

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

FERNANDA WISNIEWSKI

PERDAS DENTÁRIAS DOS ADOLESCENTES RESIDENTES EM UMA REGIÃO DE
EXTREMA POBREZA

Porto Alegre
2016

FERNANDA WISNIEWSKI

PERDAS DENTÁRIAS DOS ADOLESCENTES RESIDENTES EM UMA REGIÃO DE
EXTREMA POBREZA

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Graduação em
Odontologia da Faculdade de Odontologia
da Universidade Federal do Rio Grande do
Sul, como requisito parcial para obtenção
do título de Cirurgião-Dentista.

Orientadora: Márcia Cançado Figueiredo

Porto Alegre
2016

CIP - Catalogação na Publicação

Wisniewski, Fernanda

PERDAS DENTÁRIAS DOS ADOLESCENTES RESIDENTES EM
UMA REGIÃO DE EXTREMA POBREZA / Fernanda

Wisniewski. -- 2016.

21 f.

Orientadora: Márcia Cançado Figueiredo .

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade
de Odontologia, Curso de Odontologia, Porto Alegre,
BR-RS, 2016.

1. Adolescentes. 2. Saúde bucal . 3. Extração
dentária. I. Figueiredo , Márcia Cançado , orient.
II. Título.

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente aos meus pais, Luiz e Gorete, que me incentivaram a estudar desde criança e sempre estiveram ao meu lado, sem eles este trabalho e muitos dos meus sonhos não se realizariam.

As minhas amigas e meu namorado muito obrigada, pelas palavras, apoio, paciência, amizade e companheirismo.

Agradeço à minha querida orientadora, Márcia Cançado Figueiredo, pelo suporte e incentivo que tem me dado desde o início da faculdade e pela contribuição na minha formação.

Agradeço a cirurgiã-dentista, Dilene Dumke, da Secretaria Municipal de Saúde do município de Viamão, pelo apoio e informações cedidas.

RESUMO

WISNIEWSKI, Fernanda. **Perdas dentárias dos adolescentes residentes em uma região de extrema pobreza**. 2016. 21 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação de Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

A adolescência é a fase da vida em que ocorre a consolidação dos hábitos futuros de higiene, porém também é um período de múltiplas descobertas e mudanças na vida do ser humano. Devido a tantos sentimentos novos, muitas vezes, o adolescente acaba deixando sua saúde em segundo plano. Desta forma há uma probabilidade maior de ocorrência de doenças bucais que muitas vezes atingem de maneira precoce esta população e, o tratamento quando realizado em estágio tardio leva as perdas dentárias. Assim, objetivou-se avaliar as perdas dentárias de adolescentes, que viviam em uma região de extrema pobreza, e a possível associação com fatores sociais e socioeconômicos. Trata-se de um estudo quantitativo exploratório de corte transversal e analítico. Foram analisados dados de 205 adolescentes residentes no bairro Augusta Meneghini localizado na cidade de Viamão, RS. A média de perda dentária foi de um dente por adolescente e não houve diferença significativa entre os gêneros. Os adolescentes que apresentaram faixa de renda de até 1 salário mínimo apresentaram um valor médio descritivamente maior de perda que as demais faixas, embora esta diferença não tenha sido significativa. Também não se encontrou diferença significativa do número médio de perdas dentárias em relação ao consumo de açúcar. Através deste levantamento foi possível identificar um perfil carente de saúde bucal e de nível sócio econômico dos adolescentes: baixa remuneração e escolaridade, apresentando altos índices de placa visível, sangramento gengival, cárie e perdas dentárias.

Palavras-chave: Adolescentes. Saúde bucal. Extração dentária.

ABSTRACT

WISNIEWSKI, Fernanda. **Tooth loss of adolescents living in a region of extreme poverty.** 2016. 21 p. Final Paper (Graduation in Dentistry) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

Adolescence is a stage of life that is the consolidation of future habits of hygiene, but it is also a period of multiple discoveries and changes in human life. Because of so many new feelings, often the adolescent ends up leaving his background in health. Thus there is a greater likelihood of oral diseases that often affect this population at an early stage and when the treatment takes place in the late stage of dental losses. The objective was to evaluate tooth loss in adolescents, living in a region of extreme poverty, and the possible association with social and socioeconomic factors. This is an exploratory quantitative study of cross-sectional and analytical. 205 adolescents living data were analyzed in Augusta Meneghini neighborhood located in Viamão, RS. The mean tooth loss was a tooth for a teenager and there was no significant difference between genders. Adolescents who showed up to 1 minimum wage range had a higher descriptively average loss than other groups, although this difference was not significant. Also there was no significant difference in the average number of tooth loss in relation to the consumption of sugar. Through this survey was to identify a poor profile of oral health and socioeconomic level adolescents: low pay and education, with high levels of visible plaque, bleeding gums, tooth decay and tooth loss.

