

SAÚDE BUCAL DO ADOLESCENTE: NECESSIDADES ODONTOLÓGICAS LEVANTADAS PELOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Adolescent oral health: odontological needs raised by community health agents

Artigo Original

RESUMO

Objetivo: Apresentar dados epidemiológicos relativos à saúde bucal de adolescentes, obtidos com a utilização do Indicador Comunitário em Saúde Bucal (ICSB) e levantados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em um município do Estado do Ceará, Brasil. **Métodos:** Estudo transversal, realizado em Guaiúba-CE, Brasil, entre julho/2007 e fevereiro/2008. Agentes comunitários de saúde (ACS) utilizaram ICSB para coletar dados. O ICSB averigua capacidade mastigatória (número de dentes); necessidade de tratamento curativo (dentes com cárie e raiz residual); presença de agravos aos tecidos moles; e uso e necessidade de prótese dentária. Este possibilita a priorização do atendimento de pacientes com maiores necessidades, através de uma lista de sinais relacionados a problemas bucais. Foram examinados 743 adolescentes. **Resultados:** Os adolescentes tinham em média $26,14 \pm 3,61$ dentes; 129 (17,4%) sem cárie, 301 (40,5%) possuíam uma ou duas, 223 (30,0%) três ou mais; 110 (14,8%) tinham raiz residual, 121 (25,7%) cálculo, 74 (10,0%) gengiva inflamada, 15 (2,0%) agravos aos tecidos da boca; 49 (6,6%) necessitavam prótese; 694 (93,4%) usavam escova dental; e 281 (51,3%) visitaram o dentista no último ano. Detectou-se associação entre visita ao dentista no último ano e gênero feminino ($p=0,0001$), e entre idade menor de 12 anos e três ou mais cáries ($p=0,023$). **Conclusão:** Os dados levantados demonstram baixos indicadores de saúde bucal nos adolescentes. Identificou-se agravamento do nível de saúde bucal dos menores de 12 anos em relação aos mais velhos, o que demanda política pública voltada para esta realidade. Os dados sugerem que ICSB pode ser utilizado em levantamentos feitos em bases populacionais.

Descritores: Epidemiologia; Saúde Bucal; Saúde do Adolescente; Equidade em saúde; Políticas Públicas.

ABSTRACT

Objective: To present epidemiological data on adolescents oral health, collected by Community Health Agents (CHA) using Community Oral Health Indicator (COHI) in a city of Ceará State, Brazil. **Methods:** Cross-sectional study conducted in Guaiúba-CE from July, 2007 to February, 2008. Community health agents collected data using the COHI. The COHI evaluates the masticatory capacity (number of teeth); the need of restorative care (dental cavities and residual roots); presence of soft tissue injury; use and need of dental prosthesis. It allows giving priority care to the patients with greater needs by means of a list of signs related to oral health problems. A total of 743 adolescents were examined. **Results:** adolescents had 26.14 ± 3.61 teeth on average; 129 (17.4%) did not present cavities, 301 (40.5%) had one or two, 223 (30.0%), had three or more; 110 (14.8%) presented residual root, 121 (25.7%) tartar, 74 (10.0%) sore gums, 15 (2.0%) oral tissues injuries; 49 (6.6%) required prosthesis; 694 (93.4%) used toothbrush; and 281 (51.3%) had visited the dentist last year. It was detected an association between visit to the dentist in the last year and gender ($p = 0,0001$), and between age below 12 and having three or more cavities ($p = 0.023$). **Conclusion:** Collected data demonstrated low oral health indicators among teenagers. It was noted that those aged under 12 present oral health indicators worse than the older ones, which demands public policies concerning such reality. Data suggests that COHI is suitable for epidemiological surveys.

Descriptors: Epidemiology; Oral Health; Adolescent Health; Equity in Health; Public Policies.

Carlos Roberto Silveira Correa⁽¹⁾
Maria Vieira de Lima
Saintrain^(1,2)
Anyá Pimentel Gomes Fernandes
Vieira^(2,3)

- 1) Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP – Campinas(SP) - Brasil
- 2) Universidade de Fortaleza - UNIFOR - Fortaleza (CE) - Brasil
- 3) Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ - Fortaleza (CE) - Brasil

Recebido em: 19/08/2011
Revisado em: 22/11/2011
Aceito em: 28/11/2011

INTRODUÇÃO

No Brasil, há aproximadamente 50 milhões de adolescentes, o que significa 18,5% da população brasileira. Considerando esse contingente populacional, a relevância e a transcendência de ações que visam o desenvolvimento de suas potencialidades, percebe-se a importância da implantação de políticas públicas para os adolescentes⁽¹⁾. Essas políticas devem considerar as particularidades desses indivíduos, o que inclui conhecer suas necessidades e o território em que vivem. Entretanto, organizar a atenção integral à saúde do adolescente é um desafio para os programas de saúde e para a sociedade.

