realizados no Brasil. Esse valor, ainda que moderado, retrata uma

situação que merece atenção, visto que com o passar da idade mesmo na fase de adolescência, a média do índice CPO-D tem aumentado, piorando a condição de saúde bucal e que trará sequelas irreversíveis ao longo da vida desses indivíduos. Nesse aspecto, uma situação em que um adolescente, ou adulto futuramente, seja discriminado por motivo de condição de saúde bucal precária, revelaria uma situação de exclusão, preconceito.

Em análise da amostra dividida por gênero, o valor médio do Índice CPO-D encontrado do gênero feminino foi de 4,1, e no masculino de 3,1, revelando-se uma diferença estatística significativa ($p=0,004$), uma tendência já demonstrada por outros estudos. Em João Pessoa (PB), onde houve avaliação da tendência de cárie nas escolas públicas e privadas do município com jovens de 12 a 15 anos, constatou-se que nas escolas públicas, o valor médio do CPO-D no gênero feminino foi de 4,79 e de 3,46 no masculino ($p<0,0001$). Nas escolas privadas o CPO-D médio entre as meninas foi de 2,11 e de 1,65 entre os meninos ($p=0,0007$). Ao considerar apenas a idade de 15 anos, a média do Índice CPO-D dos estudantes das escolas privadas foi de 2,88, e na pública 5,65. (MOREIRA, ROSENBLATT, PASSOS, 2007). No Estado de Nevada (EUA), em amostra composta por jovens estudantes de 13 a 19 anos, as mulheres revelaram média do Índice CPO-D significativamente maior que os homens (DITMYER *et al.*, 2011). Essa tendência poderia ser explicada como fruto de uma exclusão social histórica sofrida pelo gênero feminino que perdura por séculos, acomete a sociedade contemporânea e traz implicações para uma condição de saúde bucal precária, que mesmo sob tratamento curativo trará sequelas irreversíveis ao longo da vida.

Observou-se que 96,6% dos adolescentes participantes na presente pesquisa relataram já terem realizado uma consulta odontológica ao longo da vida, dado semelhante a dois estudos realizados na região Sul do Brasil. Em Pelotas (RS), uma investigação de padrões de utilização de serviços odontológicos entre a população, que incluiu adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos, revelou que 91,1% dessa amostra já consultou um dentista alguma vez na vida (ARAÚJO *et al.*, 2009). Entre participantes de uma pesquisa em Canoas (RS), com adolescentes e adultos de 14 a 49 anos, apenas 3% dos entrevistados declararam nunca ter ido ao dentista (LISBÔA, ABEGG, 2006). Entre estudantes de 15 a 19 anos em região metropolitana de Manaus (AM), 76% já estiveram em um consultório odontológico (FONSECA *et al.*, 2009). Situação discrepante foi relatada em uma análise da situação de acesso e utilização

de serviços odontológicos entre diferentes grupos de renda. Os grupos foram definidos em quintis de renda familiar, com dados da PNAD de 1998 (primeiro quintil de renda familiar *per capita* referiu-se a 20% da população com menor renda, e o quinto quintil foi 20% da população com maior renda), e demonstrou-se que havia uma baixa utilização de serviços odontológicos, quando comparados aos médicos, e grandes diferenciais entre os grupos de maior e menor renda. No grupo que continha crianças e adolescentes de sete a 19 anos, 20,9% nunca havia ido ao dentista. Na amostra geral, a avaliação “bom ou muito bom” foi dada a 93% dos atendimentos odontológicos prestados (BARROS, BERTOLDI, 2002). Essa diferença apresentada pelo último resultado talvez se explique pelo fato da amostra ainda conter crianças com idade próxima a pré-escolaridade e idade em que começa a exfoliação dos dentes decíduos, quando uma considerável parcela de pais acredita que só nesse momento uma consulta odontológica seria necessária.

Apesar da alta taxa apresentada pelos adolescentes na visita ao dentista, a diferença estatística encontrada quando esse aspecto foi comparado com a média do Índice CPO-D ($p=0,030$), e a diferença estatística existente também do valor médio do CPO-D com o tempo da última consulta ($p<0,001$), exibiram um perfil no qual os maiores valores do CPO-D foram encontrados entre esses adolescentes que regularmente relataram utilizar o serviço odontológico. Uma reflexão deve ser feita nesse sentido, pois se existe acesso ao serviço, há uma superação de parte de um processo excludente que existe no município, em maior ou menor intensidade. Coolidge (2009), afirmou que as lesões de cárie moderadas são possíveis de ocorrer até mesmo em adolescentes que vão ao dentista regularmente, pois como as cavidades seriam relativamente pequenas e de sintomas brandos, um adolescente poderia não ter consciência de que apresenta uma cárie. Dessa maneira, é possível explicar o fato de ter-se encontrado maior valor da média do CPO-D entre os adolescentes que relatam visitar o consultório odontológico há pouco tempo.

Entre os adolescentes de 15 a 18 anos participantes desta pesquisa que já frequentaram um consultório odontológico, 65,2% relataram que fizeram a consulta há no máximo um ano, exibindo um comportamento bem semelhante a outros estudos. Araújo *et al.* (2009) ao aplicar questionários na cidade de Pelotas (RS), para investigar padrões de utilização de serviços odontológicos em adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos, relataram que 52,2% haviam visitado o dentista nos últimos 12 meses. Em estudo com escolares da rede pública em Gravataí (RS), de 12 a 18

anos, 68,9% da amostra revelou que consultava um dentista, no mínimo uma vez ao ano; e em 45% dos casos o motivo era buscar um tratamento preventivo (DAVOGLIO *et al.*, 2009). Entre os jovens de 14 a 19 anos participantes de uma pesquisa em Canoas (RS), 67,1% revelaram que a última consulta ao dentista foi realizada no período de um mês a um ano atrás (LISBÔA, ABEGG, 2006). Porém, quando foram observados dados nacionais relacionados a acesso e utilização de serviços odontológicos, apenas 44,4% dos indivíduos na faixa etária de sete a 19 anos foram ao dentista pela última vez há no máximo um ano (BARROS, BERTOLDI, 2002). Os resultados de Coolidge *et al.* (2009) conforme uma Escala de Negligência Dental aplicada em adolescentes nos arredores de Seattle e Tacoma (EUA), revelaram que valores altos nessa escala foram encontrados entre adolescentes que não realizaram um *check up* odontológico nos últimos três anos e que não vão ao dentista regularmente, com diferença estatística ($p < 0,05$). Ainda que haja uma parcela significativa que relata frequentar um consultório odontológico regularmente, o comportamento do adolescente ainda sofre influência da família e de outros jovens. Esses em situações precárias de exclusão social, poderiam atuar de maneira negativa sobre os hábitos desses jovens, revelada até mesmo em negligência com a própria saúde.

