



**UNIVERSIDADE
ESTADUAL de LONDRINA**

CLAUDIA CRISTINA SVELI

**SAÚDE BUCAL DOS HOMENS JOVENS
PONTA GROSSA – PARANÁ - BRASIL**

Londrina

2006

CLAUDIA CRISTINA SAVELI

**SAÚDE BUCAL DOS HOMENS JOVENS
PONTA GROSSA – PARANÁ - BRASIL**

Dissertação apresentada a Banca de Qualificação do Curso de Pós Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Luis Cordoni Jr

Londrina

2006

CLAUDIA CRISTINA SAVELI

**SAÚDE BUCAL DOS HOMENS JOVENS
PONTA GROSSA – PARANÁ - BRASIL**

Dissertação a apresentada a Banca de Qualificação do Curso de Pós Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Luis Cordoni Jr

COMISSÃO EXAMINADORA

Londrina, ____ de _____ de 2006

A Deus, aos meus pais, meu filho e aos meus amigos...
companheiros de todas as horas...

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Orientador, braço amigo de todas as etapas deste trabalho.

À minha família, pela confiança e motivação.

À minha mãe Esméria, pela disposição, paciência e as horas dedicadas em auxiliar-me na correção deste trabalho.

Ao agente comunitário de saúde Sr. José Bueno, pela disposição e prontidão em auxiliar-me na pesquisa de campo.

Aos amigos e colegas, pela força e pela vibração em relação a esta jornada.

Aos professores e colegas de Curso, pois juntos trilhamos uma etapa importante de nossas vidas.

Aos militares do 13º. Batalhão de Infantaria Blindada de Ponta Grossa, representados pelo comandante Tenente Coronel Jorge, pelo apoio à realização da pesquisa.

À Secretaria Estadual de Saúde do Paraná, pelo empréstimo das sondas periodontais utilizadas no exame bucal.

Aos jovens entrevistados, pela concessão de informações valiosas para a realização deste estudo.

A todos que, com boa intenção, colaboraram para a realização e finalização deste trabalho.

Aos que não impediram a realização deste estudo.

"O propósito de aprender é crescimento e
nossa mente , diferente do corpo,
cresce enquanto vivemos."

Mortimer Adler

SAVELI, Claudia Cristina. **Saúde Bucal dos Homens Jovens: Ponta Grossa-Paraná. Brasil.** 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi conhecer o estado geral de saúde dos jovens de 18 anos do sexo masculino de Ponta Grossa, Paraná, Brasil e como se dá o acesso aos serviços odontológicos. A metodologia utilizada foi de um estudo transversal em uma amostra aleatória de alistados (n= 421) do Exército Brasileiro. O instrumento de coleta de dados foi o utilizado no levantamento nacional SBBRASIL, e para aferir o motivo dos jovens que nunca foram ao dentista o instrumento utilizado e pré-testado baseou-se na literatura. Associações entre prevalência de cárie, índice CPO-D e seus componentes com as variáveis estudadas foram avaliadas por meio do teste de Kruskal-Wallis. A prevalência de cárie foi de 75,54% e o índice CPO-D médio foi igual a 6,02. Obteve-se o percentual de 21,5% de jovens que necessitavam de tratamento odontológico. Diferenças estatisticamente significativas foram encontradas entre prevalência de cárie dentária e nível sócio – econômico, sendo os grupos de menor escolaridade e renda os com piores indicadores. Averiguou-se que 55,58% apresentavam doença periodontal, e em média 3,34 dos sextantes apresentavam sangramento. Dentre os 5,5% de jovens que apresentavam alteração de tecido mole, a presença de “piercing” foi a mais encontrada. Na amostra obtida encontrou-se o percentual de 7,13% de entrevistados que nunca foram ao dentista, e os dos que foram 52,43% utilizaram o serviço público, sendo o motivo de maior procura por consulta de rotina e manutenção. Grande maioria dos jovens considerou o atendimento de bom a ótimo. Observou-se que quanto melhor a autopercepção do jovem em relação à sua saúde bucal menor o índice CPO-D ($p = 0,00$). O estudo considerou que o profissional da Odontologia vem a ser o ator principal no processo saúde /doença bucal e o maior responsável para que a situação das condições bucais venha a melhorar.

Palavras-chave: Epidemiologia; Saúde Bucal; Adolescência; Cárie Dentária.

SAVELI, Claudia Cristina Oral Health of the Young Men. Ponta Grossa - Paraná. Brazil. Universidade Estadual de Londrina. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva).

ABSTRACT

The objective of this study was to know the general health state of the 18 year-old youths' male of Ponta Grossa, Paraná, Brazil and how the access to the oral services happen. The used methodology was of a traverse study in a random sample of recruits (n = 421) of the Brazilian Army. The instrument of collection of data was it used in the national rising SBBRASIL, and to check the youths' reason that never went to the dentist the used instrument and pay-tested was based in the literature. Associations among decay prevalence, index CPO-D and their components with the studied variables were appraised through the test of Kruskal-Wallis. The decay prevalence was of 75, 54% and the index medium CPO-D was same to 6, 02. Obtained the percentile of 21, 5% of youths that needed of oral treatment. Differences significant statistics were found between prevalence of dental decay and level partner - economical, being the groups of smaller education and income with indicative worst. It was discovered that 55, 58% presented disease periodontal, and on average 3, 34 of the sextants bleeding presence. Among the 5, 5% of youths that presented alteration of soft tissue, the "piercing" presence was the more found. In the obtained sample was the percentile of 7, 13% of interviewees that never went to the dentist, and of the ones that were 52, 43% used the public service, being the reason of larger search for routine consultation and maintenance. The youths' great majority considered the service of good the great. It was observed that as better the youth's yourself -perceptions in relation to smaller oral health the index CPO-D ($p = 0,00$). The study considered that the professional of the Dentistry comes to be the main actor in the process health / disease oral and the largest responsible so that the situation of the oral conditions comes to get better.

Key-words: Epidemiology; oral health; adolescence; dental decay.

LISTA DE SIGLAS

ABO – Associação Brasileira de Odontologia

CD – Cirurgião dentista

CPITN – Índice Comunitário das Necessidades de Tratamento Periodontal

CPO-D – Índice de dentes permanentes cariados, perdidos e restaurados

FDI – Federação Dentária Internacional

HSV – Vírus Herpes Simples

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

SESI – Serviço Social da Indústria

SNFO – Serviço de Fiscalização da Odontologia

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UEL – Universidade Estadual de Londrina

LISTA DE FIGURA

Tabela 1 – Mapa rodo – ferroviário da cidade de Ponta Grossa, Paraná, Brasil, 2005.....	41
---	-----------

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** – Matriz para a verificação da concordância geral exame intra-examinador.....**58**
- Quadro 2** – Tabulação de dados do índice CPITN em jovens de 18 anos (n =421). Ponta Grossa. Paraná. Brasil. 2005.**73**

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** - Distribuição dos componentes cariados, perdidos, obturados, do índice CPO-D e números de dentes presentes em jovens do sexo masculino de 18 anos (n=421). Ponta Grossa. Paraná. Brasil. 2005.**63**
- Tabela 2** - Índice CPO-D e componentes, segundo variáveis sócio-econômicas em jovens de 18 anos.Ponta Grossa. Paraná. Brasil. 2005.....**64**
- Tabela 3** -Índice CPO-D e componentes, segundo variáveis local de atendimento, motivo e tempo da última consulta em jovens de 18 anos Ponta Grossa.Paraná.Brasil. 2005.**66**
- Tabela 4** - Números absolutos e percentuais de dentes com e sem necessidade de tratamento para cárie dentária em jovens de 18 anos.Ponta Grossa. Paraná. Brasil. 2005**68**
- Tabela 5** – Condição periodontal segundo o percentual de sextante dos jovens de 18 anos. Ponta Grossa. Paraná. Brasil. 2005.**70**
- Tabela 6** - Caracterização sócia - econômica de jovens de 18 anos. Ponta Grossa. Paraná. Brasil. 2005.....**75**
- Tabela 7** - Acesso aos serviços odontológicos pelos jovens de 18 anos.Ponta Grossa. Paraná. Brasil. 2005.....**77**
- Tabela 8** - Freqüências absolutas e percentuais da autopercepção dos jovens de 18 anos Ponta Grossa. Paraná. Brasil. 2005.....**80**
- Tabela 9** – Índice CPO-D , componentes dentes cariados e hígidos segundo variável autopercepção quanto à saúde bucal em jovens de 18 anos. Ponta Grossa. Paraná. Brasil. 2005.....**81**

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	16
1. HISTÓRICO E REFERENCIAL TEÓRICO.....	20
1.1. Evolução histórica da Odontologia	20
1.2. Epidemiologia em Odontologia	26
1.3. Metas da Organização Mundial de Saúde (OMS) e os Levantamentos Epidemiológicos em Saúde Bucal de base Nacional	32
1.4. Caracterização do Município de Estudo.....	38
1.4.1. Histórico do Município	38
1.4.2. Ponta Grossa Atual	41
2. OBJETIVOS	46
2.1. Objetivo Geral.....	46
2.2. Objetivos Específicos	46
3. MATERIAL E MÉTODOS.....	47
3.1. Tipo de Estudo	47
3.2. Local e População de Estudo.....	49
3.3. Amostra da Pesquisa	51
3.4. Instrumentos de Coleta de Dados	54
3.5. Rotina de Coleta de Dados	56
3.6. Implicações Técnica.....	59
3.7. Análise dos Dados	60
4. RESULTADOS	62
4.1. Cárie Dentária e a relação com outras variáveis	63
4.2. Condição periodontal	70
4.3. Alteração de tecido mole... ..	74
4.4. Caracterização sócio - econômica... ..	74
4.5. Acesso aos serviços odontológicos.....	76
4.6. Autopercepção em saúde bucal	80

5. DISCUSSÃO	83
5.1. Cárie dentária e a relação com outras variáveis	84
5.2. Condição periodontal.....	91
5.3. Alterações de tecido mole	91
5.3.1. Piercing	91
5.3.2. Herpes labial	91
5.3.3. Leucoplasia	92
5.4. Acesso aos serviços odontológicos.....	93
CONCLUSÕES	95
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	100
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA.....	114
APÊNDICES.....	116
APÊNDICE A –Formulários pesquisa:.....	117
- Coleta de dados pessoais e caracterização sócio econômica	
- Coleta de dados sobre autopercepção em saúde bucal	
- Coleta de dados sobre acesso aos serviços odontológicos	
- Coleta de dados exame clínico bucal	
APÊNDICE B – Questionário dos que nunca foram ao dentista - modelo pré-testado.....	118
APÊNDICE C - Questionário dos que nunca foram ao dentista - modelo utilizado na pesquisa	119
APÊNDICE D – Termo de consentimento livre e esclarecido	120
APÊNDICE E - Ofício Cmdt 13º Batalhão de Infantaria Blindada	121
APÊNDICE F– Ofício Gerente de Saúde Bucal	122
APÊNDICE G -Tabela SBBRASIL Recalculada	123

ANEXOS	124
ANEXO A – Ficha levantamento epidemiológico SSBRASIL.....	125
ANEXO B – Critérios para a coleta de dados.....	126
ANEXO C– Parecer CEP 202/04 - UEL	127

INTRODUÇÃO

“Uma vez mais temos que voltar ao próprio homem, em busca de uma resposta. Porém, não a um homem abstrato, mas um homem concreto, que existe numa situação concreta.” (Paulo Freire)

Em meados do século passado, especificamente, 07 de abril de 1948, foi fundada a Organização Mundial de Saúde (OMS) que abraçou como tarefa principal definir metas e políticas públicas para garantir aos cidadãos, de todo o mundo, o gozo dos direitos constitucionais que lhes possibilitem atingir o pleno bem estar social, físico e mental.