Na adolescência, são estabelecidos as atitudes, valores e comportamentos em relação à saúde, momento em que ocorre aumento do risco de doenças bucais, em que a higiene oral constitui prática complexa⁽²⁾. Portanto, este ciclo de vida se apresenta como um período de risco para a saúde bucal⁽³⁾. É com esta visão que a saúde bucal tem sido referenciada como uma parte essencial da saúde, sendo esta, na adolescência, um bom indicador da saúde geral do indivíduo⁽⁴⁾.

Considerou-se “aceitável”, para o ano 2000, um CPO-D (média de dentes cariados, perdidos e obturados) de até três dentes atacados por cárie por pessoa na idade de 12 anos, e, nesta mesma época, ficou sugerida a meta de CPO-D igual a um, concernente ao ano de 2010⁽⁵⁾.

Os dados finais do levantamento epidemiológico em saúde bucal, SBBrasil - 2003, revelaram que, na dentição permanente, cerca de 90% dos pesquisados, na faixa etária de 15 a 19 anos, apresentavam ao menos um dente com experiência de cárie⁽⁶⁾. Os achados do SBBrasil de 2010⁽⁷⁾ mostraram alguns avanços, como redução de CPO-D aos 12 anos, de 2,8 (2003) para 2,1 (2010), e prevalência de cárie em 69% (2003) para 56% (2010) dos jovens para esta mesma faixa etária. Entretanto, estes valores ainda são preocupantes, haja vista estarem pelo menos duas vezes acima do preconizado pela OMS para os 12 anos, em 2010. Os valores também são inquietantes para os jovens entre 15 e 19 anos, que apresentam CPO-D médio de 4,2, ou seja, duas vezes maior que o CPO-D dos jovens aos 12 anos.

Recomenda-se, para subsidiar o planejamento das ações de saúde, o reconhecimento da realidade populacional, por meio de levantamentos epidemiológicos e das necessidades imediatas, assim como de avaliação dos riscos. Esse processo deve também ser acompanhado por um sistema de informações que disponibilize os dados para todos os envolvidos naquele planejamento⁽⁸⁾. Até o presente momento, entretanto, apesar da existência de instrumentos para uso específico do cirurgião-dentista, tais como ceo-d⁽⁹⁾, CPO-D⁽¹⁰⁾, CPO-S⁽¹¹⁾, Gengival Index⁽¹²⁾, Índice Periodontal comunitário⁽¹³⁾ e Perda de inserção⁽¹³⁾, há dificuldade da

utilização destes de forma contínua e sistemática em bases populacionais, devido ao custo elevado e à necessidade de haver um cirurgião-dentista para aplicá-lo.

Com o intuito de vencer essas dificuldades é que foi criado o Indicador Comunitário em Saúde Bucal (ICSB)⁽¹⁴⁾. Esse Indicador pode ser aplicado por diferentes profissionais de saúde, entre eles os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que, após treinamento adequado, faz o levantamento dos problemas odontológicos, que podem ser identificados por meio desse indicador, nos moradores de seus respectivos territórios. Esse indicador está de acordo com as recomendações, que orientam a utilização de tecnologias acessíveis nas equipes de saúde para trabalhadores de saúde comunitários⁽¹⁵⁾. Desta forma, o objetivo desta pesquisa consiste em apresentar dados epidemiológicos relativos à saúde bucal de adolescentes obtidos com a utilização do ICSB e levantados pelos ACS em um município do Estado do Ceará – Brasil.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal no qual foi envolvido o ACS da Estratégia Saúde da Família – ESF, para levantar dados epidemiológicos relativos à saúde bucal da população residente do Município de Guaiúba – Ceará, Brasil. Guaiúba dista 26,1km da cidade de Fortaleza, capital do estado do Ceará, possui área geográfica de 254km², e 24.091 habitantes⁽¹⁶⁾. De acordo com os Indicadores e Dados Básicos para a Saúde de 2007⁽¹⁷⁾ da Secretaria de Saúde do Estado, a população de jovens entre 10 e 19 anos no município era de 5.021.