Keywords: Teens. oral health. Dental extraction.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	6
2	OBJETIVOS.....	7
3	ARTIGO	8
4	CONCLUSÃO.....	20
	REFERÊNCIAS.....	21

1 INTRODUÇÃO

De acordo com a World Health Organization (WHO, 1986) a adolescência tem um período cronológico que inicia aos 10 e termina aos 19 anos de idade e segundo o Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF, 2011), no Brasil, 11% da população encontra-se nesta faixa etária. Durante esta transição, caracterizada por ser uma etapa intermediária do desenvolvimento humano, percebe-se a falta de um especialista em saúde bucal para esta faixa etária, uma vez que no decorrer da infância há o pediatra e na idade adulta o clínico geral. Há uma área recente da odontologia que ainda está crescendo lentamente, conhecida como odontohebiatria, que ainda não é reconhecida como uma especialidade, não havendo, portanto, dados sobre quantos cirurgiões-dentistas estão se especializando para atender este grupo de pacientes. O desafio de tratar adolescentes não está associado à terapêutica em si, mas em ajustar-se ao crescimento cognitivo, emocional e psicossocial em mudança e desenvolvimento. Por esta razão a forma que o profissional de saúde aborda inicialmente este adolescente pode determinar o sucesso ou o fracasso da consulta. (KAPLAN; MAMMEL, 1997).

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) faz parte da pesquisa intitulada: ‘Perdas dentárias dos adolescentes residentes em uma região de extrema pobreza’, cujo objetivo foi avaliar as perdas dentárias de adolescentes e a possível associação com fatores sociais e socioeconômicos. O campo de investigação da referida pesquisa foi na Estratégia de Saúde da Família (ESF) Augusta Meneghini, no município de Viamão.

A pesquisa teve apoio da cirurgiã-dentista e das agentes comunitárias vinculadas a Estratégia de Saúde da Família e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, com o número de registro no CEP: 669 e processo número 001.032690.11.8.

2 OBJETIVOS

Este estudo tem como objetivo avaliar as perdas dentárias de adolescentes, que residem no bairro Augusta Meneghini, na cidade de Viamão (Rio Grande do Sul), e a possível associação com fatores sociais e socioeconômicos.

Foram analisados os seguintes dados: sexo, idade, escolaridade, atividade física, renda mensal da família, número de moradores por residência, tipo de casa e número de cômodos, localização do banheiro, destino dos dejetos, orientação e supervisão de higiene bucal, frequência da ingestão de açúcar, número de refeições diárias, índice de placa visível e sangramento gengival e a presença de: gengivite, cárie, dentes ausentes, extrações indicadas e perdas dentárias.

3 ARTIGO

INTRODUÇÃO

A adolescência é um período marcado por consideráveis mudanças, tanto emocionais quanto físicas, em que há muitos conflitos internos e uma busca intensa pela sua identidade social. Segundo a World Health Organization (WHO, 1986), o limite cronológico desta fase está compreendido entre 10 e 19 anos e de acordo com o Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF, 2011) o Brasil apresenta, aproximadamente, 21 milhões de adolescentes, equivalente a 11% da população brasileira. Segundo Colli (1999), do ponto de vista físico ou biológico, a adolescência abrange a fase de modificações anatômicas e fisiológicas que transformam a criança em adulto. O termo puberdade é utilizado para designar todo este processo. Do ponto de vista psicológico, a adolescência pode ser considerada um período de mudanças relacionadas fundamentalmente a uma busca de identidade e a uma aceleração no desenvolvimento intelectual, além de uma evolução da sexualidade.

Nesta fase é estabelecido o aprendizado ligado a condutas e hábitos futuros, portanto é um período crucial na atenção à saúde. É o momento ideal para que haja o desenvolvimento de um estilo de vida saudável, havendo a consolidação de uma mentalidade de autocuidado de caráter permanente. Entretanto, é uma fase de inúmeras transformações e descobertas, momento em que muitas vezes os cuidados com a saúde e os hábitos de higiene acabam ficando em segundo plano, assumindo, desta forma, uma importância menor em todo esse contexto. No Brasil, foram realizados quatro estudos epidemiológicos nacionais de Saúde Bucal, através dos quais foi possível conhecer a realidade de saúde da população jovem. O último estudo, realizado em 2010, mostra as alterações bucais mais presentes nos adolescentes, como: cárie, cálculo dental, sangramento gengival, traumatismos, oclusopatias e fluorose. Da mesma forma, foram realizadas estimativas para a condição socioeconômica, sendo avaliada pela renda familiar e a escolaridade. A partir desta análise, se expressa à desigualdade regional e social, os estados do Norte e Nordeste apresentam menor condição socioeconômica e escolaridade e índices maiores de alterações bucais do que Sul e Sudeste (UNICEF, 2011).