Uma das grandes contribuições do OMS foi firmar um conceito sobre o seu objeto, que é a própria saúde. Assim, ela construiu uma definição de saúde que se tornou clássica. Para a OMS “saúde é um estado de completo bem estar físico, mental e social, e não apenas ausência de enfermidade”. (CHAVES, 1977 p.5).

Segundo este autor, esta definição traz um conceito positivo da saúde, uma vez que é possível ter mais ou menos saúde, sem estar doente. Desta forma, esta definição veio suplantar o conceito de saúde, anteriormente dominante, considerado negativo porque entendia a “saúde” apenas como ausência de doença.

Autores mais recentes (STARFIELD, 2002; NARVAI, 2004) criticam a definição de saúde da OMS, uma vez que, é utópico e inalcançável o indivíduo ter

“um estado de completo bem estar físico, mental e social”. Estes autores afirmam que esta é uma condição muito difícil de atingir e não tem utilidade operacional. Consideram que a relação saúde/ doença constitui-se em um processo único, dinâmico determinado pelas relações sociais de produção e as condições materiais de vida, em que o máximo da saúde seria o completo bem estar e o da doença seria a morte.

A definição original de saúde da OMS (1948) foi passando por transformações e a proposta do Departamento europeu da OMS (1984) define saúde “como um recurso para a vida diária não o objetivo da vida”. Da mesma forma, que o anterior, é um conceito positivo de saúde que envolve recursos social e pessoal, bem como as capacidades físicas dos indivíduos (PHILLIPI, 2005).

Assim, a saúde não é vista como ausência de enfermidade ou pré-disposição da doença, mas ao invés disso, é a “redefinição continua do potencial para o funcionamento máximo para atender aos desafios da vida de forma mais positiva e produtiva” (STARFIELD, 2002 p. 92).

O conceito de saúde vai se ampliando e definindo melhor o estado “de bem estar social” quando ela é considerada como o equilíbrio do ser humano com o meio em que vive (SCLIAR, 2002).

Esta concepção de saúde exige ter informações a respeito das condições materiais, culturais e produtivas dos diferentes grupos populacionais de forma a determinar o estado de saúde de grupos vulneráveis da população que diferem dos demais e entender quais são estas diferenças.

Considerando a saúde bucal, como parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo (CFO, 1993) as informações sobre o estado de saúde bucal não devem basear-se somente em índices voltados para o diagnóstico da doença, mas na relação entre as condições de saúde bucal e as condições materiais, culturais e produtivas de vida.

Embora o conhecimento das condições de vida do indivíduo seja fundamental para conhecer a condição de saúde bucal, não existe, ainda, na Odontologia um instrumento eficiente para esta aferição.

Em função disso, as pesquisas na área da Saúde Bucal Coletiva se apropriam de instrumentos de aferição já testados, que são os índices, entre eles o mais conhecido e difundido é o CPO-D (índice que mede a quantidade de dentes permanentes cariados, perdidos e restaurados nos indivíduos).

Este estudo teve como objetivo buscar informações sobre a condição de saúde bucal dos homens jovens de 18 anos e a relação entre esta condição e suas condições materiais de vida.

Para atingir este objetivo exigiu-se a definição de um instrumento de pesquisa que possibilitasse o cruzamento de dados sócio - econômicos, dados autoperceptivos, dados sobre o acesso aos serviços odontológicos pelo indivíduo entre a condição de saúde bucal encontrada naquele momento.

Este procedimento metodológico, denominado de estudo transversal, tateou um modo de conseguir informações mais amplas do indivíduo investigado para estabelecer relações entre as condições materiais de vida deste indivíduo e sua saúde bucal.

Este procedimento metodológico permitiu na análise dos dados, averiguar a relação entre doença e condição sócio-econômica. Desta forma, este trabalho permitiu o conhecimento da condição bucal dos homens jovens de Ponta Grossa – Paraná em relação à situação nacional e provocar uma reflexão sobre o papel do profissional da Odontologia no processo saúde /doença bucal, bem como, estimular novas pesquisas neste setor objetivando melhorar e ampliar informações sobre a saúde bucal da população brasileira.

1. HISTÓRICO E REFERENCIAL TEÓRICO

1.1. EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA ODONTOLOGIA

“Os anos ensinam muitas coisas que os dias desconhecem”.(Tadeu Comerlatto)

A Odontologia praticada no século XVI, no Brasil, restringia-se a extrações dentárias, com técnicas rudimentares, instrumentos inadequados e nenhuma forma de higiene (ROSENTHAL, 1995). O exercício da profissão era realizado através dos barbeiros, cirurgiões barbeiros, sangradores, tira-dentes, curandeiros e charlatões, que eram indivíduos providos de pouco conhecimento para o exercício da atividade (BOTAZZO, 2000).

No Brasil Imperial, para executar o ofício de barbeiro fazia-se necessário uma licença especial dada pelo “Cirurgião-Mor”, que era formado em uma universidade européia e nomeado pelo imperador como responsável pelo exercício da Medicina existente. Entre outras funções lhe cabia habilitar os candidatos a barbeiros.

O número de barbeiros que buscavam o licenciamento era baixo, uma vez que, o licenciamento era oneroso, burocrático, lento e difícil o que levava à prática do ofício através da ilegalidade (ROSENTHAL,1995; FREITAS,2001; MAGALHÃES,2002; NARVAI,2003;CROES,2005; SARAIVA, 2005).

O passado da Odontologia, originado nas barbearias, fez com que a mesma, carregasse o emblema, o paradigma, a sina incorrigível de ser o “primo pobre” entre as especialidades médicas (BOTAZZO, 2000).

A Carta Régia de Portugal, de 9 de novembro de 1629 e o Regimento do Ofício de Cirurgião-mor, de 1631, são os primeiros documentos a normatizar o exercício da arte dentária no Brasil (SARAIVA,2005) .

A indiferenciação e a não institucionalização da Odontologia como prática dentro da especialidade médica ficaram caracterizados no Brasil até os fins do século XVIII (FREITAS, 2001). Neste período, é encontrado pela primeira vez o vocábulo “dentista” (ROSENTHAL, 1995; MAGALHÃES, 2002; NARVAI, 2003; CROES, 2005; SARAIVA, 2005).

Aos poucos, a área foi se constituindo. Decretos foram promulgados de maneira a regulamentar, mais eficazmente, a prática da Odontologia. Entre estes decretos estão o de nº. 828, promulgado em 1851, que exigia a apresentação de cartas de habilitação à Junta Protomedicato. Outro decreto foi o de nº. 1754, de 14 de maio de 1856, que determinava, para obter o título de dentista, a necessidade de se submeter a exames nas faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro.

Tais exames consistiam numa prova prática de extração de um dente de cadáver e uma prova teórica em que o candidato era avaliado sobre seu conhecimento de: Anatomia, Fisiologia, Patologia e anomalias dos dentes, gengivas e arcadas alveolares. E, ainda, a prova prática trazia questões relativas ao

conhecimento sobre a terapêutica dos dentes, descrição dos instrumentos do arsenal cirúrgico do dentista e o os meios de confeccionar peças de prótese e ortopedia dentária (SARAIVA 2005).

A data oficial de formação da Associação Brasileira de Odontologia – ABO está fixada em 1949. No entanto, segundo dados disponíveis, no site da ABO (2006), a primeira entidade de classe criada no Brasil foi o Instituto de Cirurgiões – Dentistas em 1868. Esta entidade foi dissolvida no ano seguinte e renasceu em 14 de maio de 1889 e em 1942 se constituiu na Associação Brasileira de Odontologia – ABO.

A primeira publicação odontológica brasileira, chamada a Arte Dentária foi publicada, por João Borges Diniz, em 1869 (ROSENTHAL, 1995; CROES, 2005; SARAIVA 2005).

Foi instituído oficialmente no Brasil, ainda no governo imperial, o curso de Odontologia, pelo decreto nº. 9.311 de 25 de outubro de 1884. Isto se deu graças ao empenho de Visconde de Sabóia, diretor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. O referido Curso nasceu vinculado às Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia, mas com um status acadêmico e social menos valorizado, pois ao final das três séries o aluno recebia o título de cirurgião – dentista sem colar grau ou outras formalidades (ROSENTHAL, 1995; MAGALHÃES, 2002; CROES, 2005; SARAIVA, 2005; ODONTOSITES, 2006).

Aos poucos novas escolas foram surgindo em outros lugares, no Rio Grande do Sul, na cidade de Porto Alegre (1898); em São Paulo, na capital (1898);

em Minas Gerais, na cidade de Juiz de Fora (1904). No Estado do Ceará foi criada em março de 1916, uma Faculdade de Farmácia e Odontologia¹ (SARAIVA, 2005; CROES, 2005).

Augusto Coelho e Souza, considerado o Pai da Odontologia brasileira, publicou em 1900, o Manual da Odontologia, que abordava todos os aspectos da profissão, tendo um papel relevante quanto à consolidação da profissão como prática científica (CROES, 2005; SARAIVA, 2005).

Na década de 1960, iniciou-se, pelo antigo Serviço de Fiscalização da Odontologia (SNFO), um movimento com o objetivo de provocar uma discussão para a criação dos Conselhos de Odontologia. A partir daí, através da exposição de motivos 185, de 31 de agosto de 1960, este tema foi submetido à apreciação do Exmo Senhor Presidente da República, Juscelino Kubitschek de Oliveira, que encaminhou ao Congresso Nacional a mensagem nº. 357, de 27 de setembro de 1960. O projeto foi convertido na Lei nº. 4324, de 14 de abril de 1964 que instituiu a criação dos Conselhos Federal e Regional de Odontologia (ODONTOSITES, 2006).

A prática odontológica no Brasil, na década de 1960, deriva da escola norte americana (modelo flexneriano) e desenvolveu-se como uma prática centrada na assistência individualizada, restrita ao ambiente clínico cirúrgico, com ênfase em aspectos biológicos, voltada mais para a cura que para a prevenção (VALENÇA, 1997; BOTAZZO & FREITAS, 1998; FREITAS, 2001).

¹ Não há registro nos documentos consultados sobre a cidade do Estado do Ceará em que foi criada a faculdade.

O modelo de atendimento odontológico, centrado no modelo americano, segundo Freitas (2001) é caracterizado pelo:

Individualismo: a própria construção da Odontologia se deu no plano individual, sem nenhuma concepção de coletivo, onde o ato executado no paciente era de caráter emergencial e de risco, em uma época sem anestésicos e antibióticos.

Especialização: a Odontologia nasceu como especialidade médica, embora pouco valorizada na sua origem como já foi apontado anteriormente.

Tecnificação do ato médico: o ato odontológico nasceu tecnificado, onde a Odontologia não acompanhou os avanços da clínica e semiologia médica.

Ênfase na prática curativa: historicamente, a Odontologia se preocupou com a resolução do problema imediato, onde práticas de caráter preventivo não tinham espaço, ajudadas também pelo desconhecimento da etiologia da cárie dentária.