Pouco mais da metade da amostra estudada (55,2%) relatou também ter utilizado o serviço público na última visita ao dentista. Verifica-se que existe uma diversidade nesse sentido, sendo que o SUS, no Brasil, mesmo estando disponível para ser utilizado por toda a população, exibindo um caráter então de superação da exclusão social, não parece ser a primeira opção ou então ainda é de difícil acesso, com uma demanda muito maior que sua capacidade resolutive. Uma situação que poderia excluir socialmente aqueles adolescentes que se encontram em áreas periféricas, um antagonismo do SUS. Entre jovens de 12 a 18 anos matriculados em escolas públicas municipais em Gravataí (RS), cerca de 67% relataram que utilizam o serviço não privado para assistência odontológica (DAVOGLIO *et al.*, 2009). A maioria absoluta dos adolescentes e adultos (70,7%) participantes de uma pesquisa sobre higiene bucal e utilização de serviços odontológicos em Canoas (RS) declarou ser cliente do serviço privado, enquanto 25,8% responderam utilizar o serviço público, porém quando a amostra considerou apenas os indivíduos de 14 a 19 anos de idade, as pessoas sem renda e com renda individual até dois salários mínimos, esses utilizavam o serviço público com maior frequência (LISBÔA, ABEGG, 2006). A

Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – 2010 revelou que o serviço público odontológico foi o mais utilizado em todas as regiões (46,3%), e o principal motivo para a consulta foi prevenção ou tratamento, em todo o país (BRASIL, 2011). Entre adolescentes estudantes em área metropolitana de Manaus (AM), 56% frequentavam o serviço público odontológico (FONSECA *et al.*, 2009).

Para Valente (1998), o período da adolescência é considerado de risco para doenças bucais, como a cárie e doença periodontal, que tem sua incidência aumentada nessa época da vida. Nessa fase, apesar da facilidade em se realizar uma remoção de placa pela escovação, os adolescentes não se encontram comprometidos com a regularidade desse hábito. Batista *et al.* (2012) revelaram que 68% dos adolescentes entre 15 e 19 anos do estado de São Paulo, afirmaram a necessidade de realizar tratamento odontológico. Conforme dados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, realizada em 2010, 65,1% dos jovens de 15 a 19 anos afirmaram necessitar de tratamento dentário (BRASIL, 2011). Um estudo em Ipatinga (MG), constatou que os escolares de sete a 14 anos de idade exibiam um perfil de cárie de forma controlada. Porém a necessidade de tratamento periodontal era evidente, com a prevalência de sangramento à sondagem. A maioria dos indivíduos (66,5% dos indivíduos de sete a 10 anos, e 71,2% de 11 a 14 anos) exibiu necessidade de cuidados preventivos adequados ou instrução de higiene oral e controle de placa. Na idade de 11 a 14 anos, 68,5% estavam com gengivite (ARAÚJO *et al.*, 2011). Entre os adolescentes pesquisados encontrou-se um número bem próximo aos resultados apresentados mais recentemente, visto que 58,5% julgaram necessitar de tratamento odontológico no momento da pesquisa. Ao se recordar que mais que 65% da amostra esteve em atendimento há no máximo um ano e o fez por motivo de manutenção/consulta de rotina, há uma superação do aspecto de exclusão social novamente ligado ao acesso, em que o adolescente não foi privado do seu direito à saúde. No entanto, é imperativo lembrar mais uma vez da questão de discriminação que esses jovens podem estar sujeitos, ao exibir uma condição de saúde bucal que realmente requeira uma intervenção clínica. Já em pesquisa realizada entre estudantes de 15 a 19 anos em região metropolitana de Manaus (AM), 92% acreditava que necessitava de tratamento (FONSECA *et al.*, 2009)

Davoglio *et al.* (2009) no estudo da associação de fatores sociodemográficos, psicossociais e relacionados ao estilo de vida com hábitos de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos, selecionaram adolescentes de 12 a 18 anos matriculados

em escolas da rede pública municipal de Gravataí (RS), região metropolitana de Porto Alegre. Os autores relataram que a maioria dos escolares (77,8%) realizava escovação com uma frequência de, pelo menos, 3 vezes ao dia. A frequência de escovação apresentou uma associação estatisticamente significativa com gênero, pois as meninas tiveram uma frequência de escovação ≥ 3 vezes/dia, 18% mais elevada do que os meninos. Em estudo sobre investigação dos hábitos de higiene bucal dos adolescentes com 15 anos de idade, em Goiânia (GO), nas escolas públicas e privadas, 77,7% da amostra total relataram escovar os dentes três vezes ou mais ao dia. Houve uma maior frequência de escovação entre as meninas do que entre os meninos ($p=0,001$), com ausência de diferença estatisticamente significativa da frequência da escovação em relação ao nível socioeconômico (FREIRE, SHEIHAM, BINO, 2007). Indivíduos de 14 a 49 anos, pesquisados em Canoas (RS), relataram majoritariamente, uma frequência de escovação dos dentes de três vezes ao dia. Também houve uma associação significativa com o gênero: as mulheres apresentaram uma frequência de escovação maior que os homens, e não foi observada uma associação da renda com a frequência de escovação, porém, indivíduos com maior escolaridade escovavam os dentes com maior frequência. Em relação apenas aos jovens de 14 a 19 anos, 53,6% relataram escovar os dentes três vezes ao dia (LISBÔA, ABEGG, 2006). Entre adolescentes do ensino médio em Cosolapa, México, todos relataram que escovam os dentes diariamente, mas apenas 40,7% o fazem três vezes ao dia (RIVERA-HERMOSILLO, MARTINEZ-TORRES, HERNÁNDEZ-LAGUNA, 2006). Conforme Coolidge *et al.* (2009) apesar da maioria dos adolescentes afirmar que escova os dentes duas vezes por dia, um número significativo entre os mesmos na verdade não o faz. Entre os adolescentes pesquisados nas escolas públicas estaduais de Campo Grande (MS), a média de escovações diárias nos adolescentes do gênero feminino ($2,81 \pm 0,05$) também foi maior que do gênero masculino ($2,68 \pm 0,07$), entretanto, não houve uma diferença significativa. A escovação é hábito que necessita ser reforçado para que o adolescente sinta a responsabilidade sobre a manutenção de sua própria saúde.