De acordo com Gambhir et al. (2013), as doenças bucais estão entre as mais comuns e prevalentes em todo o mundo, e a condição de saúde bucal precária pode ter um impacto significativo na qualidade de vida das crianças e adolescentes, podendo levar a deterioração da saúde geral do indivíduo. No Brasil, a cárie ainda é um importante problema de saúde pública, como publicado no último levantamento epidemiológico realizado pelo Ministério da Saúde em 2010. Isso acontece porque essa doença, assim como a doença periodontal, está associada a

condições sociais, econômicas, educacionais e políticas, indo além das condições do meio bucal (CAMPOS et al., 2010).

Nas últimas décadas, tem se visto um grande avanço da odontologia, todavia a doença cárie ainda atinge de maneira precoce a população. Seu tratamento, muitas vezes realizado em estágio tardio, acaba levando a exodontia do dente afetado. Hoje em dia, tem-se o conhecimento de que a perda dentária precoce é um dos principais indicadores de risco para o edentulismo. Esta realidade é um problema de Saúde Pública em que seria de extrema importância à existência de uma especialidade com um olhar singular ao adolescente. Sabe-se que tanto as condições socioeconômicas, quanto o contexto familiar e individual interferem na condição de saúde bucal do indivíduo. Segundo o estudo realizado por Baldani, Vasconcelos e Antunes (2004) há uma correlação significativa entre renda, moradia e escolaridade com cárie dentária.

OBJETIVOS

O objetivo deste estudo foi avaliar as perdas dentárias de adolescentes, que residem no Bairro Augusta Meneghini na cidade de Viamão, e a possível associação com fatores sociais e socioeconômicos.

MATERIAL E MÉTODOS

Tratou-se um estudo quantitativo exploratório de corte transversal e analítico. A amostra foi composta por 205 adolescentes moradores do bairro Augusta Meneghini localizado no município de Viamão-RS. Os responsáveis pelos mesmos inicialmente assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após concordância, responderam um questionário padronizado contendo informações socioeconômicas do chefe da família, além de dados sobre a saúde geral, como ingestão de açúcar e número de refeições diárias, escolaridade e características dos domicílios.

A condição dos dentes foi avaliada de acordo com os códigos e critérios para levantamento epidemiológico da World Health Organization (WHO, 1997). Os exames bucais foram realizados por examinadores treinados mediante luz artificial nos ambientes mais claros das residências, sendo iniciados pela verificação da presença de placa visível (IPV), seguida da escovação supervisionada e observação de sangramento gengival (ISG), de acordo com o Índice de Higiene Oral–Simplificado (IHOS) descrito por Greene e Vermillion (1964). Após essa deplacagem, os dentes foram secos com uma gaze e foi realizada a contagem do número de

dentes cariados, perdidos e restaurados. Para a realização do exame clínico foram utilizadas sondas recomendadas pela OMS e odontoscópio.

Estas ações aconteceram por meio de visitas domiciliares pré-agendadas realizadas aos sábados e guiadas pelas agentes comunitárias vinculadas a Estratégia de Saúde da Família (ESF) Augusta Meneghini. Os dados coletados foram armazenados no programa Microsoft Excel 2010 sendo que as análises descritivas foram realizadas para caracterização sócio demográfica da população por meio de medidas de tendência central (frequências simples, médias e medianas) e medidas de dispersão (desvio-padrão). A região para a rejeição ou não de qualquer das hipóteses foi considerada em um nível de significância de 0,05. Todas as análises estatísticas foram realizadas utilizando o programa SPSS versão 17.0.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, com o número de registro no CEP: 669 e processo nº. 001.032690.11.8.

RESULTADOS

Dos 205 adolescentes analisados, 83 são do gênero masculino (40,5%) e 122 do gênero feminino (59,5%). A idade média da amostra foi de 13,79 anos, selecionados de 10 a 19 anos de idade (WHO, 1986).

Em relação a variável socioeconômica, a Figura 1 mostra que a grande maioria adolescentes faz parte de famílias com renda de até 1 salário mínimo, correspondendo a 53,2% da amostra. Não houve nenhum destes com mais de 5 salários mínimo de renda informada.