Este modelo hegemônico, de atenção odontológica presentes ainda hoje, nas práticas da maioria dos cirurgiões – dentistas, se mostra **ineficaz** na medida em que não responde à resolução ou redução dos problemas bucais da população; **ineficiente** pelo seu alto custo de produção / reprodução (MARCOS, 1988; NARVAI, 2002; BOTAZZO, 2003); **de baixa cobertura** na medida que não consegue dar assistência nem a demanda espontânea² e muito menos às ações de prevenção; **com enfoque curativo** uma vez que prioriza o tratamento cirúrgico – restaurador (cárie) ao invés de fortalecer os métodos preventivos (BOTAZZO & FREITAS, 1998; NARVAI, 2002).

²A expressão demanda espontânea refere-se às pessoas que procuram o serviço de Odontologia a partir dos sintomas de doenças bucais por elas identificadas.

Trabalhos publicados sobre a situação bucal da população no Brasil, demonstram como um dos fatores determinantes, ou mesmo o principal, da situação caótica da condição bucal da população brasileira, o modelo de prática, historicamente, adotado pela Odontologia (FREITAS, 2001).

Em síntese: para superar este paradigma, historicamente instituído, que tem como foco as práticas odontológicas de minimizar os problemas bucais, com ações restauradoras – cirúrgicas, muitas vezes, mutiladoras é de suma importância uma mudança de mentalidade em que as práticas odontológicas estejam voltadas para o indivíduo como um todo, possibilitando ao mesmo o acesso aos direitos instituídos na Constituição – direitos de cidadania.

1.2. A EPIDEMIOLOGIA EM ODONTOLOGIA

“É mais importante saber que espécie de paciente tem uma doença do que saber que espécie de doença tem o paciente”. (OSLER, 1932)

Atualmente, o Brasil está pautando suas ações não só na prevenção e no controle da cárie em crianças, mas também lança um olhar sobre a saúde bucal dos jovens e adultos. Uma vez que, na última década, o Brasil avançou muito na prevenção e no controle da cárie em crianças, implementando ações coletivas como a fluoretação da água de abastecimento, incorporação do flúor nos dentifrícios e os bochechos com flúor nos escolares, mas a situação dos jovens, adultos e idosos está entre os piores do mundo e mesmo entre as crianças, problemas gengivais e dificuldades para conseguir atendimento odontológico persistem.

Este novo paradigma desenha um quadro em que a Odontologia de promoção de saúde alicerça suas ações nos conhecimentos da etiologia e patogênese da saúde- doença bucais (OPPERMANN& RÖSING, 2003).

Neste contexto, a Epidemiologia vem contribuindo para a compreensão do processo da saúde–doença e constituindo – se em um caminho alternativo para o equacionamento destes problemas em cada comunidade (NARVAI, 2004; FREITAS, 2001; PINTO, 2000).

Quando se pensa em saúde da população a Epidemiologia e promoção de saúde estão associadas (BÖNECKER, 2004).

O conceito de promoção de saúde inclui o adequado conhecimento das questões relativas à prevenção em saúde bucal, através de mudanças de hábitos, transfere a responsabilidade do controle da doença para o indivíduo e a coletividade.

Desta forma, o profissional de Odontologia é um mediador, agente de orientação e informação para a população. Este posicionamento é ratificado pela Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, quando reza em seu artigo 2º. Parágrafo 2º. "O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade".

Portanto, a promoção de saúde bucal não visa somente à devolução e manutenção da saúde dos tecidos de sustentação dos dentes e da estrutura dentária, mas da boca e do indivíduo como um todo (NARVAI, 2004; OPPERMANN & RÖSING, 2003; ASSAF & PEREIRA, 2003; BASTOS PERES & RAMIRES, 2003; PETRY & PRETTO, 2003; FLORIO & PEREIRA, 2003; I CNSB, 1986; OLIVIERI, 1985).

Segundo Gracia et al (2000), o modelo de prática odontológica baseado na promoção de saúde, vem dando maior ênfase no controle e prevenção da cárie dentária e doença periodontal.

Pesquisas indicam (CHAVES, 1977; NARVAI, 2002; BASTOS PERES & RAMIRES, 2003; NARVAI, 2004) que as doenças de maior ocorrência na cavidade

bucal, e as de maior interesse do ponto de vista da saúde coletiva são: cárie dentária, doença periodontal, má-oclusão, fissura lábio – palatal, câncer bucal.

Dentre estas ocorrências, Chaves (1977) enumera três como as de maior importância: cárie dentária, doença periodontal e má-oclusão. Dentre estas prioriza a cárie dentária sobre as demais. Muitos autores como Walter & Nakama (1992), Narvai (2000), Araújo (2000), Buisch & Axlsson (2003), Mialhe & Pereira (2003), Baldani, Vasconcelos & Antunes (2004) concordam com Chaves (op. cit) em priorizar a cárie dentária, como um problema de saúde pública, uma vez que esta atinge praticamente toda a população brasileira.

Reportando aos apontamentos de aula que teve com Nathan na Escola de Saúde Pública da Universidade de Michigan, Chaves (1977), estabelece como condição para se caracterizar uma doença como problema de saúde pública, o preenchimento dos seguintes critérios:

- O número de pessoas atingidas;
- Severidade do dano causado;
- Possibilidade de atuação eficiente;
- Custo per capita;
- Grau de interesse da comunidade.

O conjunto destes critérios, conforme o autor, faz com que um problema de saúde pública, se destaque sobre os demais, e a cárie dentária é quase sempre o problema número um na Odontologia, tendo em vista que:

- Atinge praticamente toda a população brasileira;

- Pode causar: insuficiência mastigatória, alterações estética facial, é causa indireta de doença periodontal e má – oclusão, agravando assim outros problemas da Odontologia;
- Hoje, com os dentifícios fluoretados, água de abastecimento fluoretada, educação em saúde bucal, consegue-se uma atuação eficiente no controle da doença cárie;
- Um programa de tratamento da cárie dentária apresenta um custo menor do que o tratamento periodontal e ortodôntico.

Entretanto, para a determinação das condições de saúde bucal e atender as necessidades de tratamento da população, é de fundamental importância coletar informações acerca da saúde bucal das pessoas e a realização de monitoramento das alterações nos níveis e padrões de doenças bucais daquela comunidade (OMS, 1999).

Segundo Roncalli (2006), os levantamentos epidemiológicos, a maioria tendo como base o índice CPO – D, que é o índice pelo qual se mede o número de dentes cariados, perdidos e restaurados por indivíduo, têm sido pouco experimentados no Brasil. Em contraste, com esta situação países como a Inglaterra e os Nórdicos, detêm bases de dados de cárie dentária desde as primeiras décadas deste século XX. Daí, a importância de estudos científicos, no Brasil, voltados para a coleta e análise destes dados.

Para a doença periodontal, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda aos países, o uso do índice CPITN (Índice Comunitário de Necessidades

de Tratamento Periodontal) para conhecer a situação periodontal de grupos populacionais, dimensionar recursos necessários e avaliar resultados obtidos após o desenvolvimento de ações nesta área (NARVAI, 2004).

O Brasil realizou seu primeiro levantamento de saúde bucal, de base nacional, somente no ano de 1986. Este estudo realizado pelo Ministério de Saúde (MS), limitou-se a zona urbana das cinco macro-regiões brasileiras. Em cada região algumas capitais foram escolhidas para serem representativas de seus respectivos Estados, e conseqüentemente, das regiões (PINTO, 2003; RONCALLI, 2006).

No ano de 1993, o Serviço Social da Indústria (SESI) realizou um levantamento epidemiológico em crianças matriculadas nas escolas do SESI, das capitais e interior de 23 Estados, com idades de 3 e 6 anos (dentes decíduos) e 7 e 14 anos (dentes permanentes) (PINTO, 2003; RONCALLI, 2006).

Dez anos após a realização do primeiro levantamento epidemiológico em saúde bucal de base nacional, o MS realizou um levantamento, que sofreu severas críticas quanto à fidedignidade da coleta dos dados (PINTO, 2003; BRASIL, 2004; RONCALLI, 2006).

No início do ano de 2004, foi finalizado o levantamento nacional de saúde bucal denominado SB Brasil. Tal levantamento tinha como finalidade produzir informações sobre as condições de saúde bucal da população brasileira e subsidiar o planejamento-avaliação de ações nessa área nos diferentes níveis de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Este levantamento nacional envolveu a participação

de várias entidades e instituições odontológicas. Aproximadamente 2000 trabalhadores da área da saúde (agentes de saúde, auxiliares de consultório dentário, cirurgiões dentistas) de 250 municípios foram envolvidos na coleta de dados (BRASIL, 2004).

A amostra obtida permitiu a produção de estimativas segundo as principais variáveis de estratificação previstas no Projeto SB Brasil.

Este levantamento apresenta dados relativos à condição de saúde bucal da população brasileira (PUCCA, 2004; BRASIL, 2004).

O SBBRASIL foi o maior levantamento epidemiológico realizado sobre saúde bucal e suas doenças, e deverá permitir um melhor direcionamento de ações públicas em saúde bucal à população.

1.3. METAS DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) E OS LEVANTAMENTOS EPIDEMIOLÓGICOS EM SAÚDE BUCAL DE BASE NACIONAL.

Em maio de 1981, a OMS juntamente com a Federação Dentária Internacional (FDI) propuseram as seguintes metas a serem alcançadas no ano de 2000, em relação à saúde bucal:

- 50% das crianças com idades de 5 e 6 anos livres de cárie dentária;
- CPO-D menor que 3,0 em crianças de 12 anos;
- 85% dos jovens de 18 anos apresentando todos os dentes funcionais;
- 75% nas faixas etárias de 35-44 anos com pelo menos 20 dentes funcionais;
- 50% nas faixas etárias 65 anos ou mais com pelo menos 20 dentes funcionais.

Os levantamentos epidemiológicos de base nacional realizados em 1986 e 1996, no Brasil, foram analisados por Narvai (2000) e o pesquisador comparou os dados com as metas definidas pela OMS/ FDI para serem atingidas até o ano 2000.

Esta pesquisadora, autora desse estudo, procurou contribuir com as análises anteriores, no sentido de avançar na produção do conhecimento científico, acrescentando aos dados já obtidos, os referentes ao SB Brasil, concluído em 2004, comparando-os com os de 1986, 1996, juntamente com as

metas definidas pela OMS/ FDI para 2000 e 2010. Portanto, a contribuição está centrada nas metas de 2010 e nos dados levantados pelo SB Brasil.

O resultado destas análises gerou as seguintes informações:

META N^o 1 definida pela OMS /FDI para as crianças com **idade de 5 e 6 anos**:

- **2000**: 50% livres de cárie;

- **2010**: 90% livres de cárie.

No levantamento epidemiológico realizado no Brasil nos anos de 1986 e 1996 as crianças, deste universo etário, não foram incluídas na amostra.

Os dados levantados pelo SB Brasil contemplou as crianças de 5 anos e observou que 40,62% das crianças, nesta idade, estão livres de cárie. Este percentual aproxima-se da meta de 2000, que estabelecia 50%, mas está bem distante do que se pretende atingir até 2010 (90%).

META N^o 2 definida pela OMS /FDI para os pré-adolescentes com **idade de 12 anos**

- **2000**: CPO-D menor que 3,0

-**2010**: CPO–D menor que 1,0

Esta meta é a que se tem a melhor informação porque ela está presente em todos os levantamentos realizados.

Em 1986, o índice CPO-D observado foi de 6,7 nesta população

pesquisada e em 1996 foi de 3,1.

Segundo Narvai (idem) se for considerado o intervalo de confiança para a média de 1996, a meta preconizada pela OMS / FDI para 2000 foi atingida.