Para estudar uma amostra representativa da população da zona urbana do município de Guaiúba, utilizou-se erro amostral de 5%, com nível de confiança de 99%, e um erro tipo II de 20%, o que determinou um número de 587 adolescentes. Estimou-se que esse número seria atingido se os ACS avaliassem um décimo de todos os domicílios da zona urbana desse município. Os ACS visitaram, sistematicamente, uma a cada dez casas de suas áreas de cobertura, e nessas avaliaram todos os adolescentes. Caso a residência estivesse fechada ou não existissem adolescentes nesta, ou ainda se estes e/ou seus responsáveis se negassem a participar do estudo, a casa seguinte era visitada. O município de Guaiúba possui cobertura de 100% pela ESF, tendo sido a avaliação realizada em toda a sua área. Assim, a unidade de estudo foi o adolescente e a unidade amostral os domicílios.

O estudo foi realizado no período de julho de 2007 a fevereiro de 2008 e utilizou como instrumento o ICSB para o levantamento dos dados. Por meio do ICSB se averigua a capacidade mastigatória mediante a contagem do número de dentes; a necessidade de tratamento curativo

pela quantidade de dentes com cárie e raiz residual visíveis; a presença de agravos aos tecidos moles (bolhas, lesões e/ou feridas, manchas vermelhas, esbranquiçadas, outros agravos com detalhamento de aparência e localização); e o uso e necessidade de prótese dentária (com detalhamento de tipo e local). Adicionalmente, ele possui uma lista de sinais relacionados a problemas periodontais, de tecidos moles e de cárie dental. Esta lista possui sete itens (1 – sem cárie dental; 2 – presença de tártaro; 3 – inflamação gengival; 4 – uma ou duas cáries dentais; 5 – três ou mais cáries dentais; 6 – raiz residual; e 7 – agravo nos tecidos moles – que possibilitam a priorização do atendimento de pacientes com maiores necessidades, onde aqueles que estão no nível 1 possuem baixa prioridade e os que estão no nível 7, a mais alta prioridade). Desta forma, este indicador, além de ter a capacidade de medir a condição de saúde no contexto individual, facilita o trabalho da equipe de saúde bucal, contribuindo na organização da atenção odontológica em uma localidade. Também permite, sem desconsiderar as ações de cunho coletivo, o encaminhamento de forma prioritária dos indivíduos com maior necessidade de tratamento. Ao final do instrumento, algumas perguntas relacionadas ao acesso e utilização do serviço (e.g., visitou o dentista no último ano?; e motivo da consulta), assim como acesso a bens de consumo relacionados à higiene bucal (e.g., possui escova de dente? utiliza pasta de dente fluoretada?) são realizadas. Além destas variáveis, coletaram-se informações relacionadas à idade em anos e gênero.

É importante enfatizar que o ACS não faz diagnóstico, e sim examina o paciente, indicando os sinais observados para encaminhamento devido à ESB. Faz a contagem do número de dentes e raiz residual, marca um X para dentes com cavidade e para agravos aos tecidos moles. Deve ser observada a ordem de severidade de 1 a 7, de modo que, quanto maior a classificação, maior a prioridade, não excluindo a atenção para o restante da população com menor risco⁽¹⁴⁾.

Os ACSs receberam treinamento pela autora (MVLS) para utilizar este instrumento. Para tanto, realizou-se uma oficina, de 40 horas, da qual participaram os 27 agentes comunitários de saúde e oito cirurgiões-dentistas. Inicialmente o ICSB foi apresentado e discutido, detalhando seu uso e forma de preenchimento. Em uma segunda etapa, os profissionais foram treinados a reconhecer os problemas epidemiológicos prevalentes na cavidade bucal. Com a ajuda de um *datashow*, fotos com diferentes problemas serviram para o reconhecimento de dentes saudáveis e com cavidades (relacionadas à cárie dental), uso e necessidade de prótese e agravos aos tecidos moles, incluindo àqueles relacionados a próteses mal adaptadas, candidíase e

problemas periodontais. O terceiro momento consistiu no treinamento dos profissionais na comunidade, onde eles tiveram a oportunidade de trabalhar conjuntamente na avaliação da cavidade bucal de pacientes, discutindo os achados conflitantes, até que um consenso fosse alcançado. O quarto e último momento do treinamento consistiu na utilização do teste *kappa* para averiguar o nível de concordância entre a co-autora (MVLS), os dentistas e ACS em relação ao ICSB. Esta etapa foi repetida até que todos os profissionais chegassem a um valor de concordância (*kappa*) maior que 0,8 com o padrão-ouro (co-autora MVLS) e os outros profissionais.

Realizou-se a pesquisa, assim como o treinamento dos ACS, utilizando abaixador de língua e luz natural.

As variáveis estudadas corresponderam àquelas que fazem parte do ICSB⁽¹⁴⁾; a análise descritiva, através da média e do desvio-padrão das variáveis contínuas, bem como a porcentagem, quando existiam variáveis discretas. Utilizando-se do teste do qui-quadrado com nível de significância de 5%, realizou-se o estudo das associações. Categorizou-se a variável idade acima e abaixo de 12 anos, cujos dados foram digitados e organizados no programa estatístico SPSS 15.0.