Figura 1 – Renda familiar dos adolescentes



Fonte: do Autor, 2016.

A Tabela 1 demonstra as características do domicílio em que os adolescentes vivem. Percebe-se que em relação ao número de moradores, 46,8% mora em residência junto de 3 a 5 pessoas. Além disso, os tipos de domicílio mais informados pelos jovens foi o de Alvenaria e

Madeira, sendo de 38,5% e 34,1%, respectivamente. Dentre os domicílios, observou-se que foi indicado que 72,7% apresentavam banheiro no corpo da casa, além de 25,9% fora de casa e 1,5% não apresentavam banheiro. Além disso, mais de 60% dos indivíduos indicaram que os dejetos iam diretamente para a rua, enquanto que menos de 10% iam para a rede de esgoto.

Tabela 1 – Características dos domicílios dos pacientes

Variável	Categoria	Frequência	Percentual
Moradores na casa	Até 2	31	15,1
	De 3 a 5	96	46,8
	Mais de 5	78	38
Tipo	Alvenaria	79	38,5
	Madeira	70	34,1
	Mista	52	25,4
	Outros	4	2
Peças na casa	Até 2	54	26,3
	De 3 a 5	111	54,1
	Mais de 5	40	19,5
Banheiro	No corpo da casa	149	72,7
	Fora da casa	53	25,9
	Não apresenta	3	1,5
Dejetos	Direto na rua	129	63,5
	Fossa asséptica	43	21,2
	Rede de esgoto	19	9,4
	Fossa seca	12	5,9
	Missing	2	

Observou-se que 10% da amostra eram analfabetos e mais de 70% dos adolescentes não completaram o primeiro grau, devido à idade média que é de apenas 13,79 anos. A Tabela 2 mostra a escolaridade dos mesmos.

Tabela 2 - Escolaridade dos adolescentes

Escolaridade	Frequência	Percentual Válido
Analfabeto	20	10,1
1 Grau Incompleto	146	73,7
1 Grau Completo	8	4
2 Grau Incompleto	16	8,1
2 Grau Completo	8	4
<i>Missing</i>	7	-
Total	205	100

A Tabela 3 mostra que apenas um dos adolescentes faz apenas uma refeição diária, enquanto que 84 fazem de duas a três refeições diárias (41%), já 58,5% destes, se alimentam mais de três vezes ao dia.

Tabela 3 - Número de refeições diárias dos adolescentes

Refeições	Frequência	Percentual
1 vez ao dia	1	0,5
de 2 a 3 vezes ao dia	84	41
Mais de 3 vezes ao dia	120	58,5
Total	205	100

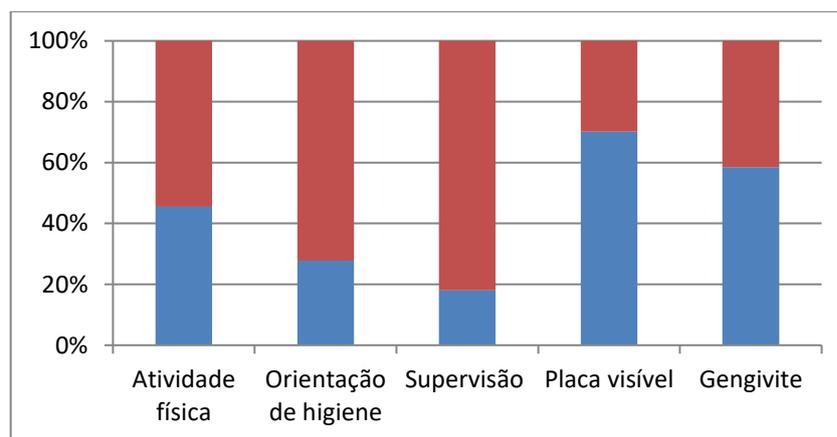
Em relação ao consumo de açúcar, a Tabela 4 demonstra que apenas 1 adolescente relatou não consumir açúcar. O maior percentual de consumo de açúcar encontra-se em 3 vezes ao dia (31,7%), enquanto que 27,8% indicam consumir açúcar mais de 3 vezes ao dia.

Tabela 4 - Consumo de açúcar pelos adolescentes

Consumo de açúcar	Frequência	Percentual
Sem consumo	1	0,5
1 vez ao dia	30	14,6
2 vezes ao dia	52	25,4
3 vezes ao dia	65	31,7
Mais de 3 vezes ao dia	57	27,8
Total	205	100

A Figura 2 apresenta as características em relação aos pacientes. Cerca de 70% dos pacientes apresentou placa visível, enquanto que quase 60% apresentou gengivite.