No estado de São Paulo, conforme dados da pesquisa SB Brasil 2003, 9,5% dos jovens de 15 a 19 anos estavam livre de cáries (BATISTA *et al.*, 2012). Gushi *et al.* (2008) avaliaram indicadores de prevalência e severidade de cárie dentária em adolescentes de 12 a 18 anos e as necessidades de tratamento odontológico, conforme dados secundários provenientes de levantamentos epidemiológicos em

saúde bucal realizados no estado de São Paulo, em 1998 e 2002. Dentre os indivíduos com 18 anos de idade, 6,8% estavam livres de cárie no ano de 1998, e 5,4% em 2002. Em pesquisa realizada entre estudantes de 15 a 19 anos em região metropolitana de Manaus (AM), encontrou-se o valor do CPO-D=0 apenas em 7,3% da amostra (FONSECA *et al.*, 2009). Entre escolares de 13 a 16 anos avaliados na Cidade do México, apenas 7,8% da amostra exibiu CPO-D=0. (ORTEGA-MALDONADO, MOTA-SANHUA, LÓPEZ-VIVANCO, 2007). Conforme a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, em 2010, notou-se que a proporção de indivíduos livres de cárie diminuiu em função da idade. Aos 12 anos, 43,5% apresentaram a média do Índice CPO-D=0 na dentição permanente, e nas idades de 15 a 19, 23,9% também apresentaram essa condição. Quando considerados apenas os dados da cidade de Campo Grande (MS), 17,2% dos jovens de 15 a 19 anos apresentaram CPO-D=0 (BRASIL, 2011). Esse valor ficou muito próximo do que foi encontrado na presente pesquisa, pois 17,8% dos adolescentes apresentaram média do Índice CPO-D=0. Apesar disso, nota-se uma variedade entre as regiões pois as regiões Imbirussu, Central e Anhanduizinho obtiveram 31,5%, 13,3% e 8,2% da amostra, respectivamente com CPO-D=0. Sendo a região com maior IES (valor 0,66) apresentou o menor valor de CPO-D=0, apenas 8,2% da amostra, na região Anhanduizinho.

Quanto à percepção dos dentes e boca, 16,5% dos adolescentes afirmaram insatisfação. Valor bem próximo ao que foi relatado pela Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, em 2010, na região Centro-Oeste, quando 19,5% dos jovens de 15 a 19 anos revelaram estar insatisfeitos com os próprios dentes e boca (BRASIL, 2011). Granville-Garcia *et al.* (2011) ao pesquisar a valorização da saúde oral pelos adolescentes de dez a 19 anos, matriculados em escolas públicas municipais de em Campina Grande (PB), encontraram que a maioria dessa amostra classificava sua saúde oral como boa, sem diferença estatística entre os gêneros feminino e masculino ($p=0,188$). Um estudo em Pelotas (RS) com adolescentes de 10 a 19 anos, identificou que quanto maior o nível econômico e percepção de saúde bucal, maior foi a utilização dos serviços (ARAÚJO *et al.*, 2009). A condição socioeconômica foi considerada um dos determinantes sociais mais importantes na utilização de serviços odontológicos (DAVOGLIO *et al.*, 2009). Apesar do baixo valor da média do Índice CPO-D, 1,2, apresentado por adolescentes em um estado da Austrália, foi possível detectar grandes variações na experiência da cárie dentária, relacionada com baixa renda da família, áreas sem fluoretação das águas e áreas mais remotas (SKINNER *et al.*,

2013). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre CPO-D e renda domiciliar *per capita*, em uma pesquisa entre adolescentes de uma região metropolitana de Manaus (AM) (FONSECA *et al.*, 2009). No presente estudo a renda também não foi uma variável que esteve relacionada com o valor médio do Índice CPO-D, e assemelha-se ao proposto por Narvai *et al.* (2006) pois afirmaram que a renda e sua distribuição têm escasso poder explicativo para o declínio nos valores do Índice CPO-D no Brasil.

Estudos que tratam da vulnerabilidade (CASTRO, ABRAMOVAY, 2004; GOMES, PEREIRA, 2005; TELLES *et al.*, 2006; RUOTTI, MASSA, PERES, 2011; BRASIL, 2012a; BRASIL, 2012b), e que fazem associações com condições de saúde, têm sido relatados recentemente, e possibilitam identificar áreas que requerem maior atenção, direcionando medidas mais eficazes para superar os riscos ali presentes (MATTHEWS, 2010; TURRIONI *et al.*, 2012; SÃO PAULO 2014).

No presente estudo, embora tenha sido possível identificar variações tanto no valor médio do Índice CPO-D entre as regiões de Campo Grande como também em relação ao IES de cada bairro e região, não foi possível estabelecer uma associação significativa entre essas variáveis. Estudo realizado em Lima, Peru, com crianças de 12 anos, relacionando a experiência de cárie com pobreza e exclusão social, no modelo ajustado, ficou constatado que a pobreza estava significativamente relacionada com a cárie dental ($p=0,008$), mas a associação entre cárie e exclusão social não foi significativa ($p=0.007$). Os autores afirmaram que isso poderia ter acontecido por três motivos: o impacto da privação material na experiência de cárie é maior que o da exclusão; a exclusão atua como mediadora da pobreza na relação dessa com a cárie, e existe uma sobreposição entre pobreza e exclusão social que mascaram a contribuição de cada uma na experiência de cárie. Assim sendo, mais estudos seriam necessários para confirmar esses achados (DELGADO-ÂNGULO, HOBDELL, BERNABÉ, 2009).

Entre os resultados de uma pesquisa entre jovens de 13 a 19 anos realizada em Nevada (EUA), ficou constatado que a maior probabilidade de pertencer ao grupo com alto número de cáries estava significativamente relacionada com ser mulher, adolescente mais velho (16 a 19 anos), pertencer a grupos minoritários, morar em local sem água fluoretada ou não ter um convênio odontológico (DITMYER *et al.*, 2011). Esses achados corroboram alguns dos resultados da presente pesquisa no que diz respeito à exclusão social, que pode ser expressa pela diferença exibida pelo

valor médio do Índice CPO-D apresentado ser maior no sexo feminino, a própria questão de “ser adolescente” e a maioria procurar o serviço público para atendimento, por possivelmente não possuir um convênio.