Sem conflito de interesse, o estudo teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa – COÉTICA, da Universidade de Fortaleza, Parecer nº 001/2007. Após conhecerem os objetivos e procedimentos da pesquisa, os participantes ou seus responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O estudo incorporou os referenciais básicos da Bioética, configurados nos pressupostos da autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, preconizados pela Resolução nº 196/96-CNS-MS/Brasil para investigação com seres humanos.

RESULTADOS

A população estudada constituiu-se de 743 adolescentes de todos os distritos do Município de Guaiúba, que foram examinados pelo ACS, utilizando o ICSB. O número de adolescentes avaliados foi maior do que o número estipulado pelo cálculo amostral ($n=587$), isso deveu-se ao fato dos ACS terem coletado informações em um maior número de residência, do que previamente estabelecido. Entendendo que este aumento no número de examinados aumenta a representatividade dos achados, optou-se por utilizar o número total de adolescentes examinados.

Dentre os jovens avaliados, 433 (58,3%) pertenciam ao sexo feminino. Relativo ao número de dentes, para o total de adolescentes, obteve-se a média de $26,14 \pm 3,61$. Na Tabela I, focaliza-se o número de dentes dos adolescentes, por idade.

Tabela I - Estatística descritiva referente ao número de dentes dos indivíduos, por idade. Guaiúba - CE, 2009.

Idade	Estatística						
	n	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	IC 95%	
						lim. Inferior	lim. Superior
10	89	23,01	4,201	02	29	22,13	23,90
11	87	24,30	3,014	11	29	23,66	24,95
12	111	25,77	3,670	05	30	25,08	26,46
13	95	26,63	4,166	-	30	25,77	27,48
14	86	26,85	2,699	08	29	26,27	27,43
15	75	27,52	1,474	23	30	27,18	27,86
16	54	26,91	2,542	16	30	26,21	27,60
17	48	27,00	3,377	09	32	26,02	27,98
18	45	27,80	2,180	20	32	27,14	28,46
19	53	27,77	4,547	-	32	26,52	29,03

Fonte: dados primários.

No que concerne à atividade de cárie, apenas 129 (17,4%) dos adolescentes não apresentavam cárie visível, sendo que 301 (40,5%) possuíam uma ou duas cáries; 223 (30,0%), três ou mais; e 110 (14,8%) tinham raiz residual (neste caso, uma pessoa podia apresentar uma ou mais raízes residuais, cuja quantidade variou de um a 14).

Tabela II - Distribuição da frequência relativa e absoluta dos adolescentes avaliados, segundo as variáveis do Indicador Comunitário em Saúde Bucal. Guaiúba - CE, 2009.

Variável	n	%
Número de dentes		
0	02	0,3
1 a 9	5	0,7
10 a 19	15	2,0
20 a 26	282	37,9
27 a 32	439	59,1
Sem cárie visível	129	17,4
Presença de cálculo	121	25,7
Gengiva inflamada	74	10,0
Uma ou duas cáries visíveis	302	40,6
Três ou mais cáries visíveis	223	30,0
Raiz residual	110	14,8
Agravos aos tecidos moles	15	2,0
Necessita prótese	49	6,6
Possui prótese	03	0,4
Possui escova de dente	694	93,4
Utiliza dentífrico*	668	89,9
Visita ao dentista no último ano	381	51,3
Motivo de emergência	64	8,6

Fonte: dados primários. *: pasta de dente

Dentre as variáveis do estudo, 121 adolescentes (25,7%) apresentavam cálculo (tártaro), 74 (10,0%) gengiva inflamada, 15 (2,0%) agravos nos tecidos moles da boca, 49 (6,6%) necessitavam de algum tipo de prótese dentária e três a possuíam. No que concerne à escova dental, 694 (93,4%) faziam uso dela e apenas 668 (89,9%) usavam pasta dental, 381 (51,3%) fizeram visita ao dentista, sendo 8,6% por motivo emergencial.

A Tabela II mostra a condição de saúde bucal da população de adolescentes do Município de Guaiúba, levantada pelos ACS (Tabela 2).

Detectou-se associação estatística entre gênero e visita ao dentista no último ano ($p < 0,0001$), tendo as mulheres apresentado maior significância.

Tabela III - Distribuição de frequência da condição de saúde bucal dos adolescentes, segundo a faixa etária. Guaiúba - CE, 2009.