O levantamento realizado pelo SB Brasil encontrou um índice CPO-D de 2,78, o que demonstra uma melhora sensível na condição de dentes cariados, perdidos e restaurados, nesta idade, no decorrer dos anos. Mas, para atingir a meta estabelecida pela OMS/ FDI até 2010 há muito, ainda, o que se fazer.

META Nº 3 definida pela OMS /FDI em relação aos jovens com **idade de 18 anos:**

- **2000:** 80% com todos os dentes presentes;

- **2010:** 100% com todos os dentes presentes.

O levantamento de 1986 obteve dados referentes às faixas etárias de 15-19 anos. Nesta faixa etária constatou-se que 33% da população possuíam todos os dentes.

Estes dados revelam um percentual inferior às metas estabelecidas para 2000 e 2010. Em 1996 não há dados disponíveis.

O SBBRASIL também considerou em seu estudo as faixas etárias de 15-19 anos. Obteve o resultado de 55,09% da população, nesta faixa etária, com todos os dentes presentes. Os dados apontam que houve uma melhora em relação aos dados observados em 1986, mas há um caminho longo a percorrer para atingir as metas preconizadas para 2010.

META N^o. 4 definida pela OMS/ FDI para adultos da **faixa etária de 35 – 44 anos:**

- **2000:** 75% das pessoas com pelo menos 20 dentes funcionais;

- **2010:** 90% das pessoas com pelo menos 20 dentes funcionais

Nos levantamentos realizados em 1986 e 1996 não há dados pertinentes a essa faixa etária.

No levantamento do SBBRASIL evidenciou-se que 53,96% dos adultos, desta faixa etária, apresentavam 20 ou mais dentes. Assim, pode-se observar um resultado muito inferior às metas estabelecidas pela OMS/ FDI tanto para 2000 quanto para 2010.

META N^o. 5 definida pela OMS/ FDI em relação à **faixa etária de 65 anos ou mais:**

- **2000:** 50% das pessoas com 20 dentes funcionais ou mais

- **2010:** 5% das pessoas desdentadas.

As informações obtidas em 1986, pelo levantamento epidemiológico do MS, estudou a faixa etária de 50 a 59 anos. Os escores obtidos para o índice CPO-D e seus componentes (dentes perdidos, cariados e obturados) são expressivos, pois em um universo de 2256 examinados, o índice CPO-D foi de 7,06 com a proporção de 86% do componente dente extraído, ou seja, aproximadamente 14% da população (50 a 59 anos) apresentavam 20 ou mais dentes na boca.

O levantamento do SB Brasil concluído em 2004, examinou a faixa etária de 65-74 anos e pela análise dos dados obtidos observou que 10,23% desta população

apresentavam 20 ou mais dentes na boca. É importante atentar para o fato de que os levantamentos de 1986 e 2004 pesquisaram universo populacional com faixa etária diferente.

Pode-se observar pelos dados obtidos no levantamento epidemiológico SBBRASIL uma situação paradoxal da saúde bucal da população brasileira. Se, por um lado, houve redução de cárie dentária no pré-adolescente, com a idade de 12 anos, por outro lado, apontou o edentulismo em adultos e idosos e a persistência de disparidades sociais e regionais no acesso às ações de atenção à saúde bucal e assistência odontológica (MALTZ, 2004; MANFREDINI, 2004).

Outro dado fundamental, que as pesquisas apontaram, é que 28,6 milhões de brasileiros nunca visitaram um dentista. O mais preocupante é que quase 14% deste universo são jovens da faixa etária de 15-19 anos (BRASIL, 2004). Este dado demonstra que há dificuldade de acesso às ações de saúde bucal e assistência odontológica para os cidadãos brasileiros.

A partir do conhecimento destes dados, esta pesquisadora, levantou os seguintes questionamentos:

- Qual a condição bucal dos jovens de 18 anos do sexo masculino no município de Ponta Grossa – Paraná – Brasil?
- A porcentagem de jovens, desta idade, que nunca foram ao dentista no

município de Ponta Grossa é proporcional à porcentagem encontrada na região Sul (5%) ou do Brasil (aproximadamente 14%)?

Portanto, o conhecimento dos dados, a falta de informações referentes à condição de saúde bucal dos jovens, foi que despertou, nesta pesquisadora, o interesse em conhecer a condição de saúde bucal, o acesso à assistência odontológica e a proporção de jovens que nunca foram ao dentista no município de Ponta Grossa – Paraná –Brasil.

O município possui, aproximadamente, um cirurgião dentista para cada setecentos e vinte e dois habitantes. Esta relação cirurgião-dentista X habitante está dentro de um padrão em que é possível o município oferecer aos seus cidadãos um atendimento de qualidade. Considerando, ainda, que mais de cento e cinquenta destes profissionais são funcionários concursados ou credenciados pela Prefeitura Municipal de Ponta Grossa, para dar assistência odontológica tanto preventiva quanto curativa.

1.4.CARACTERÍSTICAS DO MUNICÍPIO DE ESTUDO

“[...] refletir sobre as características histórico-sociais de qualquer cidade é refletir sobre o amplo conjunto de condições que delinearão o ambiente cultural em que se moviam e comunicavam seus habitantes, fossem eles os chamados” homens comuns “, fossem, de forma especial, as elites políticas e intelectuais”.

(Ângela Castro Gomes)

1.4.1. Histórico do Município Ponta Grossa:

No século XVII, o povoamento dos Campos Gerais foi começado por iniciativa dos nobres potentados paulistas José Góis de Moraes e Pedro Taques de Almeida, secundados por outros membros da ilustre linhagem, que requereram grandes sesmarias no território paranaense, abrangendo desde a margem esquerda do rio Itararé às cabeceiras do Tibagi (PONTA GROSSA, 2005; CHAVES, 2001).

A ocupação das terras dos Campos Gerais iniciou-se logo na primeira década do século XVIII. Local próprio para o desenvolvimento da pecuária (tendo o seu limite sul no vale do Rio Iguaçu e extremo norte demarcado pelo Rio Itararé), os Campos Gerais tornaram-se então passagem obrigatória na rota do comércio que levava gado e muares do Rio Grande do Sul abastecimento de São Paulo e das Minas Gerais (PONTA GROSSA, 2005; CHAVES, 2001).

Nascida sob a hegemonia das fazendas, Ponta Grossa crescia e tinha novas ambições: um teatro (1873), uma biblioteca (1876) indicadores do novo vigor e mentalidade arejada de seus habitantes. O núcleo urbano pontagrossense entrava em uma fase de expansão. A população local em 1890 atingia a casa dos 4.774 habitantes (PONTA GROSSA, 2005).

No final do século XIX, com a chegada da ferrovia, ocorre a dinamização dos rumos da cidade, trazendo uma nova dimensão. A partir daí, Ponta Grossa ingressa em processo de modernização urbana. Em um primeiro momento, são retratadas mudanças no quadro físico da cidade, inicialmente de modo desordenado, seguido da ocupação racional e do ordenamento do espaço urbano. (CHAVES, 2001).

À medida que o processo de modernização vai avançando, a cidade vai adquirindo um "clima urbano" contando com bandas musicais que disputavam espaço para as apresentações, cinema, luz elétrica, associações beneficentes e hospital (PONTA GROSSA, 2005; CHAVES, 2001).

Um estudo sobre a cidade revela que "as primeiras décadas do século XX constituem uma conjuntura extremamente favorável para a economia pontagrossense", o que pode ser constatado pela elevação na arrecadação de impostos, pelas obras construídas nessa fase, quando da instalação de várias fábricas e estabelecimentos comerciais cujos proprietários, em grande maioria, eram imigrantes.

O crescimento econômico de Ponta Grossa levou-a a condição de pólo regional no Paraná ao longo das quatro primeiras décadas do século XX, exercendo

grande influência na sua área de abrangência. Ocupou a posição de segunda cidade do Estado no que diz respeito ao contingente populacional. Em 1908 superou a casa dos 15.000 moradores. Em 1920 chegou a 20.171 pessoas e em 1940, contava com 38.417 habitantes. A posição de destaque da cidade se confirma, também, pela criação do Bispado em 1926 cuja diocese compreendia doze paróquias em toda região dos Campos Gerais.

A conjuntura econômica favorável em Ponta Grossa nos anos 20 e 30 possibilitaram um discurso de enaltecimento à cidade similar ao do Movimento Paranista. Artigos, do jornal Diário dos Campos, apresentam uma imagem idealizada da cidade e projetam um futuro promissor.

Ao chegar à década de 1950, encontramos uma nova realidade. O Paraná buscava uma nova identidade regional devido ao crescimento vertiginoso de sua população, a ampliação de suas fronteiras e o impulso econômico da lavoura cafeeira. A terra roxa e o café fizeram a riqueza e a importância política de sua região norte.

Nesse contexto, iniciou-se também para Ponta Grossa um novo período histórico. A cidade, historicamente vinculada ao tropeirismo e a economia agrária, a Ponta Grossa camponesa, e que no princípio do século XX experimentou um momento de euforia urbano capitalista - a Ponta Grossa princesa, ingressou numa fase correspondente àquela vivida pelo Paraná. A busca de uma nova identidade transformou-se no grande desafio para os ponta-grossenses a partir então (PONTA GROSSA, 2005).

1.4.2.Ponta Grossa Atual:

Ponta Grossa é o principal entroncamento rodo-ferroviário do Sul do país, destacando-se pela facilidade de acesso a todas as regiões do Estado (PONTA GROSSA, 2005).



Figura 1: Mapa rodo – ferroviário da cidade de Ponta Grossa-Pr-Brasil

Área bem irrigada por ampla rede hidrográfica, onde se destacam os rios: Tibagi, Verde, Pitangui, também o Arroio da Chapada, Além Das Bacias Hidrográficas do Botuquara, Cará-Cará, de Olarias, do Rio da Morte, Arroio Terra Vermelha, Ribeirão Quebra-Perna, etc. Tais bacias são relativamente pequenas, mas, devido a sua cobertura vegetal de retenção de umidade, permitem um desaguar relativamente rápido para as calhas destes cursos d'água. Apresenta um clima sub - tropical úmido mesotérmico.

O município limita-se ao Norte com a cidade de Castro, ao Sul as cidades de Palmeira e Teixeira Soares, ao Leste a cidade Campo Largo e ao Oeste cidades de Tibagi e Ipiranga .

Apresenta uma área de perímetro urbano de 91,72 Km² e perímetro rural de 1.195,4 Km² , totalizando uma área de 2.112,6 Km² (PONTA GROSSA, 2005).

A população urbana é de 272.946, a rural é de 13.701, chegando um total de 286.647 habitantes.

O setor da saúde está constituído de 10 (dez) estabelecimentos hospitalares, 49 (quarenta e nove) Unidades de Saúde, 680 (seiscentos e oitenta) leitos hospitalares, 15 (quinze) laboratórios, 23 (vinte e três) clínicas médicas e odontológicas, 08 (oito) clínicas de reabilitação (PONTA GROSSA, 2005).

No ano de 2001, uma administração popular³ passou a governar o município de Ponta Grossa. Em 26 de janeiro de 2001, foi sancionada a Lei N. ° 6.681 que criou o Instituto de Saúde Ponta Grossa, de natureza autárquica, com responsabilidade jurídica de direito público, autonomia administrativa, técnica e financeira.

Esta autarquia passou a ter patrimônio e receitas próprias diretamente vinculadas a Secretaria Municipal de Saúde de Ponta Grossa. O objetivo da criação do Instituto se assentava no fato de agilizar ações de planejamento, promoção, coordenação, execução e acompanhamento das atividades da área de saúde desenvolvidas pelo Poder Público Municipal, em consonância com o Poder Público Estadual e Federal (MS).