7 CONCLUSÕES

O valor médio do CPO-D encontrado foi considerado moderado. Houve diferença significativa em relação à média do Índice CPO-D entre os adolescentes da região Bandeira, quando comparados com os adolescentes da região Central e Lagoa. Quando a amostra foi dividida por gênero, o valor médio do CPO-D também exibiu uma diferença significativa, sendo que as meninas apresentaram esse Índice com valor superior aos meninos. As variáveis de ter consultado um dentista e tempo da última consulta também exibiram diferença estatística em relação à média do Índice CPO-D.

A grande maioria dos alunos já visitou o dentista alguma vez na vida, fez a última visita há menos de um ano, utilizou o serviço público e considera que necessita de algum tipo de tratamento a ser realizado atualmente. A renda não foi uma variável que esteve relacionada com a condição de saúde bucal ou aspectos da utilização de serviços.

Não houve correlação linear entre o valor médio do Índice CPO-D e o Índice de Exclusão Social das regiões avaliadas neste estudo.

REFERÊNCIAS

Adorno RCF. Exclusão, insegurança, vulnerabilidades: incluir com o acesso à saúde? Saúde soc. 2006; 15(3):7-14.

Alvino-Borba A, Mata-Lima H. Exclusão e inclusão social nas sociedades modernas: um olhar sobre a situação em Portugal e na União Européia. Serv. Soc. Soc. 2011; 106:219-240

Araújo CS, Lima RC, Peres MA, Barros AJD. Utilização de serviços odontológicos e fatores associados: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. Cad. Saúde Pública 2009; 25(5):1063-72.

Araújo LML, Cezário ES, Araújo LHL, Costa FO, Zenóbio EG. Condições Periodontais de Crianças e Adolescentes Participantes de um Programa de Saúde Bucal. Pesq Bras Odontoped Clin Integr. 2011; 11(2):177-81.

Barcellos CC, Sabroza PC, Peiter P, Rojas LI. Organização Espacial, Saúde e Qualidade de Vida: Análise Espacial e Uso de Indicadores na Avaliação de Situações de Saúde. Inf Epidemiol Sus 2002; 11(3):129-38.

Barros AJD, Bertoldi AD. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. Ciência saúde colet. 2002; 7(4):709-17.

Batista MJ, Rihs LB, Gonçalo^{cs}, Kubo FMM, Amaral RC, Sousa MLR. Treatment needs and self-perception of oral health among adolescents. RGO - Rev Gaúcha Odontol. 2012; 60(3):289-96.

Brasil. Lei Nº 8.069, de 13 de Julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília: 1990.

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Bucal – Caderno de Atenção Básica, n. 17. Brasília: Ministério da saúde; 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Resultados Principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

Brasil. Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. Comunicados do IPEA N. 131: Vulnerabilidade das famílias entre 2003 e 2009. Brasília: Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República; 2012a.

Brasil. Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. Texto para Discussão N. 1699. Índice de Vulnerabilidade das famílias: atualização (2003-2009) e recortes geográficos. Brasília: Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República; 2012b.

Castro MG, Abramovay M. Juventudes no Brasil: Vulnerabilidades negativas e positivas. In: I Congresso da Associação Latino Americana de População, ALAP. Artigo; 2004 set 18-20; Caxambu, Brasil.

Coolidge T, Heima M, Johnson EK, Weinstein P. The Dental Neglect Scale in adolescents [on line]. *BMC Oral Health* 2009; 9(2) [acesso em 25 fev 2014]. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6831/9/2>

Davoglio RS, Aerts DRGC, Abegg C, Freddo SL, Monteiro L. Fatores associados a hábitos de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos entre adolescentes. *Cad. Saúde Pública* 2009; 25(3):655-67.

Delgado-Ângulo EK, Hobdell MH, Bernabé E. Poverty, social exclusion and dental caries of 12-year-old children: a cross-sectional study in Lima, Peru [on line]. *BMC Oral Health* 2009; 9(16) [acesso em 25 fev 2014]. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6831/9/16>

Ditmyer M, Dounis G, Mobley C, Schwarz E. Inequalities of caries experience in Nevada youth expressed by DMFT index vs. Significant Caries Index (SiC) over time. *BMC Oral Health* 2011; 11(12):1-10.

Fleury S. Pobreza, desigualdades ou exclusão? *Ciência saúde colet* 2007; 12(6):1422-8.

Freeman R. The determinants of dental health attitudes and behaviours. *Br Dent J* 1999; 187(1):15-18.

Fonseca TGG, Lopes MC, Vieira JMR, Parente RCP, Rebelo MAB. Caries experience in adolescents from a metropolitan region of the Brazilian Amazon. *Rev. odonto ciênc.* 2009; 24(4):349-53.

Freire MCM, Sheiham A, Bino YA. Hábitos de higiene bucal e fatores sociodemográficos em adolescentes. Rev. bras. epidemiol. 2007; 10(4):606-14.

Gomes MA, Pereira MLD. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. Ciência saúde colet. 2005; 10(2):3557-63.

Granville-Garcia AF, Fernandes FV, Farias TSS, Bento PM, Medeiros CLSG, Menezes VA. Importância da Saúde Bucal entre Adolescentes de Escolas Públicas de Campina Grande/PB, Brasil. Pesq Bras Odontoped Clin Integr 2011; 11(3):425-31.

Gushi LL, Rihs LB, Soares MC, Forni TIB, Vieira V, Wada RS, *et al.* Cárie dentária e necessidades de tratamento em adolescentes do estado de São Paulo, 1998 e 2002. Rev. Saúde Públ. 2008; 42(3):480-6.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. 2014 [atualizada em 2013; acesso em 20 de fevereiro de 2014]. Disponível em: <http://cod.ibge.gov.br/237F9>

Lisbôa IC, Abegg C. Hábitos de higiene bucal e uso de serviços odontológicos por adolescentes e adultos do Município de Canoas, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Epidemiol. Serv. Saude 2006; 15(4):29-39.

Matthews DJ. Vulnerability related to oral health in early childhood: a concept Analysis. J Adv Nurs 2010; 66(9):2116-25.

Moreira PVL, Rosenblatt A, Passos IA. Prevalência de cárie em adolescentes de escolas públicas e privadas na cidade de João Pessoa, Paraíba, Brasil. *Ciência saúde colet.* 2007; 12(5):1229-36.