Variável	10 a 12 anos		13 a 19 anos		Valor de p
	n	%	n	%	
Cárie visível	247	86,1	367	80,5	0,050*
Presença de cálculo	68	23,7	123	27,0	0,319
Gengiva inflamada	30	10,5	44	9,6	0,710
Uma ou duas cáries visíveis	109	38,1	193	42,3	0,256
Três ou mais cáries visíveis	100	34,8	123	27,0	0,023*
Raiz residual	44	15,3	66	14,8	0,748

Fonte: dados primários.

Considerando variáveis por faixa etária (10 a 12 anos e 13 a 19 anos), observou-se associação estatística entre as idades e o fato de ter cárie visível e três ou mais cáries.

Na Tabela III, visualiza-se a distribuição de frequência da condição de saúde bucal dos adolescentes, segundo a faixa etária (Tabela III).

DISCUSSÃO

Este estudo apresenta a primeira utilização do ICSB, pelos ACS, em uma pesquisa de base populacional. O ICSB foi criado para ser um instrumento que permita aos diferentes profissionais de saúde, entre eles os ACS, realizar levantamentos das condições de saúde bucal em grupos populacionais. Neste estudo, antes da aplicação do instrumento, realizou-se calibragem dos profissionais com um cirurgião-dentista, cuja calibragem foi avaliada por meio do teste *Kappa*. O valor encontrado, de 0,8, aponta que os observadores alcançaram uma boa concordância nas suas avaliações.

O programa de agentes comunitários de saúde (PACS) teve início em 1991, pelo Ministério da Saúde, como estratégia de reorganização da atenção à saúde, e medida de enfrentamento aos graves índices de morbi-mortalidade materna e infantil^(18,19). Ao percorrer as casas para cadastrar as famílias e identificar os seus problemas de saúde, os ACS contribuem para que os serviços possam oferecer uma assistência mais voltada para a família, de acordo com a realidade de cada comunidade^(19,20). Os problemas odontológicos, e as suas soluções, fazem parte dessa realidade.

A execução de políticas públicas que culminem na redução das iniquidades em saúde bucal requer planejamento de ações simplificadas, de alcance universal e com participação dos atores sociais envolvidos, sendo necessário o aporte de tecnologias apropriadas, utilizadas para aprimorar processos de trabalho e gestão, denominados tecnologias de processo⁽²¹⁾. Assim, foi elaborado o instrumento aplicativo denominado Indicador Comunitário em Saúde Bucal – ICSB⁽¹⁴⁾. A vantagem deste índice frente aos demais, já validados na literatura e utilizados em pesquisas científicas, é a utilização de ACS, no lugar de cirurgiões-dentistas, para sua execução. Na atividade diária dos ACS, se encontra a visita domiciliar, que tem como objetivo avaliar a saúde da população e a necessidade desta de cuidados de saúde. Desta forma, a utilização do ACS para a realização do exame oral simplificado é viável e possui vantagens. Pode-se citar, como exemplo, a facilidade da realização do exame pela maior proximidade e identificação deste com a população, assim como a economia de recursos, por utilizar mão de obra menos onerosa que a do cirurgião-dentista. Adicionalmente, há

maior agilidade na realização dos exames, pelo fato dos ACSs já trabalharem nas áreas adscritas à unidade básica de saúde. Todos estes fatores possibilitam maior cobertura de exame e melhor planejamento das ações.

A utilização do ICSB pelo ACS possibilita a liberação do cirurgião-dentista para realizar ações que só ele pode desempenhar (*e.g.*, trabalho curativo), ou que são melhor desenvolvidas com a presença deste (*e.g.*, planejamento de ações preventivas e coletivas no campo da saúde bucal). Adicionalmente, a utilização do ICSB pelo ACS colabora para a desmistificação do saber odontológico dado à prática de co-responsabilidade entre a equipe de saúde e o processo de produção da saúde. Esta nova forma de produzir contribui para o desenvolvimento de práticas profissionais baseadas no respeito à identidade do usuário, conhecimento do contexto familiar e laboral, disponibilizando tempo necessário à escuta da queixa e ao atendimento, e providências pertinentes, criando suportes para a atenção integral à saúde e às necessidades dos diferentes grupos populacionais, como preconiza a Política Nacional de Saúde Bucal⁽²²⁾.

Entende-se que o principal objetivo do ICSB é averiguar as necessidades da população, e, com esta informação, auxiliar no planejamento e organização do serviço. Este índice não tem a pretensão de diagnosticar enfermidades, algo que só pode ser realizado pelo cirurgião-dentista, mas, sim, identificar sinais que são compatíveis com enfermidades bucais (*e.g.*, cárie, doença periodontal etc.). Entretanto, a comparação desses dados com resultados de outros estudos, realizados em diferentes localidades, em outros momentos e com metodologia diferente, deve ser feita com cautela. Contudo, entende-se ser importante correlacionar os valores encontrados no presente estudo com os da literatura, para melhor compreensão da problemática enfrentada por esta população.