Figura 2: Prevalências dos adolescentes



Fonte: do autor, 2016.

O número de cáries variou entre 0 e 13 cáries, tendo um valor médio de 1,9 cáries por indivíduo, com um desvio-padrão de 2,82, sendo maior que a média. Além disso, houve uma média de 0,52 restaurações por adolescente, como mostra a Tabela 5.

Tabelas 5- Estatísticas descritivas dentárias dos adolescentes

Estatísticas Descritivas	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Cáries	0	13	1,90	2,28
Restaurações	0	9	0,52	1,35
Extrações indicadas	0	19	0,77	1,77
Dentes ausentes	0	12	1,74	3,78
Perdas dentárias	0	15	0,99	2,53

A Tabela 6 mostra que não houve diferença significativa entre o número médio de cáries entre os adolescentes que já receberam orientação/supervisão de higiene bucal, também não houve relação entre o consumo de açúcar e a renda familiar, utilizando a metodologia de modelos lineares generalizados.

Tabela 6 - Comparação do número médio de cáries

	Cáries	Média*	Erro-Padrão*	Desvio-Padrão*	P- Valor*
Orientação	Não	1,95	0,20	2,13	0,631
	Sim	1,77	0,29	2,63	
Supervisão	Não	1,85	0,18	2,12	0,555
	Sim	2,11	0,42	2,90	
Consumo de Açúcar	1 vez ao dia	1,37	0,33	2,47	0,158
	2 vezes ao dia	2,44	0,40	2,64	
	3 vezes ao dia	1,63	0,26	1,56	
	Mais de 3 vezes ao dia	1,96	0,32	2,46	
Renda	Até 1 SM	1,509	0,208	1,8448	0,075
	De 1 a 2 SM	2,298	0,3202	2,5354	
	De 3 a 5 SM	2,667	0,9472	3,2287	

*Modelos lineares generalizados

Em relação às perdas dentárias, a Tabela 7 demonstra que não houve diferença significativa entre os gêneros. Além disso, percebe-se que a faixa de renda de até um salário mínimo apresentou um valor médio descritivamente maior de perda que as demais faixas, embora esta diferença não tenha sido significativa ($p=0,341$). Além disso, não houve diferença significativa do número médio de perdas dentárias em relação ao consumo de açúcar.

Tabela 7 - Comparação do número de perdas dentárias

	Perdas				P-valor*
		Média*	Erro-Padrão*	Desvio-Padrão*	
Gênero	Feminino	0,967	0,089	1,683	0,158

	Masculino	0,711	0,093	2,015	
	Até 1 SM	0,963	0,132	2,170	
Renda	De 1 a 2 SM	0,786	0,129	1,406	0,341
	De 3 a 5 SM	0,500	0,250	0,674	
	1 vez ao dia	0,867	0,232	1,167	
Consumo de Açúcar	2 vezes ao dia	0,980	0,195	2,627	0,869
	3 vezes ao dia	0,862	0,157	1,609	
	Mais de 3 vezes ao dia	0,772	0,155	1,488	

*Modelos lineares generalizados

DISCUSSÃO

A população de adolescentes analisada foi caracterizada por viver abaixo da linha da pobreza porque suas famílias sobreviviam com menos de um salário mínimo por mês e em sua maioria eram compostas por 3 a 5 moradores por residência em situação precária. Isto reflete a realidade vivida também por 16,2 milhões de pessoas que se encontram em pobreza extrema de acordo o último Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010). Em seu estudo Rigo et al em 2011, comprovaram que a quantidade de cômodos na casa é um fator associado à cárie dentária, ou seja, morar em residências que têm seis ou mais cômodos na casa foi considerado um fator de proteção para cárie dentária nos escolares

Nesta lógica, Moreira et al. em 2007 afirmam que o local de moradia do indivíduo acaba refletindo em sua condição socioeconômica, e esta, juntamente com o território em que se habita pode influir na saúde geral e bucal. Consequentemente, para caracterizar uma população e seus problemas de saúde é necessário o reconhecimento deste espaço (GONDIM et al., 2008). O presente estudo demonstrou uma ligeira similaridade entre os domicílios serem de alvenaria (38,5%) e de madeira (34,1%). A maior parte das residências apresentou banheiro no corpo da casa e, 63,5% dos dejetos vão direto para a rua. Deste modo, pode-se afirmar que os adolescentes viviam, em sua maioria, em condições precárias, com alta densidade domiciliar e em um local com falta de saneamento básico.