Narvai PC, Frazão P, Roncalli AG, Antunes JLF. Cárie dentária no Brasil: declínio, iniquidade e exclusão social. *Rev Panam Salud Publica.* 2006; 19(6):385–93.

Ortega-Maldonado M, Mota-Sanhua V, López-Vivanco JC. Estado de Salud Bucal en Adolescentes de la Ciudad de México. *Rev salud pública* 2007; 9(3):380-7.

Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century--the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2003; 31(1):3-23.

Pochmann M, Barbosa A, Ponte V, Pereira MA, Silva R, Guerra A, *et al.* Atlas da exclusão social, volume 5: agenda não liberal das inclusão social no Brasil. São Paulo: Cortez, 2005.

Rivera-Hermosillo G, Martinez-Torres J, Hernández-Laguna E. Caries dental e higiene bucal em adolescentes. *Revista ADM* 2006; 53(6):231-4.

Roncalli AG. Projeto SB Brasil 2010 – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal revela importante redução da cárie dentária no país (Editorial). *Cad. Saúde Pública* 2011; 27(1):4-5.

Ruotti C, Massa VC, Peres MFT. Vulnerabilidade e violência: uma nova concepção de risco para o estudo dos homicídios de jovens. *Interface (Botucatu)*, 2011; 15(37):377-89.

Salles MM, Barros S. Exclusão/inclusão social de usuários de um centro de atenção psicossocial na vida cotidiana. *Texto Contexto Enferm* 2013; 22(3):704-12.

São Paulo (Estado). Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE) [homepage na internet]. São Paulo: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE); 2014 [atualizada em 31 de janeiro de 2014; acesso em 31 de janeiro de 2014]. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/ivj/>

Sauer L, Campêlo E, Capillé MAL. Mapeamento dos Índices de inclusão e exclusão social em Campo Grande – MS: uma nova reflexão. Campo Grande: Oeste, 2012.

Shott S. *Statistics for health professionals*. London: W.B. Saunders Company, 1990.

Skinner J, Johnson G, Phelan C, Blinkhorn A. Dental caries in 14- and 15-year-olds in New South Wales, Australia. *BMC Public Health* 2013; 13:1-8.

Sposati A. Exclusão social abaixo da linha do Equador. In: *Seminário Exclusão Social. Exposição*; 1998 abr 23; Pontifícia Universidade Católica, Brasil.

Sposati A. Mapa da exclusão/inclusão social. *Com Ciência* [online]. 2012 [acesso em 19 de fevereiro de 2014]. Disponível em: <http://comciencia.br>

Telles TS, Carlo VY, Câmara CB, Barros MNF, Suguihiro VLT. Criminalidade juvenil: a vulnerabilidade dos adolescentes. *Revista de Psicologia da UNESP* 2006; 5(1):28-40.

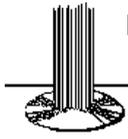
Turrioni APS, Salomão FGD, Monti JFC, Vazquez FL, Cortellazzi KL, Pereira AC. Avaliação das ações de educação na saúde bucal de adolescentes dentro da Estratégia de Saúde da Família. *Ciência saúde colet.* 2012; 17(7):1841-8.

Valente MSG. Adolescencia y salud bucal. *Adolesc. Latinoam.* 1998; 98(1):170-4.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Termo de Assentimento

APÊNDICE B - Ficha clínica e Questionário



UFMS

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL

FACULDADE DE ODONTOLOGIA PROF. ALBINO COIMBRA FILHO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E TERMO DE ASSENTIMENTO

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo, Tenile Carvalho Coelho, qualquer dúvida que você tiver. Atenção, se você tiver idade menor que 18 anos o seu responsável deverá assinar esse documento.

Por que esse estudo está sendo feito?

Porque é de suma importância identificar situações e fatores capazes de retratar a vulnerabilidade existente entre a população jovem, e relacioná-las com a condição de saúde bucal. Conhecendo o nível de vulnerabilidade é possível adotar medidas que melhorem a saúde bucal e geral desses indivíduos.

Quem participará deste estudo?

Poderão participar deste estudo jovens com idade entre 15 e 19 anos regularmente matriculados nas escolas públicas sorteadas, de maneira voluntária.

O que serei solicitado a fazer?

Um cirurgião-dentista examinará a sua boca, fará as devidas anotações, e você responderá um questionário sobre características socioeconômicas e serviços odontológicos. Este exame será feito com o uso de equipamento de proteção (luvas, óculos, gorro, máscara e avental) e com material descartável e/ou esterilizado. Este exame não oferece nenhum risco a você. Não será feito nenhum tipo de tratamento.

Quanto tempo estarei no estudo? Durante o ano de 2013, apenas para o exame bucal e questionário.

Que prejuízos podem acontecer comigo se eu participar deste estudo? Nenhum.

Que benefício eu posso esperar?

Ao final da pesquisa você receberá informações epidemiológicas sobre a saúde bucal e também considerações a respeito da vulnerabilidade.

Quem poderá ver as minhas respostas e saber que eu estou participando do estudo?

Seu nome e identidade serão mantidos em sigilo. A menos que requerido por lei, somente o pesquisador, a equipe do estudo, Comitê de Ética independente e inspetores de agências regulamentadoras do governo (quando necessário) terão acesso as suas informações para verificar as informações do estudo.

Quem devo chamar se tiver qualquer dúvida ou algum problema?

Para perguntas ou problemas referentes ao estudo ligue para o pesquisador, no número 67 91317116. Para perguntas sobre seus direitos como participante nessa pesquisa chame o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS, no telefone 3345-7187.

Eu posso recusar participar ou pedir para sair do estudo?

Sua participação no estudo é voluntária. Você pode escolher não fazer parte do estudo, ou pode desistir a qualquer momento. Você não perderá qualquer benefício ao qual você tem direito. Você não será proibido de participar de novos estudos. Mas saiba que a sua participação é de grande valia para a obtenção de resultados significativos.

Você receberá uma via assinada deste termo de consentimento.

Declaro que li e entendi este formulário de consentimento e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas e que sou voluntário a tomar parte neste estudo.

Nome e Assinatura do Voluntário: _____ Série _____

Tel. Para contato: _____ Data _____

Nome e Assinatura do Responsável pelo Voluntário: _____

Tel. Para contato: _____ Data _____

Assinatura do pesquisador: _____ Data: _____

ANEXOS

- ANEXO A - Autorização expedida pela Secretaria Estadual de Educação de Mato Grosso do Sul
- ANEXO B - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa
- ANEXO C - Notificação ao Comitê de Ética em Pesquisa (Plataforma Brasil)



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DE EDUCAÇÃO

Ofício nº 2.067/GAB/SED/2013

Gabinete da Secretaria de Estado de Educação

Protocolo SPI: 29/236.368/2013

Data: 17/6/2013

Campo Grande, 17 de junho de 2013.