Ao Instituto de Saúde Ponta Grossa compete:

- I - Ampliar o acesso à população à assistência a saúde (principalmente a mais carente);
- II-Promover a integração dos serviços e ações de saúde, através de sistemas regionalizados e hierarquizados de saúde;
- III-Planejar, coordenar, avaliar e controlar serviços e ações a níveis ambulatoriais, hospitalares e de apoio diagnóstico e terapêutico;
- IV-Coletar, consolidar, analisar e divulgar dados estatísticos de saúde;
- V-Desenvolver programas e atividades de vigilância sanitária, epidemiológica e de controle de doenças;
- VI-Desenvolver outras ações determinadas pelo Conselho de Administração do Instituto de Saúde Ponta Grossa.

São órgãos do Instituto de Saúde Ponta Grossa:

1. Nível de Colegiado: Conselho de Administração
2. Nível de Coordenação Superior: Presidência (figura do Secretário Municipal de Saúde)
3. Nível de Direção Superior: diretoria Geral
4. Nível de Assessoramento: - Procuradoria Autárquica
- Assessoria de Comunicação Social
5. Nível de Execução:
Diretoria Administrativa e Financeira
Diretoria de Saúde Comunitária:
 - Gerência da Saúde da Família
 - Gerência de Saúde Bucal

³ Prefeito Péricles de Holleben Mello, governo do Partido dos Trabalhadores (PT)

- Gerência de Distritos Sanitários
- Gerência de Farmácia
- Gerência de Análises Clínicas
- Gerência de Pediatria

Diretoria de Vigilância à Saúde

Diretoria de Atenção à Saúde

- Hospital Municipal
- Hospital Infantil João Vargas de Oliveira
- Centro Municipal da Mulher
- Gerência do Pronto Atendimento
- Gerência do Centro Municipal de Especialidades
- Gerência de Saúde Mental
- Gerência do SIATE
- Gerência de Controle e Avaliação
- Gerência de Especialidades Odontológicas

O Setor da Odontologia faz parte do Instituto de Saúde Ponta Grossa. É composto por cento e doze cirurgiões dentistas, sendo cento e três municipais com carga horária de vinte horas contratuais semanais. Dentre estes profissionais há dez com carga horária de quarenta horas semanais, porque atuam na Estratégia Saúde da Família; quatro são funcionários federais cedidos ao município com carga horária de quarenta horas semanais e cinco são funcionários públicos estaduais cedidos ao município com trinta horas semanais. Além destes, há trinta e um atendentes de consultório dentário e treze técnicas de higiene dentária com carga horária de

quarenta horas semanais.

O município de Ponta Grossa oferece serviços odontológicos na área da atenção básica com atendimento aos escolares, implantação gradativa das equipes de saúde bucal modelo II (com atendente de consultório dentário e técnico higiene dental) e modelo I (somente com atendente de consultório dentário), atendimento em Unidades Básicas de Saúde sem estar dentro da Estratégia Saúde da Família.

Na atenção secundária oferece atendimento odontológico especializado em Endodontia (tratamento de canal), Odontopediatria (atendimento às crianças que o clínico geral não consegue), clínica do bebê (atendimento crianças de 0 a 3 anos), Periodontia (tratamento das doenças da gengiva); Cirurgia Oral Menor (principalmente extração de terceiros molares), lesões bucais (diagnóstico e prevenção), Radiologia (radiografias intra-bucais).

É importante ressaltar, que o atendimento ocorre somente em horário comercial, não havendo serviço disponível para a população após as 17:00 horas. Este procedimento administrativo pode ser um fator que dificulta, e muitas vezes, impossibilita o acesso do cidadão trabalhador ao atendimento odontológico de rotina.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL:

- Produzir informações sobre o estado geral de saúde bucal dos jovens de 18 anos do sexo masculino do município de Ponta Grossa-Paraná e como se dá o acesso e atendimento aos serviços odontológicos.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar o índice CPO-D, condição periodontal, números de dentes presentes, alteração de tecidos moles, bem como as necessidades de tratamento odontológico.
- Levantar as características sócio-econômicas.
- Conhecer como se dá o acesso aos serviços odontológicos e a porcentagem de jovens que nunca foram ao dentista.
- Verificar a percepção dos jovens quanto à sua saúde bucal.

3. MATERIAL E MÉTODOS

“- Poderia me dizer para que lado devo ir? - perguntou Alice.
- Isso depende do lugar aonde quer chegar - disse o Gato.
- Não me importo muito - disse Alice.
- Então não importa para que lado vai – disse o Gato “.
(CARROL, 1995)

3.1. Tipo de Estudo:

Diferentemente de Alice (CARROL, 1995, p. 55), o trabalho acadêmico/científico exige a definição do lugar que se queira chegar. Este lugar é apontado pelo objetivo estabelecido para a pesquisa que define a metodologia do estudo.

Assim, a metodologia é o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. Inclui concepções teóricas da abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a construção da realidade e o sopro intuitivo da criatividade do investigador (MINAYO, 2003).

A metodologia deve dispor de um instrumento claro, coerente, elaborado, capaz de encaminhar os impasses teóricos para o desafio da prática sem deixar de focar o objetivo pretendido.

Para atingir os objetivos propostos por esse estudo, optou-se pela abordagem metodológica denominada estudo seccional. Esta abordagem metodológica é também conhecida como estudo transversal, porque ela preconiza a necessidade de um corte no fluxo histórico dos fatos sob observação, possibilitando estabelecer a correlação entre as características de tais fatos e o contexto situacional no momento do estudo (ALMEIDA FILHO & ROUQUARYOL, 2002; FLETCHER, FLETCHER & WAGNER, 1996).

Em síntese, o estudo seccional ou transversal funciona como uma fotografia em que todos os indivíduos são observados ao mesmo tempo, num determinado momento ou em um intervalo de tempo muito curto (BELLUSCI, 2003).

3.2. Local e população de estudo:

A população do Estudo foram os alistandos do Serviço Militar Obrigatório do Exército Brasileiro, do Órgão de Formação da Reserva da 24^a. Delegacia de Serviço Militar/ 15^a.CSM da cidade de Ponta Grossa – Paraná, no ano de 2005.

O foco do Estudo foram todos os jovens com 18 anos ou que completavam 18 anos no ano de 2005, residentes no município de Ponta Grossa, que se apresentaram para os exames e processo de seleção militar.

Segundo a Junta Militar Municipal os jovens nesta faixa etária inscritos constituíam um universo de 2714 (dois mil setecentos e quatorze).

A justificativa para a escolha deste grupo populacional está assentada no fato desta pesquisadora ter tomado conhecimento do estudo realizado em 1999 na cidade de Florianópolis/ Santa Catarina, por Gonçalves, Peres & Marcenes (2002) e do estudo realizado em 2003 por Amaral (2004) na cidade de Maringá/ Paraná. Segundo estes autores, a relação de alistandos do Exército representa uma boa alternativa para estudos em saúde bucal. Especialmente os estudos que pretendem aferirem variáveis para população de homens jovens, uma vez que todos os jovens do sexo masculino ao completarem 18 anos (maioridade civil) devem se apresentar ao Serviço Militar Obrigatório.

Portanto, foram estes trabalhos que estimularam esta pesquisadora a optar em desenvolver o estudo, na cidade de Ponta Grossa, com a população acima descrita.

[CS1] Comentário: O termo é uma locução prepositiva, e segundo o dicionário Michaelis, o por deve ser seguido de substantivo, sendo assim é errado escrever por desenvolver o. De forma que está certa esta forma de escrita.

O campo de pesquisa foi o 13.º Batalhão de Infantaria Blindada (13.º BIB), do município de Ponta Grossa. A coleta de dados ocorreu no período de 15 de agosto a 30 de setembro de 2005, simultaneamente ao processo de seleção militar, conforme contatos preliminares com as respectivas autoridades militares (via ofício e pessoalmente) de modo a não alterar a rotina e o bom andamento das atividades militares.

A apresentação dos jovens ao exame de saúde ocorreu por ordem de escolaridade do maior para o menor grau. Por esse motivo fez-se necessário à ida ao campo de pesquisa todos os dias a fim de se conseguir uma amostra representativa.

3.3. Amostra da pesquisa

Para o cálculo da amostra representativa utilizou-se a seguinte fórmula:

$$n = \frac{Z^2 \cdot P (1 - P)}{d^2}$$

Onde:

n = número de indivíduos

Z = distribuição normal

P = prevalência da doença

d = erro de estimativa

Este estudo tomou como referência o número de jovens inscritos no exame de seleção militar /2005 (n = 2714). Tinha como meta levantar o percentual de jovens, desta faixa etária, que nunca foram ao dentista. Para isso, inicialmente, tomou-se como base os dados levantados pelo SB Brasil que apontam para um percentual de 5% de jovens na região Sul, da faixa etária de 15-19 anos, que não tiveram acesso aos serviços odontológicos.

Para o cálculo da amostra, considerou-se o valor de 5% para prevalência da doença (P), para a distribuição normal (Z) foi estimado o valor fixo de 1,96 que é a distribuição caracterizada pela Curva de Gauss (SOARES & SIQUEIRA, 2002) e o erro de estimativa (d) foi definido em 2%.

Tomando em consideração o cálculo acima descrito, chegou-se ao n= 390

(trezentos e noventa). A este número foi adicionado mais 10% para considerar possíveis perdas, obtendo-se um valor amostral de 429 (quatrocentos e vinte e nove) que foi arredondado, para facilitar cálculos, em 430 (quatrocentos e trinta) jovens a serem examinados.

Para definir o recorte da seleção dos jovens a serem entrevistados e examinados por dia, tomou-se como referência o número total de alistandos (2714) e dividiu-se este número pelo valor amostral definido (430). Desta forma, obteve-se um quociente de 6,31, sendo arredondado para 6 indivíduos.

Assim, dos cem alistandos que se apresentariam por dia para os exames de seleção militar, dezesseis seriam selecionados para entrevista e exame bucal.

Para a seleção destes indivíduos foram confeccionados cem números em papel cartolina, sendo oitenta e quatro na cor vermelha e dezesseis na cor amarela.

Os cartões coloridos serviram como estratégia para selecionar os sujeitos desta pesquisa. O procedimento consistiu em distribuir, aos alistandos que estavam na fila à espera do encaminhamento ao exame de seleção para o serviço militar, os cartões na cor vermelha e amarela.

Foram selecionados os jovens que recebiam o cartão na cor amarela. A definição da cor do cartão dependia do lugar que o alistando ocupava na fila. Cada alistando, ao chegar na fila, recebia um cartão que havia sido organizado anteriormente em uma seqüência programada. Tal seqüência consistia em colocar

um cartão amarelo a cada cinco vermelhos.

Dos quatrocentos e trinta alistados selecionados para a pesquisa, foram excluídos do estudo nove jovens por apresentarem mais de 18 anos (refratários⁴).

Desta forma este estudo trabalhou com o universo numérico de quatrocentos e vinte e um homens jovens na idade de 18 anos.

3.4. Instrumento de coleta de dados:

A coleta de dados foi realizada através do preenchimento de um formulário estruturado, com questões fechadas, que versava sobre: caracterização sócio-econômica, autopercepção em saúde bucal, acesso aos serviços odontológicos e a ficha de exame bucal (APÊNDICE A).

Para a elaboração deste instrumento de coleta de dados utilizou-se o formulário e critérios validados pelo SB Brasil, usado no levantamento nacional de 2003 e concluído em 2004 (ANEXOS A e B).