Outra realidade encontrada na comunidade estudada reflete muitos dos achados na literatura, ou seja, uma dieta inadequada e a inatividade física compõem um complexo de causas de grande importância para a saúde de uma população. Menos de 50% dos adolescentes analisados praticavam algum tipo de atividade física e aproximadamente 60 % faziam mais três refeições diárias ao dia associada à ingestão de açúcar. Dados estes que corroboraram com os de Levy-Costa et al. em 2005 que, a partir de resultados de sua pesquisa de orçamentos familiares, verificaram que o consumo de açúcar na classe de menores rendimentos foi 50%

superior ao observado na classe de maiores rendimentos. Tomita et al. (1999) sustentaram a hipótese de que o nível socioeconômico influencia a preferência pelo açúcar e esta, por sua vez, estava associada à prevalência de cárie dentária na dentição decídua.

Por outro lado, a presença da cárie dentária foi expressiva, sendo verificada em grande parte da população estudada, representando uma média aproximada de 2 dentes por adolescente. Trabalhos demonstraram uma relação direta entre os níveis de prevalência de cárie e indicadores sociais em populações com baixa renda e escolaridade. Viana et al. (2009) analisaram variáveis como grau de escolaridade e renda familiar em relação à cárie dentária e comprovaram que os indivíduos que apresentavam ensino fundamental incompleto e renda familiar inferior a 5 salários mínimos apresentaram piores condições em relação a doença cárie. Ademais, a variável socioeconômica também tem grande influência na demora do tempo de escovação dentária, no número de escovação diária, na última visita ao consultório odontológico e no motivo da consulta (GARCIA et al., 2008).

Com relação às condições gengivais não saudáveis 70% dos adolescentes apresentaram placa visível e 60% estavam com gengivite. Apesar de Chambrone et al. (2010) ter observado que a prevalência das doenças gengivais independe do status socioeconômico, estando diretamente associada à higiene bucal deficiente há estudos que afirmam que a prevalência de sangramento gengival está associado as condições socioeconômicas (ANTUNES et al., 2008). Sabe-se que para oferecer saúde ao paciente adolescente, o cirurgião-dentista não pode levar em consideração apenas os procedimentos clínicos, uma vez que estes não são suficientes para modificar seus hábitos, e, conseqüentemente, reestabelecer o bem-estar biopsicossocial dos mesmos (SOUZA, 1996). Compostella (1984) afirmou que o adolescente não deve ser tratado como adulto nem como criança pelo cirurgião-dentista, assim o profissional deve ter o conhecimento de suas crises de dependência e independência, viabilizando uma atuação adequada, frente a condutas adversas. A autora sugeriu que o profissional deve apresentar firmeza para demonstrar autoridade de seus conhecimentos, mas nunca, autoritarismo na condução de qualquer situação. A relação interpessoal entre o paciente adolescente e o profissional deve ser estabelecida através do diálogo e do respeito.

Percebe-se através dos dados obtidos que a maioria dos adolescentes estudados não recebeu nenhum tipo de atendimento odontológico apesar de existirem dois cirurgiões-dentistas na Unidade Básica Augusta Meneghini, na Vila Augusta. Em se tratando adolescentes de classe social menos privilegiada, isto faz refletir, que o sistema de atendimento público não está efetuando a universalização do atendimento odontológico, como preconizado pela

Coordenação Geral de Saúde do Adolescente e Jovem do Ministério da Saúde, que atua com temas ligados aos jovens e adolescentes com informações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde. O trabalho é voltado para a promoção, proteção e recuperação da saúde de adolescentes e jovens na faixa etária dos 10 aos 24 anos (BRASIL, 2016).

A situação se agravou ainda mais quando se considerou perdas dentárias em geral, sem ainda chegar ao extremo do edentulismo, a média foi de 1 dente por adolescente, resultado este igual ao que foi encontrado no levantamento epidemiológico nacional de 2004 (BRASIL, 2004). Participaram deste estudo o total de 205 adolescentes, com a idade média de 13 anos de idade, sendo a maioria do sexo feminino, contudo, em relação à perda dentária não houve diferença significativa entre os gêneros, o que pode afirmar que, na adolescência a dificuldade de manutenção da saúde bucal independe do gênero. Diante deste resultado, percebeu-se que a aparência pessoal não pôde ser uma preocupação para os adolescentes estudados, os dentes não puderam ser encarados como um recurso para ficar mais bonito, para sua aceitação social e autoestima. Como afirma Baldwin (1980), um grande número de estudos tem documentado os efeitos saudáveis da atratividade nos relacionamentos interpessoais, e que a aparência é uma chave para o sucesso nas relações. O autor cita vários trabalhos que mostram claramente a preocupação dos adolescentes com a aparência, e sua relação com a autoimagem e autoestima.