À Senhora

Valéria Rodrigues de Lacerda

Orientadora do Programa de Pós-Graduação em Odontologia – Mestrado, Faculdade de Odontologia,

Professor Albino Coimbra Filho - UFMS

Cidade Universitária, Caixa Postal 549

CEP 79070-900 Campo Grande - MS

Assunto: **Informação**

Senhora Professora,

Em atenção ao Documento enviado a esta Secretaria, de 8 de maio de 2013, protocolizado sob n. 29/228579/13, pelo qual se solicita autorização para realização do projeto de pesquisa intitulado “Vulnerabilidade Juvenil e Saúde Bucal”, para obtenção do título de Mestre em Clínica Odontológica à mestranda Tenile Carvalho Coelho, informamos que somos de parecer favorável.

No entanto, ressaltamos que a escola cumpre um calendário escolar anual, sendo necessário que a coleta de dados seja realizada de forma que não afete o horário das aulas desse educando. Assim, solicitamos que o responsável entre em contato com a direção das escolas sorteadas para participarem da pesquisa para as devidas providências. Solicitamos, ainda, o envio a esta Secretaria da relação das escolas participantes, para conhecimento.

Encaminhamos anexa a planilha de divisão das unidades escolares por polos, e informamos que os demais dados solicitados encontram-se disponíveis no endereço eletrônico <http://www.sed.ms.gov.br/index.php?inside=1&tp=3&comp=1386&show=2121>.

Colocamo-nos à disposição para mais esclarecimentos pelos telefones (67) 3318-2341 e 3318-2371.

Atenciosamente,

MARIA NILENE BADECA DA COSTA
Secretária de Estado de Educação



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DE EDUCAÇÃO

Anexo I do Ofício nº 2.067/GAB/SED/2013

Polo	Escola
Central	Escola Estadual 26 de Agosto
	Escola Estadual Gal. Malan
	Escola Estadual Antônio Delfino Pereira E C. Cult. Ed. Tia Eva não tem
	Escola Estadual Joaquim Murinho
	Escola Estadual Maria Constança Barros Machado
	Escola Estadual Nicolau Fragelli não tem ensino médio
	Escola Estadual Polo Profª Evanilda Maria Neres Cavassa
	Escola Estadual Riachuelo
	Escola Estadual São Francisco não tem ensino médio
	Escola Estadual São José não tem ensino médio
	Escola Estadual Zamenhof não tem ensino médio
	Escola Estadual Prof. Severino de Queiroz
	Imbirussu
Escola Estadual Prof. Ulisses Serra	
Escola Estadual Adventor Divino de Almeida	
Escola Estadual Profª Alice Nunes Zampiere	
Escola Estadual Amélio de Carvalho Baís	
Escola Estadual Arlindo de Andrade Gomes	
Escola Estadual Profª Hilda de Souza Ferreira não tem ensino médio	
Escola Estadual José Ferreira Barbosa	
Escola Estadual Prª Fausta Garcia Bueno	
Escola Estadual Profª Clarinda Mendes de Aquino	
Escola Estadual José Mamede de Aquino	
Escola Estadual Prof. Otaviano Gonçalves da Silveira Júnior	
Escola Estadual Sebastião Santana de Oliveira	
Bandeira I	Escola Estadual Elvira Mathias de Oliveira
	Escola Estadual Profª Flavina Maria da Silva
	Escola Estadual José Barbosa Rodrigues
	Escola Estadual Marçal de Souza Tupã-Y
	Escola Estadual Profª Maria de Lourdes Toledo Areias
	Escola Estadual Teotônio Vilela
Bandeira II	Escola Estadual Profª Maria de Lourdes Widal Roma
	Escola Estadual Profª Célia Maria Naglis não tem ensino médio
	Escola Estadual Profª Izaura Higa
	Escola Estadual Waldemir Barros da Silva
	Escola Estadual Arlindo Sampaio Jorge não tem ensino médio



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DE EDUCAÇÃO

Anexo II do Ofício nº 2.067/GAB/SED/2013

Polo	Escola
Sul	Escola Estadual 11 de Outubro
	Escola Estadual Amando de Oliveira
	Escola Estadual Profª Brasilina Ferraz Mantero
	Escola Estadual Dona Consuelo Muller
	Escola Estadual Profª Élia França Cardoso
	Escola Estadual José Antônio Pereira
	Escola Estadual Luisa Vidal Borges Daniel não tem ensino médio
	Escola Estadual Maestro Heitor Villa Lobos
	Escola Estadual Profª Maria Rita de Cássia Pontes Teixeira
	Escola Estadual Olinda Conceição Teixeira Bacha
	Escola Estadual Padre Mário Blandino
	Escola Estadual Profª Thereza Noronha de Carvalho
Hércules	Escola Estadual Coração de Maria
	Escola Estadual Dolor Ferreira de Andrade
	Escola Estadual Hércules Maymone
	Escola Estadual João Carlos Flores
	Escola Estadual Orcírio Thiago de Oliveira
	Escola Estadual Prof. Carlos Henrique Schrader
	Escola Estadual Prof. Emygdio Campos Widal
Segredo	Escola Estadual Vespasiano Martins
	Escola Estadual Maria Eliza Bocayuva Corrêa da Costa
	Escola Estadual José Maria Hugo Rodrigues
	Escola Estadual Dr. Arthur de Vasconcellos Dias
	Escola Estadual Lino Villacha
	Escola Estadual de Educ. Básica e Educ. Profissional Pe. João Greiner
	Escola Estadual Profª Ada Teixeira dos Santos Pereira
	Escola Estadual Padre Franco Delpiano não tem ensino médio
	Escola Estadual Prof. Henrique Cyrillo Corrêa
	Escola Estadual Profª Joelina de Almeida Xavier
	Escola Estadual Advogado Demosthenes Martins
Lagoa	Escola Estadual Maestro Frederico Liebermann
	Escola Estadual Prof. Severino de Queiroz
	Escola Estadual Aracy Eudociak
	Escola Estadual Blanche dos Santos Pereira
	Escola Estadual Manoel Bonifácio Nunes da Cunha
	Escola Estadual Profª Neyder Suelly Costa Vieira
	Escola Estadual Padre José Scampini
	Escola Estadual Prof. Silvio Oliveira dos Santos
	Escola Estadual Profª Delmira Ramos dos Santos não tem ensino médio
	Escola Estadual Profª Zélia Quevedo Chaves