Para coletar os dados dos jovens que declararam “nunca ter ido ao dentista” foi utilizado outro formulário, também estruturado, com uma questão fechada sobre o motivo da não procura. Este instrumento foi elaborado a partir do questionário proposto por Pinto (2000) para levantamentos epidemiológicos.

O formulário, elaborado por esta pesquisadora, para o levantamento dos jovens que nunca foram ao dentista foi pré-testado em uma comunidade carente do município de Ponta Grossa (APÊNDICE B). O agente comunitário de saúde da localidade auxiliou nesta fase de pesquisa para identificação dos moradores que nunca haviam consultado um cirurgião dentista. Nesta fase exploratória da pesquisa foram identificadas, pelo agente comunitário, dezessete pessoas que nunca tiveram acesso aos serviços odontológicos. O agente comunitário de saúde realizou

⁴ O termo refratário refere-se ao jovem que não se apresentou ao serviço militar no tempo regular.

sessenta e nove entrevistas domiciliares, no período de 3 a 18 de novembro de 2004.

A análise dos dados coletados, neste pré-teste, exigiu da pesquisadora a reformulação de alguns itens (APÊNDICE C).

3.5. Rotina de coleta de dados:

O serviço militar exigia que os alistandos se apresentassem às 7:00 horas, entretanto, a partir das 6 horas e 30 minutos alguns jovens já começavam a chegar. À medida que os jovens chegavam, organizavam-se em fila indiana, em que o Tenente responsável pelo trabalho ia recolhendo os certificados de alistamento. Juntamente com ele a pesquisadora ia distribuindo as senhas e separando do grupo os jovens sorteados para a pesquisa.

Os exames foram realizados na sala do corpo da guarda, ambiente amplo, com boa iluminação natural. A pesquisadora paramentou - se com equipamentos de proteção individual (EPI): jaleco, touca, máscara, luvas. Sendo que as luvas eram trocadas a cada exame.

No exame bucal utilizou-se espelho clínico e sonda específica, desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde, conhecida como "sonda CPI", previamente esterilizados.

Durante todo o período da pesquisa, para aferir a consistência do exame realizado pela pesquisadora e o grau de concordância intra-examinador (o quanto o examinador concorda com ele mesmo) realizou-se exame em duplicata em 7% da amostra, totalizando trinta exames. A OMS preconiza 5% a 10% da amostra em duplicidade (não menos de 25 exames) (OMS, 1999), sendo o reexaminado escolhido de modo aleatório, sem o conhecimento do pesquisador.

Utilizou-se como referencial para definir os níveis de aceitabilidade das concordâncias, a metodologia empregada no Projeto SB Brasil, no Manual de Calibração de Examinadores (BRASIL, MS, 2001).

O resultado referente ao exame da coroa dentária foi 98,33% de concordância; para a necessidade de tratamento 98,75%, que, de acordo com os parâmetros de confiabilidade, considera –se excelente concordância.

Quanto à condição periodontal (CPITN) obteve-se 95,56% de concordância, considerada ótima concordância e em limites aceitáveis da “porcentagem geral de concordância” intra – examinadores.

Nas demais variáveis uso de prótese, necessidade do uso de prótese, uso de aparelho ortodôntico e alteração de tecido mole, obteve-se 100% de concordância e, sendo concordâncias perfeitas (**Quadro 1**).

Índice	Campo	n.exame	Discord.	Concor.	Campos +exame	% Discord.	% Concord.
Uso prótese	2	30	0	60	60	0,00	100,00
Necessidade prótese	2	30	0	60	60	0,00	100,00
Uso aparelho	3	30	0	90	90	0,00	100,00
Cárie coroa	32	30	16	944	960	1,67	98,33
Tratamento	32	30	12	948	960	1,25	98,75
CPI	6	30	8	172	180	4,44	95,56
Tecido mole	3	30	0	90	90	0,00	100,00

Quadro1. Matriz para a verificação da concordância geral exame intra-examinador.

3.6. Implicações éticas:

Foram enviados ofícios solicitando autorização ao responsável pela coordenação das Unidades de Saúde na área de Odontologia para realizar o pré-teste e ao comandante do 13^o. BIB para desenvolver a pesquisa no referido local (APÊNDICES E e F).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina (PARECER CEP 202/04) no dia 03 de fevereiro de 2005 (ANEXO C).

Todos os examinados foram esclarecidos quanto às características da pesquisa, finalidade, o sigilo dos dados obtidos e a livre decisão de participação do sujeito na pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D).

3.7. Análise estatística dos dados:

A entrada dos dados e a análise estatística foram realizadas utilizando-se o Programa Epiinfo versão 3.2.2.

Para testar as diferenças entre as proporções do índice CPO-D e seus componentes com as variáveis sócio – econômicas; local de atendimento, motivo e tempo da última consulta; auto-percepção em saúde bucal e acesso aos serviços odontológicos foi empregado teste de Kruskal–Wallis.

O teste de Kruskal-Wallis é indicado para os estudos em que a variância não é homogênea, nestes casos, utiliza-se a mediana como referência. Desta forma o estudo, consegue obter significância estatística⁵.

A análise do estudo referiu-se as seguintes variáveis:

- **Quanto à condição sócio – econômica:** grupo étnico; escolaridade; se estudante e horário que estuda; se trabalha e horário que trabalha; posse de automóvel; tipo de moradia; renda familiar e renda pessoal.

- **Quanto ao acesso aos serviços odontológicos:** Se já consultou algum dentista; se não, o porquê; tempo da última visita ao dentista; local do atendimento; o porquê da consulta; avaliação do entrevistado quanto ao atendimento; recebeu informação sobre como evitar problemas bucais.

⁵ Informação obtida consultando a professora de estatística Dr^a Tieme Matsuo.

- **Quanto à percepção do jovem em relação a sua saúde bucal:** percepção quanto à condição de saúde bucal; sobre a aparência de dentes, gengivas, fala e mastigação; sobre a saúde bucal e o relacionamento com outras pessoas; e se teve dor nos dentes e gengivas nos últimos seis meses.

- **Variáveis relacionadas ao exame bucal:** cárie dentária; doença periodontal; alteração de tecido mole; necessidade de tratamento odontológico; uso de prótese dentária; uso de aparelho ortodôntico.

4. RESULTADOS:

“Saber melhor o que já sei, às vezes implica saber o que antes não era possível saber”. (Paulo Freire)

A pesquisa realizada na população de homens de 18 anos completos ou a serem completados no ano de 2005, residentes do município de Ponta Grossa, obteve uma amostra final de 421 jovens examinados. Houve a exclusão de nove jovens que apresentavam idade superior a 18 anos (refratários). Não tivemos nenhuma recusa.

Dos grupos étnicos, a maior participação foi de brancos (75,00%), seguidos dos pardos (14,00%). Os demais somaram 11,00% .

A apresentação dos resultados foi dividida por variável estudada.

4.1 Cárie dentária e sua relação com outras variáveis

Tabela 1. Distribuição das médias dos componentes cariados, perdidos, obturados, do índice CPO-D e números de dentes presentes em jovens do sexo masculino de 18 anos (n = 421). Ponta Grossa, Paraná, Brasil, 2005.

	Cariados	Perdidos	Restaurados	CPO-D	Dentes Presentes
Média	3,63	0,55	2,74	6,92	28,32
Desvio Padrão	3,67	1,25	3,30	4,48	2,01
Mínimo	0,00	0,00	0,00	0,00	8,00
Quartil 25%	1,00	0,00	0,00	4,00	28,00
Mediana	3,00	0,00	2,00	7,00	28,00
Quartil 75%	6,00	0,00	4,00	10,00	29,00
Máximo	3,00	8,00	17,00	30,00	28,00

A prevalência de cárie dentária foi de 75,54% (n= 318), o índice CPO-D médio foi de 6,02 e CPO-D zero encontrado foi de 6,65% (n= 28) da amostra. A população livre de cárie constitui – se de 24,46% (n= 103) jovens, apenas 1% (n= 4) apresentavam todos os 32 dentes hígidos, ou seja, não portavam lesão cariada, perdas dentárias e restaurações. A média de dentes presentes na cavidade bucal dos jovens pesquisados foi de 28,32, sendo que foram encontradas a média de 2,74 de dentes restaurados e a média de 0,55 de dentes extraídos (**Tabela 1**).

Dos jovens examinados 99,30% não utilizavam nenhum tipo de prótese dentária superior e 100% nenhuma prótese dentária inferior. A porcentagem de jovens que necessitavam de algum tipo de prótese superior foi de 2,60% e 7,10% de prótese inferior.

Quanto ao uso de aparelho ortodôntico 92,60% dos entrevistados não usavam, 5,50% usavam em ambas as arcadas, 1,20% somente na arcada superior e 0,70% somente na arcada inferior.

Comparou-se a presença de dentes cariados, perdidos e restaurados com as variáveis sócio-econômicas (**tabela 2**).

Tabela 2. Índice CPO-D e componentes, segundo variáveis sócio-econômicas em jovens de 18 anos. Ponta Grossa, Paraná, Brasil, 2005.

VARIÁVEIS	CARIADOS			PERDIDO			RESTAURADOS			CPO-D		
	mediana	média	DP	mediana	média	DP	mediana	média	DP	mediana	média	DP
Renda Familiar	p<0,01			p=0,13			p=0,03			p=0,23		
Não Sabe	3,00	4,21	4,00	0,00	0,56	1,33	1,00	2,58	3,28	7,00	7,15	4,80
< 1 SM	4,50	5,29	3,95	0,00	0,29	0,61	2,00	3,43	4,09	7,00	9,00	5,30
1 a 2 SM	4,00	4,42	3,71	0,00	0,48	0,89	1,00	2,28	2,99	7,00	7,18	4,20
3 a 4 SM	2,00	2,86	2,76	0,00	0,30	0,79	2,00	3,19	3,69	6,00	6,36	3,80
> 5 SM	1,00	1,88	2,78	0,00	0,09	2,98	2,00	3,01	3,01	4,50	6,18	4,30
Renda Pessoal	p<0,01			p=0,31			p=0,49			p=0,49		
Não Tem	2,00	3,27	3,76	0,00	0,50	1,20	2,00	2,83	3,52	6,00	6,60	4,60
< 1 SM	3,50	4,09	3,75	0,00	0,45	0,19	1,00	2,36	2,99	7,00	6,90	4,70
1 a 2 SM	4,00	4,10	3,42	0,00	0,67	1,31	2,00	2,82	3,17	8,00	7,57	4,10
3 a 4 SM	1,00	1,50	2,15	0,00	1,00	1,81	2,50	3,16	3,24	5,00	5,67	3,00
Escolaridade	p<0,01			p=0,14			p<0,01			p=0,10		
1 a 4 anos	3,50	3,57	3,39	0,00	0,07	1,26	0,00	1,36	2,68	5,00	5,00	3,80
5 a 8 anos	4,00	4,97	3,59	0,00	0,37	0,95	1,00	2,18	3,01	7,00	7,52	4,40
9 a 11 anos	2,00	2,89	3,53	0,00	0,67	1,40	2,00	3,13	3,43	6,00	6,69	4,40
Analfabeto	4,00	4,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4,00	4,00	0,00

Valor de p= Teste de Kruskal-Wallis

Observou-se que as rendas familiar, pessoal e a escolaridade são estatisticamente significantes ($p < 0,01$) para a presença de dentes cariados. A variável escolaridade é estatisticamente significante para a presença de dentes restaurados ($p < 0,01$).