Assim, no atual estudo, apenas 17,4% dos adolescentes aparentavam estar livres de cárie, muito aquém do percentual de 23,31% detectados no estado do Ceará⁽²³⁾ e de 34,2% encontrados em uma pesquisa que sintetizou dados secundários oriundos do levantamento epidemiológico nacional em saúde bucal, referente à faixa etária de 15 a 19 anos⁽²⁴⁾.

Os achados da presente investigação assinalam sinais da presença de cálculo em 25,7% dos adolescentes, o que situa em posição intermediária daqueles do estado do Ceará (15,53%) e os dados nacionais (33,40%). Sobre o percentual referente à condição periodontal, a gengiva inflamada atinge 10,0% dos adolescentes de Guaiúba, sendo menor que os 18,77% de sangramento gengival encontrado no conjunto dos adolescentes brasileiros e 19,18% no Ceará^(6,23). O cálculo e a gengiva inflamada relacionam-se à má higiene bucal, e suas ocorrências apontam a necessidade

de programas específicos para prevenção destes agravos. Os achados diferem dos encontrados em estudo, que concluiu ser alta a prevalência das doenças gengivais em escolares, estando diretamente associada à higiene oral deficiente⁽²⁵⁾.

O item relativo ao número de cáries visíveis da pesquisa em tela, entre uma ou duas cavidades de cárie (40,5%) e três ou mais (30,0%), assemelham-se aos de outro estudo, que apresenta o percentual de 34,9% de adolescentes com uma a três e 30,9% com mais de quatro cavitações de cárie⁽²⁴⁾. Os achados demonstram o não acesso ao serviço por parte da comunidade, bem como a necessidade de ações de Educação em Saúde, são necessários ao *empowerment*.

Dados de 2004 apontam a média de dentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D) no Município de Guaiúba, de 4,09, aos 12 anos. No estado do Ceará, esse valor foi de 3,07⁽²³⁾; e no Brasil, de 2,78. Os achados do presente estudo corroboram com estes valores, assim como com os do SBBrazil⁽⁶⁾, demonstrando que 90 (81,1%) dos adolescentes, aos 12 anos de idade, tinham tido experiência de cárie.

A associação entre faixa etária menor de 12 anos e a presença de cárie não apresentou significância ($p=0,050$). Este valor permite especular a respeito de uma associação possível, provavelmente relacionada, entre outros fatores, às mudanças de hábitos alimentares dessa população, o que é consistente com a associação entre faixa etária menor de 12 anos e a presença de três ou mais cavidades de cárie, com $p = 0,023$ encontrada no presente estudo.

Outras variantes mencionadas em estudo brasileiro dizem respeito ao fato de que os adolescentes moradores de áreas rurais, por serem negros ou pardos e não serem estudantes, apresentam maior experiência de cárie⁽²⁶⁾. Essas variáveis não foram estudadas na presente pesquisa, mas as referências a elas trazem consistência à associação da doença cárie com características da população estudada^(26,27).

Em relação à Educação em Saúde, as raízes residuais, cujo percentual encontrado no presente estudo foi de 14,8%, não são objeto de estudo frequentemente abordado nos estudos epidemiológicos. A prevalência encontrada neste ensaio, considerada relevante, aponta para a falta de ações preventivas e curativas na população estudada. Cabe reforçar a noção de que a presença de raízes residuais favorece ao acúmulo de resíduos e dificultam a boa higiene, assim como aumentam os riscos de infecções, comprometendo a qualidade da saúde bucal.

No referente aos agravos aos tecidos moles, o percentual detectado na atual investigação pode ser considerado reduzido, e mesmo essa pequena percentagem admite-se ser significativa, ao se considerar que alguma dessas lesões bucais ocasiona reabsorção óssea⁽²⁸⁾.

Quanto ao uso e necessidade de prótese dentária, três dos adolescentes do presente estudo já fazem uso delas e

49 (6,6%) necessitam de pelo menos um tipo, seja total ou parcial e superior e/ou inferior. Estes achados diferem dos dados nacionais, em que 12,9% dos adolescentes, de 15 a 19 anos, necessitam de algum tipo de prótese superior; e 31,9% de inferior⁽⁶⁾. Ao se somar, no entanto, esse percentual de necessidade de prótese dentária ao de raízes residuais, que foi de 14,6% encontrado em Guaiúba, chegar-se-á a um nível próximo do observado nacionalmente.