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VULNERABILIDADE JUVENIL E SAÚDE BUCAL

Pesquisador: Tenile Carvalho Coelho

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 22563713.1.0000.0021

Instituição Proponente: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 438.248

Data da Relatoria: 28/10/2013

Apresentação do Projeto:

Situações recorrentes pelo uso de drogas, violência doméstica e outras condições que possam impedir um desenvolvimento saudável da população

expressam a vulnerabilidade social. As populações vulneráveis são definidas como grupos sociais que apresentam um aumento da susceptibilidade

a resultados adversos para a saúde. Os indivíduos podem estar desprotegidos, expostos, indefesos, sensíveis ou imaturos, logo, mais vulneráveis. A condição de saúde bucal brasileira, embora tenha melhorado nos últimos anos, ainda revela uma população que sofre com as perdas dentárias. A criação de um Índice de Vulnerabilidade permite identificar situações com mais riscos para que as intervenções em saúde possam ser melhor

planejadas. Objetivo: Comparar o Índice de Vulnerabilidade de Campo Grande com a condição de saúde bucal em jovens de 14 a 19 anos.

Metodologia: A amostra será composta por alunos das escolas públicas sorteadas que passarão por exame clínico e responderão a perguntas de

caráter socioeconômico, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Posteriormente, haverá análise estatística pertinente. Resultados Esperados: Estabelecer o índice e identificar as situações

em saúde bucal mais vulneráveis, facilitando a adoção de medidas de intervenção que melhorem a saúde bucal dessa população.

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS

Bairro: Caixa Postal 549

CEP: 79.070-110

UF: MS

Município: CAMPO GRANDE

Telefone: (67)3345-7187

Fax: (67)3345-7187

E-mail: bioetica@propp.ufms.br



Continuação do Parecer: 438.248

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Comparar o índice de Vulnerabilidade Juvenil e a condição de saúde bucal de jovens com 15 a 19 anos no município de Campo Grande ζ MS.

Objetivo Secundário:

- Estabelecer o índice de Vulnerabilidade Juvenil de jovens com 15 a 19 anos no município de Campo Grande ζ MS.- Avaliar a condição de saúde bucal de jovens de 15 a 19 anos no município de Campo Grande ζ MS.- Comparar as informações obtidas para avaliar a existência de relação entre esses aspectos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Critério de Inclusão: Jovens matriculados regularmente nas escolas públicas estaduais do Ensino Médio no município de Campo Grande MS, com idade de 15 a 19 anos.

Critério de Exclusão: Jovens fora da faixa etária de 15 a 19 anos matriculados nas escolas públicas estaduais do Ensino Médio de Campo Grande MS conhecimento, seja pelos efeitos dessa falta de conhecimento na prevenção e profilaxia da saúde, por exemplo. Os resultados demonstram que há diferenças importantes quanto às dimensões de vulnerabilidade nas unidades da Federação, quanto à qualidade de vida nas sedes metropolitanas e suas periferias, e quanto ao aspecto da heterogeneidade das famílias. Na região Centro-Oeste houve a menor redução do índice entre os anos de 2003 e 2009 (1%), e o índice de Mato Grosso do Sul nesses anos foi de 26,9% e 23,3%, respectivamente. Como o índice é calculado por domicílio,

para cada unidade da Federação é possível calcular a desigualdade do valor do índice dentre as famílias de determinado recorte geográfico de

análise. Assim, para dada unidade da Federação, é possível identificar se os valores do índice das famílias daquela unidade são mais homogêneos

ou mais heterogêneos. A proposta é para que políticas de ação sejam pensadas de modo a obterem efeitos mais eficazes se mais bem direcionadas

a problemas específicos, a partir das áreas com maior vulnerabilidade. É nesse sentido, de especificar onde estão quais debilidades de maior vulto,

que se concentrou a contribuição desse estudo.No município de São Paulo, foi criado o índice de vulnerabilidade juvenil (IVJ), cuja função central é

auxiliar na escolha de áreas de intervenção. Essa proposta viabilizou a discussão da associação entre adolescência e ζ problemas/perigo ζ , como

decorrente tanto de fatores de natureza biológica como da autonomia relativa e ambígua que os jovens desfrutam na família e na sociedade, sendo

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS

Bairro: Caixa Postal 549

CEP: 79.070-110

UF: MS

Município: CAMPO GRANDE

Telefone: (67)3345-7187

Fax: (67)3345-7187

E-mail: bioetica@propp.ufms.br



Continuação do Parecer: 438.248

uma preocupação presente nas literaturas médica e sociológica e na mídia. Assim, há o entendimento de que este fenômeno surge em sociedades modernas, acentuando-se em processos de rápida urbanização. Em outros termos, existe um vasto consenso de que a adolescência/juventude é um período de intensa vulnerabilidade. A partir desta perspectiva, foi criado o índice de vulnerabilidade juvenil (IVJ), que considerou em sua composição os níveis de crescimento populacional e a presença de jovens entre a população distrital, frequência à escola, gravidez e violência entre os jovens e adolescentes residentes no local. Este indicador varia em uma escala de 0 a 100 pontos, em que o zero representa o distrito com menor vulnerabilidade e 100 o de maior. Ferreira, em 1999, utilizou o risco de morrer e adoecer desenvolvido por técnicos da Secretaria de Saúde de Belo Horizonte, o Índice de Vulnerabilidade à Saúde (IVS), para estudar a relação existente entre os determinantes sociais e a saúde bucal. O autor relatou que os dados não permitiram uma relação de predição da situação de saúde bucal com o Índice analisando-se toda a cidade, mas que fica possível evidenciar as diferenças na condição de saúde bucal, quando comparadas áreas homogêneas quanto ao Índice. Concluiu que a utilização do índice de vulnerabilidade a saúde mostrou-se como um instrumento importante para identificar usuários com condições e saúde bucal precárias. A Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, 2010, conhecida como Projeto SB Brasil 2010, que analisou a situação da população brasileira com relação à cárie dentária, doenças da gengiva, necessidades de próteses dentais, condições de oclusão e ocorrência de dor de dente, entre outros aspectos, já divulgou seus principais resultados em uma Nota para a imprensa. O estudo comprovou que a cárie dentária continua sendo o principal agravo que acomete a saúde bucal dos brasileiros; que o CPO médio para as crianças de 12 anos apresenta diferenças em relação às regiões do Brasil, o Norte (3,2), Nordeste (2,7) e o Centro-Oeste (2,6) estão em pior situação se comparados com a região Sudeste (1,7) e Sul (2,0); e entre os adolescentes entre 15 e 19 anos, a média de dentes afetados é de 4,2, sendo o dobro do número encontrado aos 12 anos (BRASIL, 2010). Backes et al., em 2012, relataram o significado da atuação de profissionais que integravam a Estratégia de Saúde da