Os jovens com renda familiar e pessoal maior, apresentaram uma média menor de dentes cariados (média 1,88, com desvio padrão 2,78 para a renda familiar e média 1,50, com desvio padrão 2,15 para a renda pessoal) ($p < 0,01$).

Quanto à escolaridade, os dados encontrados mostraram-se estatisticamente significantes. Encontrou-se a média de 2,89 dentes cariados para os jovens com mais de 9 (nove) anos de estudo ($p < 0,01$) com desvio padrão de 3,53. Observou-se que a média de dentes restaurados aumenta conforme os anos de estudo, ou seja, em jovens com 1 a 4 anos de estudo, a média de dentes restaurados foi de 1,36 (DP 2,68) e 9 a 11 anos de estudo a média foi de 3,13 (DP 3,43) ($p < 0,01$) (**tabela2**).

Relacionou-se os dentes cariados, perdidos e restaurados com o tipo de serviço que os jovens utilizaram, motivo e tempo da última consulta odontológica (**tabela 3**).

Tabela 3. Índice CPO-D e componentes, segundo variáveis local de atendimento, motivo e tempo da última consult em jovens de 18 anos. Ponta Grossa. Paraná. Brasil. 2005.

VARIÁVEIS	CARIADOS			PERDIDO			RESTAURADOS			CPO-D	
	mediana	media	DP	mediana	media	DP	mediana	media	DP	mediana	medi
Local de atendimento	p<0,01			p<0,01			p<0,01			p=0,45	
Nunca foi atendido	5,00	5,57	3,79	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5,00	5,57
Serviço Público	4,00	4,33	3,38	0,00	0,30	0,78	1,00	2,29	2,99	7,00	6,92
Serviço Privado Liberal	1,00	2,82	4,12	0,00	0,87	1,55	3,00	3,52	3,34	6,00	7,22
Serviço Privado Suplementar	1,00	2,14	2,85	0,00	0,93	1,74	3,00	4,03	3,86	7,00	7,10
Serviço Filantrópico	2,00	2,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,00	2,00
Outros	1,00	2,75	3,95	0,00	1,12	1,81	2,00	3,12	3,22	7,00	7,00
Motivo da Consulta	p<0,01			p=0,03			p<0,01			p<0,01	
Nunca foi atendido	5,00	5,57	3,79	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5,00	5,57
Consulta rotina/manutenção	1,00	2,66	3,12	0,00	0,59	1,42	2,00	3,16	3,60	6,00	6,41
Dor	5,00	5,27	3,45	0,00	0,43	0,77	1,00	2,15	2,49	8,00	7,85
Sangramento gengival	1,00	2,14	2,35	0,00	0,78	1,47	1,00	3,07	3,81	6,50	6,00
Cavidades nos dentes	4,00	4,87	3,41	0,00	0,62	1,06	2,00	3,16	2,91	9,00	6,33
Feridas,caroços,manchas boca	3,00	3,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,00	3,00
Outros	3,00	4,16	5,73	0,00	0,77	1,36	1,00	2,68	3,17	6,00	7,61
Tempo última consulta	p<0,01			p<0,01			p<0,01			p=0,18	
Nunca foi atendido	5,00	5,57	3,79	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5,00	5,57
< de 1 mês	1,00	2,08	2,49	0,00	1,18	1,73	3,00	3,91	3,38	6,00	7,18
< de 6 meses	2,00	3,01	3,23	0,00	0,84	1,55	3,00	3,75	3,84	7,00	7,60
1 a 2 anos	3,00	3,97	4,22	0,00	0,27	0,78	1,00	2,50	3,10	7,00	6,74
3 ou + anos	4,00	4,79	3,35	0,00	0,16	0,57	1,00	3,43	1,85	5,00	6,41

Valor de p = Teste de Kruskal-Wallis

Nestas comparações encontrou-se uma média de 5,57 (DP =3,79) dentes cariados nos jovens que nunca foram ao dentista, e média de 4,33 (DP= 3,85) a 2,00

(DP =0,00) para aqueles que utilizaram algum tipo de serviço odontológico ($p < 0,01$).

Os jovens entrevistados que responderam que utilizaram o serviço público, apresentaram a maior média de dentes cariados (média= 4,33; DP= 3,38) ($p < 0,01$).

Àqueles que responderam que utilizaram os serviços privado liberal ou privado suplementar, que se refere aos convênios, são os que apresentaram a média maior de dentes perdidos (liberal, média =0, 87, DP =1,55 e convênio, média= 0,93, DP= 1,74) e dentes restaurados (liberal, média =3,52, DP =3,34 e convênio, média= 4,03, DP= 3,86) quando comparados aos do serviço público (perdidos, média 0,30, DP 0,78; restaurados, média = 2,29, DP =2,99) ($p < 0,01$).

A comparação utilizando a variável motivo da consulta com os componentes cariados, perdidos e obturados apontou para os seguintes resultados:

- Os jovens que procuraram o serviço odontológico com queixa de dor de dente, apresentaram um índice CPO-D com média de 8,03 e desvio padrão de 3,80, sendo deste, uma média de 5,27 e desvio padrão de 3,45 de dentes cariados. Ambas as análises são estatisticamente significantes ($p < 0,01$).
- Para os jovens que procuraram o serviço com queixa de apresentar cavidades nos dentes, verificou-se um índice CPO-D 8,66 e desvio padrão de 3,91, sendo que a média de 4,87 (DP = 3,41) de dentes cariados ($p < 0,01$);
- Os jovens que relataram a procura para consultas de rotina e ou manutenção geraram um índice CPO-D com média 6,41 (DP= 4,53) sendo destes, 2,66 a média de dentes cariados (DP= 3,12) ($p < 0,01$).

Quando se comparou o tempo da última visita que o jovem realizou ao

cirurgião dentista com a média de dentes cariados, pedidos e obturados, observou-se que quanto maior o tempo pela não procura ao serviço, maior a média dos dentes cariados e quanto mais recente a consulta maior a média de dentes perdidos e restaurados ($p < 0,01$).

A comparação do índice CPO-D com o local de atendimento e última consulta, e dos dentes perdidos com o motivo da consulta ao cirurgião dentista, não apresentou significância estatística (**tabela3**).

Tabela 4. Números absolutos e percentuais de dentes com e sem necessidade de tratamento para cárie dentária em jovens de 18 anos ($n = 421$). Ponta Grossa.Paraná.Brasil. 2005.

Necessidade de tratamento para cárie dentária	N ° de dentes	%
Sem necessidade	10576	78,50
Sem Informação	1314	9,75
Restauração de 1 superfície	1027	7,62
Restauração de 2 ou mais superfícies	330	2,45
Terapia pulpar + restauração	109	0,81
Extração	52	0,39
Coroa por qualquer razão	37	0,27
Selante	22	0,16
Faceta estética	5	0,04
TOTAL	13472	100,00

Quanto à necessidade de tratamento odontológico, 78,50% dos dentes dos jovens não necessitavam de tratamento e 8,89% dos dentes estavam ausentes⁶ ou

⁶ São considerados dentes ausentes àqueles que não erupcionaram.

havia sido extraídos. Dos procedimentos restauradores, a restauração de uma superfície é o que apresentou um percentual maior de necessidade de tratamento dentário (7,62%) e 0,39% dos dentes precisavam ser extraídos (**tabela 4**).

4.2. Condição periodontal

O estudo analisou o número e percentual total de sextantes afetados por doença periodontal nos jovens. Foi encontrado 1119 sextantes não afetados pela doença, o que representou nos percentuais de 2,65% sextantes sadios em todos os jovens; 3,06% (n =1286) com algum sextante sangrante, e 0,28% (n =121) com cálculo, bolsa periodontal superficial e bolsa periodontal profunda.

A **tabela 5** demonstra a análise do percentual de sextante quanto à condição periodontal, o que possibilitou diagnosticar qual sextante apresentou -se mais sadio e os mais comprometidos do ponto de vista da doença periodontal.

Tabela 5. Condição periodontal segundo o percentual de sextante dos jovens de 18 anos. Ponta Grossa. Brasil. 2005.

CONDIÇÃO	SEXTANTE					
	SUPERIOR			INFERIOR		
	DIREITO	CENTRO	ESQUERDO	DIREITO	CENTRO	ESQUERDO
0 (Sadio)	29,45	78,38	25,18	33,97	65,56	32,78
1 (Sangramento)	65,08	20,43	68,17	65,32	20,19	66,27
2 (Cálculo)	4,99	0,48	6,41	0,24	13,78	0,24
3 e 4 (Bolsas)	0,48	0,48	0,24	0,48	0,48	0,48
X (Nulos)	0,00	0,24	0,00	0,00	0,00	0,24
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Nesta análise, os sextantes do centro, tanto superior quanto inferior, foram os que se observou o maior percentual de sextantes sadios (78,38% e 65,56% respectivamente), sendo que, o sextante centro inferior apresentou o percentual maior de presença de cálculo dentário sobre os demais (13,78%).

A presença de sangramento gengival foi encontrada em percentual maior nos sextantes direito e esquerdo, superior e inferior (**tabela 5**).

Baseado nos dados obtidos separou-se o índice CPITN⁷ por escore e obteve-se o seguinte resultado:

- CPITN 0 (sem doença) = 2,66
- CPITN 1 (sangramento) = 3,06
- CPITN 2 (cálculo) = 0,26
- CPITN 3 (bolsas superficiais) = 0,01
- CPITN 4 (bolsas profundas) = 0,01

Para diagnóstico e indicação terapêutica utilizamos os critérios propostos por Pinto (2000, p.169), apresentados no **quadro 2**, que permite a utilização prática do índice CPITN.

Na formulação deste quadro se utilizaram todos os jovens estudados, uma vez que, todos eram dentados.⁸ O quadro foi dividido em três blocos (A, B, C) que foi preenchido dentro dos seguintes critérios:

No **bloco A** contou-se o número de jovens que tinham a condição 1 (sangramento), condição 2 (cálculo), condição 3 (bolsas superficiais), condição 4 (bolsas profundas). Os apresentaram condição 0 (sem doença) e X (excluídos)

⁷ Índice CPITN: é o índice que mede a necessidade de tratamento da doença periodontal em uma população.

foram considerados sem doença periodontal. O total da soma deste bloco deve ser igual a 100%.

No **bloco B** referiu-se ao número médio de sextantes. Somou-se os sextantes com código 0, depois com códigos 1+2+3+4, e assim por diante, conforme indicado no **quadro 2**, dividiu-se o resultado de cada coluna pelo total de jovens examinados. A soma das colunas de sextantes deve ser igual a 6 (seis) .

No **bloco C** foi preenchido a partir dos dois blocos anteriores. Somou-se os percentuais dos códigos 1,2, 3, 4; depois os códigos 2, 3 e 4 e finalmente somente o 4 do bloco A e o número médio de sextantes a partir do bloco B. Relacionou-se estes blocos com as necessidades e tratamento indicado. O bloco C é o que possibilita a programação a ser desenvolvida na resolução do problema encontrado.

⁸ O autor recomenda excluir as pessoas desdentadas da tabulação.