O percentual de adolescentes que mencionou possuir escova de dentes e pasta dental na atual pesquisa difere daquele do estudo que encontrou 100% que dizia possuir escova e pasta de dentes⁽²⁾. Os hábitos bucais dos adolescentes são importantes para auxiliar na formulação de estratégias mais efetivas de Educação em Saúde. Importante é focalizar a ideia de que, nas metas para a saúde bucal, estão ações de Promoção de Saúde, constando como política determinante o acesso à posse e uso dos instrumentos de higiene e estímulo à manutenção da saúde⁽⁸⁾.

No que diz respeito à associação estatística entre sexo e possuir escova dental e utilizar pasta de dente, no campo de cuidados com a saúde bucal, dados semelhantes foram enfatizados por pesquisadores que associaram a boa prática de higiene bucal na adolescência com o gênero feminino, mostrando que este gênero (feminino) obteve frequência de escovação mais elevada do que o masculino^(2,29).

Na população do presente estudo, a busca por tratamento odontológico no último ano, na ordem de 51,3%, é semelhante aos resultados do Ceará (51,7%) para os adolescentes entre 15 e 19 anos, e próximo ao do País, dos quais 48,6% haviam visitado o cirurgião-dentista^(6,23). Diferenças regionais, contudo, na utilização de serviços odontológicos, indicam que, enquanto nas regiões Sul e Sudeste 5,8% e 10,1% dos adolescentes, respectivamente, nunca foram ao cirurgião-dentista, nas regiões Norte e Nordeste esta taxa chega a 16,6% e 21,8%, respectivamente⁽²⁶⁾, sugerindo mais uma vez a dificuldade de acesso aos serviços e às ações em saúde bucal.

Dos adolescentes que fizeram visita ao cirurgião-dentista, a maioria destes (74,3%) buscou tratamento de rotina na pesquisa atual. Estes dados significam que, apesar de a programação do serviço odontológico ainda se configurar por demanda espontânea, o tratamento de rotina, nesta população, apresentou-se acentuado, embora ainda possa ser melhorado. Os demais (25,7%) procuraram atendimento para alívio da dor, de natureza emergencial, informação corroborada por outro estudo, ao referir a prevalência na demanda por adolescentes brasileiros ao serviço odontológico de 35,6% para a dor de dentes e gengivas, fazendo menção a que as mulheres foram as mais acometidas⁽²⁴⁾.

Quanto aos problemas odontológicos detectados nos adolescentes de Guaiúba, atina-se para a precária saúde bucal desta população, fato que expressa a insuficiência de

políticas públicas relativas às ações em saúde bucal. Esta realidade constituiu um dos motivos pelo qual o Município aderiu ao projeto de treinamento dos ACS para utilização do ICSB. Torna-se importante priorizar levantamentos epidemiológicos para o conhecimento da distribuição da cárie em adolescentes, identificando grupos de risco nesta faixa etária, bem como a necessidade de tratamento, o que pode auxiliar na priorização de uso dos recursos⁽³⁰⁾. Investir em projetos que promovam melhoria em saúde bucal é fundamental para a melhoria de indicadores de saúde, como preconizado pelo programa Brasil Sorridente⁽⁸⁾.

CONCLUSÃO

Os dados levantados demonstram baixos indicadores de saúde bucal nos adolescentes, encontrando mais de 80% com cárie visível. Um percentual de 14,8% dos adolescentes apresentou raiz residual, 25,7% cálculo, 10,0% gengiva inflamada, 2,0% agravos nos tecidos moles da boca, e 6,6% com necessidade de prótese dentária. Dos entrevistados, 51,3% visitaram o dentista, sendo que 8,6% por motivo emergencial. Observou-se também que a condição de saúde bucal dos menores de 12 anos apresentou-se mais grave em relação aos adolescentes mais velhos, o que demanda política pública voltada para esta realidade. Os dados sugerem que ICSB pode ser utilizado em levantamentos feitos em bases populacionais.

AGRADECIMENTOS

Ao Programa Nacional de Cooperação Acadêmica – Novas Fronteiras, pela concessão de incentivo – Projeto PROCAD NF: 694/2009.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, fomento do Processo N° 409392/2006-5, relativo ao Projeto de Validação do protocolo de treinamento para agentes comunitários de saúde na utilização do Indicador Comunitário em Saúde Bucal.