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS

Bairro: Caixa Postal 549

CEP: 79.070-110

UF: MS

Município: CAMPO GRANDE

Telefone: (67)3345-7187

Fax: (67)3345-7187

E-mail: bioetica@propp.ufms.br



Continuação do Parecer: 438.248

Família em uma comunidade socialmente vulnerável em Santa Catarina. Os participantes foram enfermeiros, médicos, odontólogos, técnicos de enfermagem e agentes de saúde, que responderam às entrevistas realizadas. Os autores afirmaram que a Estratégia de Saúde da Família é facilitadora e estimuladora de um processo de consolidação e ampliação das redes de cuidado em saúde, especialmente em comunidades vulneráveis socialmente. Os profissionais são capazes interagir de maneira proativa na realidade das famílias e comunidades com as quais estão envolvidas, para o cuidado com a saúde.

Tamanho da Amostra no Brasil: 800

Riscos:

Nenhum

Benefícios:

Espera-se estabelecer o Índice de Vulnerabilidade Juvenil nas sete regiões de Campo Grande (MS) e com a coleta de dados realizada com os jovens identificar quais são as áreas mais vulneráveis e quais fatores estão intimamente ligados a essa relação, prioritariamente no que diz respeito a condição de saúde bucal. Conhecendo essa realidade torna-se possível estabelecer estratégias que possam diminuir a vulnerabilidade existente nessa população e melhorar a condição de saúde bucal.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de relevância social, e a pesquisadora busca de forma ética e digna a saúde integral, através da prevenção, a mesma espera-se estabelecer o Índice de Vulnerabilidade Juvenil nas sete regiões de Campo Grande (MS) e com a coleta de dados realizada com os jovens identificar quais são as áreas mais vulneráveis e quais fatores estão intimamente ligados a essa relação, prioritariamente no que diz respeito a condição de saúde bucal.

Conhecendo essa realidade torna-se possível estabelecer estratégias que possam diminuir a vulnerabilidade existente nessa população e melhorar a condição de saúde bucal.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequado.

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS

Bairro: Caixa Postal 549

CEP: 79.070-110

UF: MS

Município: CAMPO GRANDE

Telefone: (67)3345-7187

Fax: (67)3345-7187

E-mail: bioetica@propp.ufms.br



Continuação do Parecer: 438.248

Recomendações:

1 - Solicito incluir no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido -TCLE , um novo texto:

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Termo de Assentimento.

2 - Pelo fato que a pesquisadora irá pesquisar menor de 18 anos, e conforme a Resolução 466-CNS, necessita o Termo de Assentimento.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Adequado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

1 - Solicito incluir no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido -TCLE , um novo texto:

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Termo de Assentimento.

2 - Pelo fato que a pesquisadora irá pesquisar menor de 18 anos, e conforme a Resolução 466-CNS, necessita o Termo de Assentimento.

CAMPO GRANDE, 28 de Outubro de 2013

Assinador por:
Odair Pimentel Martins
(Coordenador)

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS

Bairro: Caixa Postal 549

CEP: 79.070-110

UF: MS

Município: CAMPO GRANDE

Telefone: (67)3345-7187

Fax: (67)3345-7187

E-mail: bioetica@propp.ufms.br



principal



central de suporte



sair

Tenile Carvalho Coelho - Pesquisador | V2.19

Cadastros

Sua sessão expira em: 39min 27

Você está em: Pesquisador > Gerir Pesquisa > Detalhar Projeto de Pesquisa

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA

Dados do Projeto de Pesquisa

Título da Pesquisa: VULNERABILIDADE JUVENIL E SAÚDE BUCAL

Pesquisador: Tenile Carvalho Coelho

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 22563713.1.0000.0021

Submetido em: 29/09/2013

Instituição Proponente: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

Situação: Aprovado

Localização atual do Projeto: Pesquisador Responsável

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio



Documentos Postados do Projeto

Tipo Documento	Situação	Arquivo	Postagem
Parecer Consubstanciado do CEP	A	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_438248.pdf	28/10/2013 21:21:09
Interface REBEC	A	PB_XML_INTERFACE_REBEC.xml	25/10/2013 17:22:50
Informações Básicas do Projeto	A	PB_INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO_225637.pdf	29/09/2013 16:37:44
Folha de Rosto	A	FolhadeRosto23Setembro2013.pdf	29/09/2013 16:35:37
Projeto Detalhado	A	ProjetoSetembro2013.doc	20/09/2013 16:03:13
Declarações Diversas	A	ParceriaSecEducação.pdf	20/09/2013 16:02:41
Outros	A	TermoDeCompromissoBancoDeDados.pdf	20/09/2013 16:00:42
TCLE - Modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	A	TCLE Te corrigido (1).doc	20/09/2013 15:56:06
Brochura do Pesquisador	A	BrochuraDoPesquisadorFormulárioDezembro2012.doc	20/09/2013 15:55:35

Listar Todos »

Documentos Postados da Notificação

Tipo Documento	Situação	Arquivo	Postagem
Outros	P	FICHA_DE_EXAME_30setembro.docx	28/02/2014 03:53:56

Listar Todos »

Tramitação:

CEP Trâmite	Situação	Data Trâmite	Parecer	Informações
Universidade Federal do Mato Grosso do Sul - UFMS	Submetido para avaliação do CEP	29/09/2013		
Universidade Federal do Mato Grosso do Sul - UFMS	Aceitação do PP	01/10/2013		
Universidade Federal do Mato Grosso do Sul - UFMS	Parecer liberado	28/10/2013		
Universidade Federal do Mato Grosso do Sul - UFMS	Notificação enviada	28/02/2014		Após a fase de coleta de dados, deu-se sequência à... Ver mais>>

Localização atual do Projeto: Pesquisador Responsável

Voltar

Enviar Notificação