Tem-se conhecimento da distribuição heterogênea da doença cárie, das diferenças entre as regiões e grupos sociais e que a experiência da doença é mais severa nos grupos populacionais submetidos à privação social (NARVAI et al., 2006). Comprovadamente, as condições socioeconômicas destes adolescentes estavam relacionadas com as perdas dentárias, além de processos biológicos. A perda dos elementos dentários talvez seja a pior consequência desta doença, em função dos danos dela decorrentes, sejam eles funcionais ou estéticos. A alta média de perda dentária acarreta em prejuízos tanto para a funcionalidade da dentição, o que pode implicar em distúrbios na mastigação e na fala, quanto à qualidade de vida, autoestima do indivíduo e a socialização na comunidade onde está inserido (HUNG et al., 2005).

Capra (1982) lembra que saúde é um fenômeno multidimensional, que envolve aspectos físicos, psicológicos e sociais, todos interdependentes. Partindo deste conceito, tem-se em mente que a importância da saúde bucal para os adolescentes estudados deveria perpassar todas estas dimensões, seja no aspecto físico, onde eles relatam a presença da “dor”, da necessidade de poder “mastigar em ordem”, na dimensão psicológica, que se mostra presente na importância da aparência pessoal, em “estar mais bonito para as meninas”, em “não ser mais xingada de dentuça”, em “ter os dentes bonitos para beijar”, e ainda nas dimensões sociais, onde mostram

que “por causa do mau- hálito tem que conversar meio afastado”. Conhecendo tudo isto, acredita-se que se devem transmitir os conhecimentos adquiridos e acumulados pelos cirurgiões dentistas durante tantos anos, através da educação em saúde e trabalhos interdisciplinares.

Foi possível perceber uma extrema necessidade de adaptação nas políticas públicas de saúde, da região estudada, pois estas não estão abrangendo as necessidades da juventude, havendo desta forma um descaso com esses usuários. Tendo em vista a precariedade do Sistema é importante ressaltar que a participação efetiva dos jovens na formulação das políticas públicas é indispensável, para que haja um real comprometimento de todos os envolvidos para a garantia do direito à saúde.

Acredita-se que o trabalho na comunidade é muito frutífero no sentido de aproximar as necessidades reais dos adolescentes, pois compreende os verdadeiros motivos que os levam ou não a procurar um atendimento odontológico seja ele de qualquer natureza. Conhecendo o que motiva o adolescente, podem-se programar formas de educação em saúde tão eficazes que atingem metas tão almeçadas de saúde bucal, independente do nível sócio econômico a qual ele pertence.

CONCLUSÃO

Através deste levantamento foi possível identificar um perfil carente de saúde bucal e de nível sócio econômico dos adolescentes: baixa remuneração e escolaridade, apresentando altos índices de placa visível, sangramento gengival, cárie e perdas dentárias.

REFERÊNCIAS

- ANTUNES, J. L. S. et al. Saúde gengival de adolescentes e a utilização de serviços odontológicos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 2, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102008000200002>. Acesso em: 04 out. 2016.
- BALDANI, M. H.; VASCONCELOS, A. G. G.; ANTUNES, J. L. F. Associação do índice CPO-D com indicadores socioeconômicos e de provisão de serviços odontológicos no Estado do Paraná, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 143-152, jan.-fev., 2004.
- BALDWIN, D. C. Appearance and aesthetics in oral health. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, Copenhagen, v. 8, n. 5, p. 244-256, 1980.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Brasília, 2016. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/981-sasraiz/dapes/dapes/12-dapes/16096-coordenacao-geral-de-saude-do-adolescente-e-do-jovem>>. Acesso em: 26 out, 2016.

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

CAMPOS, L. et al. Conhecimento de mães de diferentes classes sociais sobre saúde bucal no município de Cocal do Sul (SC). **Revista Sul-Brasileira de Odontologia**, Joinville, v. 7, n. 3, p. 2872-2895, 2010.

CAPRA, F. **O ponto de mutação (The turning point)**. Trad. de Álvaro Cabral. São Paulo: Cultrix, 1982. 447 p.

CHAMBRONE, L. et al. Prevalência e severidade de gengivite em escolares de 7 a 14 anos: condições locais associadas ao sangramento à sondagem. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 337-343, 2010.

COLLI, A. S. Conceito de adolescência. In: MARCONDES, E. **Pediatria básica**. 8. ed. São Paulo: Sarvier, 1999.