REFERÊNCIAS

1. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Saúde em Casa. O Plano de Ação da Conferência Mundial de População. Atenção à saúde do adolescente. Belo Horizonte; 2006.
2. Freire MCM, Sheiham A, Bino YA. Hábitos de higiene bucal e fatores sociodemográficos em adolescentes. *Rev Bras Epidemiol.* 2007; 10(4):606-14.
3. Garbin CAS, Garbin AJI, Moimaz SAS, Gonçalves PE. A saúde na percepção do adolescente. *Physis.* 2009; 19(1):227-38.
4. Washington State Department of Health Adolescent Needs Assessment. Oral health [acesso em 2010 Jun 15]. p. 1-4. Disponível em: www.doh.wa.gov
5. Federation Dentaire Internationale. Global goals for oral health in the year. 2000. *Int Dent J.* 1982; 32(1):74-7.
6. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2003. Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília; 2004.
7. Ministério da Saúde (BR). SBBrazil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal [acesso em 2010 Jan 15]. Disponível em: www.saude.gov.br
8. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Normas e Manuais Técnicos, n. 17, série A).
9. Gruebbel AO. A measurement of dental caries prevalence and treatment services for deciduous teeth. *J Dent Res.* 1944; 23:163-8.
10. Klein H, Palmer CE. Dental caries in American indian children. *Publ Hlth Bull.* 1937; 239.
11. Klein H, Palmer CE, Knutson JW. Studies on dental caries. I. Dental status and dental needs of elementary school children. *Publ Hlth Rep.* 1938; 53:751-65.
12. Loe H, Silness J. Periodontal disease in pregnancy. I. Prevalence and severity. *Acta Odontologica Scand.* 1963; 21:533-51.
13. OMS. Levantamentos Básicos em saúde Bucal. 4ª ed. Editora Santos; 1999.
14. Saintrain MVL. Proposta de um indicador comunitário em saúde bucal. *Rev Bras Promoç Saúde.* 2007; 20(3):199-204.
15. Chan M. Cuidados de saúde primários: agora mais que nunca. Organização Mundial de Saúde; 2008. (Relatório Mundial de Saúde).
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística -IBGE. Estimativas da população para 1º de julho de 2008 [acesso em 2011 Mar 11]. Disponível em: www.ibge.com.br
17. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (BR). IDB Ceará: indicadores de dados básicos para a saúde do Ceará. Fortaleza: SESA; 2007. v. 5.
18. Holanda ALF, Barbosa AAA, Brito EWG. Reflexões acerca da atuação do agente comunitário de saúde nas

- ações de saúde bucal. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009; 14(1):1507-12.
19. Ministério da Saúde (BR). Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
20. Ministério da Saúde (BR). Cadernos da Atenção: Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
21. Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia – IBICT, Rede Nacional de Transferência e de Fusão de Tecnologias Apropriadas. Programa de Apoio às tecnologias apropriadas.[acesso em 2004 Out]. Disponível em: <http://www.ibict.br>.
22. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília; Ministério da Saúde; 2004.
23. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (BR). Levantamento epidemiológico em Saúde Bucal no Estado do Ceará – SB Ceará: Resultados finais. Fortaleza: Secretaria da Saúde; 2004.
24. Borges CM, Cascaes AM, Fischer TK, Boing AF, Peres MA, Peres KG. Dor nos dentes e gengivas e fatores associados em adolescentes brasileiros: análise do inquérito nacional de saúde bucal SB-Brasil 2002-2003. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(8):1825-34.
25. Chambrone L, Macedo SB, Ramalho FC, Trevizani Filho E, Chambrone LA. Prevalência e severidade de gengivite em escolares de 7 a 14: condições locais associadas ao sangramento à sondagem. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010; 15(2):337-43.
26. Frias AC, Antunes JLF, Junqueira SR, Narvai PC. Determinantes individuais e contextuais da prevalência de cárie dentária não tratada no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2007; 4(22):279–85.
27. 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.
28. Souza DM, Kantorski KZ, Rocha RF, Leite HF. Expansão e disseminação das lesões pelos tecidos bucais. *Rev Biociên*. 2004; 10(4):215-21.
29. 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.
30. Gushi LL, Soares MC, Forni TIB, Vieira V, Wada RS, Sousa MLR. Cárie dentária em adolescentes de 15 a 19 anos de idade no Estado de São Paulo, Brasil, 2002. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(5):1383-91.

Endereço primeiro autor:

Carlos Roberto Silveira Correa
Faculdade de Ciência Médicas
Rua Tessália Vieira de Camargo s/n
Bairro: Cidade Universitária
Caixa-Postal: 6111
CEP: 13087-970 - Campinas - SP - Brasil
E-mail: ccorrea@fcm.unicamp.br

Endereço para Correspondência:

Maria Vieira de Lima Saintrain
Rua Irmã Simas, 100/201 – bloco A
Bairro: Varjota
CEP: 60165-220 - Fortaleza - CE - Brasil
E-mail: mvlsaintrain@yahoo.com.br