COMPOSTELLA, E. Manejo de la conducta del niño y del adolescente. **Cooperador Dental**, Buenos Aires, v. 50, n. 1-2, p. 22-24, jan./jun. 1984.

GAMBHIR, R. S. et al. Impact of school based oral health education programmes in India: a systematic review. **Journal of Clinical and Diagnostic Research for doctors**, India, v. 7, n. 12, p. 3107–3110, 2013.

GRANVILLE-GARCIA, A. N. et al. Influência do fator socioeconômico no comportamento dos adolescentes em relação à saúde bucal. **Revista Odonto Ciência**, Porto Alegre, v. 16, n. 31, p. 53-61, 2008.

GONDIM, G. M. M. et al. **O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização**. Rio de Janeiro: Biblioteca virtual em Saúde Pública Brasil, 2008. Disponível em: <<http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/eps-2055>>. Acesso em: 04 out. 2016.

GREENE, J. C.; VERMILLION, J. R. The simplified oral hygiene index. **The Journal of the American Dental Association**, Chicago, v. 68, p. 25-31, jan. 1964.

HUNG, H. C.; COLDITZ, G.; JOSHIPURA, K. J. The association between tooth loss and the self-reported intake of selected CVD-related nutrients and foods among US women. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, Copenhagen, v. 33, p. 167-173, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Indicadores sociais municipais: uma análise dos resultados do universo do censo demográfico, análise preliminar da distribuição e diferenciais de rendimento**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/0000000647571114201157416899473.pdf>>. Acesso em: 04 out. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Acesso e utilização de serviços de saúde: PNAD 2003**. Rio de Janeiro, 2005.

LEVY-COSTA, R. B. et al. A. Disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil: distribuição e evolução (1974-2003). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 3, n.4, p. 530-540, 2005.

MOREIRA, S. R.; NICO, S. L.; TOMITA, N. E. A relação entre o espaço e a saúde bucal coletiva: por uma epidemiologia georreferenciada; **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p.275-284, 2007.

NARVAI, P. C. et al. Cárie dentária no Brasil: declínio, iniquidade e exclusão social. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 16, n.6, p. 385-393, 2006.

RIGO, L. et al. Experiência de cárie dentária e fatores associados em escolares de um município com fluoretação na água. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria Clínica Integrada**, João Pessoa, v. 11, n. 3, p. 407-415, jul./set. 2011.

SOUZA, R. P. Desenvolvimento psicológico na infância e na adolescência. In: COSTA, M. C. O.; SOUZA, R. P. **Avaliação e cuidados primários da criança e do adolescente**. Porto Alegre: Artmed, 1998.

TOMITA, N. E. et al. Preferências por alimentos doces e cárie dentária em pré-escolares. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 3, n. 6, p. 542-546, 1999.

UNICEF. Projeto SB Brasil. **Resultados principais SB Brasil 2010**. Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/activities_9418.htm>. Acesso em: 11 maio 2016.

VIANA, A. R. P. et al. Prevalência de cárie dentária e condições socioeconômicas em jovens alistados de Manaus. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 12, n. 4, dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2009000400017>. Acesso em: 04 out. 2016.

World Health Organization (WHO). **Young people health - a challenge for society**: report of a WHO Study Group on Young People and Health for All. Geneva, 1986. p. 09-11. (Technical Report Series).

World Health Organization (WHO). **Oral health surveys: basic methods**. Geneva, 1997. 79 p. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41905/1/9241544937.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2016.

4 CONCLUSÃO

A presente pesquisa concluiu que as características sociais e econômicas estão associadas às perdas dentárias em adolescentes de maneira consistente. A população estudada apresentou um perfil carente de saúde bucal com altos índices de placa visível, sangramento gengival, cárie e perdas dentárias. É notório o descaso da Estratégia de Saúde de Família, que atende aquele território, não havendo nenhum programa de educação em saúde específico para esta faixa etária. Conclui-se que é extremamente essencial a adaptação nas políticas públicas de saúde, do bairro Augusta Meneghini, no município de Viamão para que os adolescentes entendam a importância da saúde bucal e assim possam ter uma qualidade de vida melhor.

REFERÊNCIAS

KAPLAN, D. W.; MAMMEL, K. A. **Adolescência - diagnóstico e tratamento em pediatria**. 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

UNICEF. Projeto SB Brasil. **Resultados principais SB Brasil 2010**. Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/activities_9418.htm>. Acesso em: 11 maio 2016.

World Health Organization (WHO). **Young people health - a challenge for society**: report of a WHO Study Group on Young People and Health for All. Geneva, 1986. p. 09-11. (Technical Report Series).