DADOS BÁSICOS					
Idade: 18 anos			n°. Examinados: 421		
n°. desdentados: 0			n°. de pessoas com dentes: 421		
A) % de pessoas sem e com doença periodontal segundo o escore mais Alto assinalado no exame:					
0 Sem Doença 44,42	1 Sangramento 50,83	2 Cálculo 4,27	3 Bolsas Superficiais 0,24	4 Bolsas Profundas 0,24	
B) N°. Médio de sextantes segundo o problema diagnosticado:					
0 Sem Doença 2,65	1+2+3+4 Sangramento 3,34	2+3+4 Cálculo ou escore + alto 0,29	3 + 4 Bolsas Superficiais Ou escore + alto 0,03	4 Bolsas Profundas 0,01	X Excluídos 0,01
C) % de pessoas segundo as necessidades e tratamento e n°. médio de sextantes a tratar:					
Variável	Grupo 1 Instrução Higiene	Grupo 2 Profilaxia	Grupo 3 Cuidados Complexos		
% pessoas	55,58	4,75	0,24		
N°. Médio sextantes	3,34	0,29	0,01		

Quadro 2. Tabulação de dados do índice CPITN dos jovens de 18 anos. Ponta Grossa. Paraná. Brasil. 2005.

A análise do **quadro 2** apontou que o sangramento gengival foi à condição periodontal encontrada com maior percentual nos jovens (50,83%). A terapia que se indicaria para a resolução das patologias periodontais encontradas, em 55,58% deste grupo estudado, seria a instrução sobre correta higiene bucal.

4.3 Alteração de tecido mole

Dos jovens examinados 5,5% apresentavam alteração de tecido mole, e destas, encontrou-se: o uso de piercing ou a presença do furo na língua (n= 8), herpes labial (n= 4), leucoplasia (n= 2). As demais alterações (n= 9) se distribuíram em língua geográfica, afta, edema causado por comprometimento pulpar, lesão na bochecha por mordida.

4.4. Característica sócio-econômica

A pesquisa mostrou que dos jovens entrevistados 54,44% estudavam, 75% pelo período da manhã, sendo 82,22% em escola pública.

Em relação à posse de automóvel, 69,12% das famílias dos jovens não possuíam automóvel (indicador indireto de renda) e 77,20% possuíam moradia própria (**tabela 6**).

Tabela 6. Caracterização sócio - econômica de jovens de 18 anos (421).
Ponta Grossa -Paraná -Brasil, 2005.

	N	%
Estudante		
Sim	226	54,44
Não	195	46,56
Total	421	100,00
Horário estuda		
	N	%
Manhã	75	33,19
Tarde	13	5,75
Noite	118	52,21
Manhã / Tarde	13	5,75
Tarde / Noite	1	0,44
Integral	6	2,65
Total	226	100,00
Trabalha		
	N	%
Sim	222	52,73
Não	199	47,27
Total	421	100,00
Horário trabalha		
	N	%
Manhã	34	15,32
Tarde	22	9,91
Noite	7	3,15
Manhã / Tarde	156	70,27
Tarde / Noite	3	1,35
Integral	0	0,00
Total	222	100,00
Tipo de escola		
	N	%
Pública	185	81,86
Privada	36	15,90
Outros	5	2,20
Total	226	100,00
Moradia		
	N	%
Própria	325	77,20
Alugada	58	13,78
Cedida	14	3,32
Própria em aquisição	11	2,61
Outros	13	3,09
Total	421	100,00
Posse de automóvel		
	N	%
Não possui	291	69,12
Possui 1 automóvel	107	25,42
Possui 2 ou mais	23	5,46
Total	421	100,00

Dos 421 jovens entrevistados, 53,70% (n= 222) trabalhavam, sendo que destes, 70,27% pelo período da manhã e tarde, 15,32% somente pelo período da manhã, 13,06% no período da tarde ou noite e 1,35% nos períodos da tarde e noite.

Os jovens que trabalhavam apresentaram a de média 4,06, com desvio padrão de 3,59 e mediana de 4,00 de dentes cariados e os que não trabalhavam a média foi de 3,15 com desvio padrão de 3,70 e mediana de 2,00 ($p < 0,01$).

4.5 Acesso aos serviços odontológicos

A pesquisa encontrou 7,13% de jovens que nunca foram ao dentista; dos que foram ao cirurgião dentista 47,83% o fizeram a menos de 1 ano; 52,43% utilizaram o serviço odontológico público, sendo a consulta para exame de rotina / manutenção o maior motivo (58,57%), seguido de dor e cavidades nos dentes (16,11%, 13,55%). Dos jovens entrevistados 74,42% consideraram o atendimento odontológico de bom a ótimo (**tabela 7**).

Tabela 7. Acesso aos serviços odontológicos pelos jovens de 18 anos. Ponta Grossa. Paraná. Brasil. 2005.

Consulta pelo menos uma vez	N	%
Sim	391	92,87
Não	30	7,13
Total	421	100,00
Tempo da última visita	N	%
Menos de 1 ano	187	47,83
1 a 2 anos	137	35,04
3 ou mais anos	67	17,14
Total	391	100,00
Local de atendimento	N	%
Serviço público	205	52,43
Serviço privado liberal	105	26,85
Serviço privado suplementar	72	18,41
Serviço filantrópico	1	0,26
Outros	8	2,05
Total	391	100,00
Motivo do atendimento	N	%
Consulta de rotina / manutenção	229	58,57
Dor	63	16,11
Sangramento gengival	14	3,58
Cavidade nos dentes	53	13,55
Ferida, caroço, mancha na boca	1	0,26
Outros	31	7,93
Total	391	100,00
Avaliação do atendimento	N	%
Péssima	8	2,05
Ruim	10	2,56
Regular	81	20,72
Bom	200	51,15
Ótimo	91	23,27
Sem registro *	1	0,26
Total	391	100,00

* Não lembrava como foi o atendimento

Os jovens que responderam não ter nunca consultado um cirurgião dentista justificaram como causa pela não procura ao serviço: falta de tempo (n= 6), nunca precisou (n= 6), falta de recurso financeiro (n= 4), medo (n= 4), falta de interesse (n= 2), não consegue vaga (n= 2), tratamento caro (n= 2) , impossibilidade de acesso devido horário (n= 1), nunca teve oportunidade (n= 1), acredita que não irá beneficiar-se com o tratamento (n= 1) e não informou (n= 1).

Quando se analisou a média de dentes cariados nos jovens e o tipo de serviço por eles procurado, encontrou-se uma média maior de dentes cariados naqueles que utilizaram o serviço público (média de 4,33 e desvio padrão de 3,38) em comparação com aqueles que procuraram os serviço privado liberal (particular) e privado suplementar (convênio) em que as médias encontradas foram de 2,82 (DP= 4,12) e de 2,14 (DP= 2,85) respectivamente ($p < 0,01$) (**tabela 3**).

Na **tabela 3**, foi realizado o cruzamento de dados do motivo da consulta do jovem ao cirurgião dentista, cujas variáveis eram: consulta de rotina, dor, sangramento gengival, cavidades nos dentes, feridas, caroços e manchas na boca, com os componentes cariados, perdidos, restaurados e CPO-D.

O cruzamento destes dados possibilitou observar que os componentes cariados, restaurados e CPO-D apresentaram-se estatisticamente significantes ($p < 0,01$) e o componente perdido não se mostrou estatisticamente significativo ($p = 0,03$).

Quando se cruzou o dado referente ao local de atendimento cujas variáveis eram: serviços público, privado liberal, privado suplementar e filantrópico e a análise do tempo da última consulta odontológica cujas variáveis estudadas foram: menos

de 1 mês, menos de 6 meses, de 1 a 2 anos e 3 ou mais anos, o componente CPO-D não se mostrou estatisticamente significativa ($p= 0,18$), os demais componentes (cariados, perdidos, restaurados) apresentaram-se estatisticamente significativos ($p < 0,01$).

Quando se perguntou aos jovens se já haviam recebido alguma informação sobre como evitar problemas bucais, 85,50% desses, responderam que já haviam recebido informação e 14,50% responderam que não haviam sido informados em como evitar problemas bucais.

Àqueles que receberam informações sobre como evitar problemas de saúde bucal apresentaram média de 3,36 e mediana de 2,00 (DP =3,57) de dentes cariados, e os que não receberam as informações a média encontrada foi de 5,21 e mediana de 5,00 (DP= 3,85) ($p < 0,01$).

4.6. Autopercepção dos jovens quanto a sua saúde bucal

A tabela 8 ilustra a percepção quanto à saúde bucal dos entrevistados:

Tabela 8. Frequências absolutas e percentuais da autopercepção dos jovens de 18 anos. Ponta Grossa. Paraná. Brasil. 2005

Como classifica sua saúde bucal	N	%
Não sabe / não informou	50	11,88
Péssima	8	1,90
Ruim	36	8,55
Regular	142	33,73
Boa	166	39,43
Ótima	19	4,51
Como classifica aparência de dentes e gengivas	N	%
Não sabe / não informou	41	9,74
Péssima	6	1,43
Ruim	43	10,21
Regular	141	33,49
Boa	170	40,38
Ótima	20	4,75
Como classifica a mastigação	N	%
Não sabe / não informou	20	4,75
Péssima	6	1,43
Ruim	20	4,75
Regular	83	19,71
Boa	226	53,68
Ótima	66	15,68
Como classifica a fala devido a dentes e gengivas	N	%
Não sabe / não informou	35	8,31
Péssima	8	1,90
Ruim	12	2,85
Regular	77	18,29
Boa	224	53,21
Ótima	65	15,44
De que forma saúde bucal afeta o relacionamento	N	%
Não sabe / não informou	68	16,15
Não afeta	243	57,72
Afeta pouco	55	13,06
Afeta mais ou menos	28	6,65
Afeta muito	27	6,41
Quanto de dor sentiu nos últimos 6 meses	N	%
Nenhuma dor	273	64,85
Pouca dor	117	27,79
Média dor	27	6,41
Muita dor	4	0,95
Total	421	100,00

O percentual de jovens que relataram situações bucais péssima, ruim e regular foi de 44,18% e de boa à ótima 43,93%. Quanto à mastigação 69,36% acreditavam possuir uma mastigação de boa à ótima; 57,72% dos indivíduos estudados acreditavam que a saúde bucal não afetava o relacionamento com outras pessoas e 35,15% sentiram alguma dor nos dentes e gengivas nos últimos 6 meses (tabela 8).

Realizou-se o cruzamento dos dados da variável como considera sua saúde bucal com os componentes cariados, hígidos e CPO-D (tabela9).

Tabela 9. Índice CPO-D, componentes dentes cariados e hígidos segundo variável autopercepção quanto à saúde bucal em jovens de 18 anos. Ponta Grossa – Paraná – Brasil. 2005.

VARIÁVEL	CARIADOS			HÍGIDOS			CPO-D		
	Mediana	Média	DP	Mediana	Média	DP	Mediana	Média	DP
Considera a saúde bucal	p<0,01			p<0,01			p <0,01		
Não sabe/ Não informou	4,00	4,08	3,23	23,00	22,80	4,10	6,00	6,10	3,70
Péssima	5,50	5,75	2,60	22,00	20,00	2,07	9,00	8,87	2,90
Ruim	7,00	6,60	3,91	19,50	19,80	5,08	9,00	9,72	5,01
Regular	4,00	4,14	3,65	22,00	21,31	5,32	7,00	7,21	4,40
Boa	1,00	2,54	3,39	23,00	22,51	4,22	6,00	6,44	4,52
Ótima	2,00	1,52	2,24	23,00	23,15	4,21	5,00	5,63	3,37

Valor de p = Teste de Kruskal-Wallis

A média do índice CPO-D para a autopercepção dos jovens quanto à sua condição bucal foi estatisticamente significativa ($p < 0,01$), uma vez que, quanto melhor o jovem considerava sua saúde bucal menor foi o índice CPO-D (ótima média= 6,2, DP= 4,72; boa média= 6,4, DP= 4,5; regular média= 7,3, DP= 4,4; ruim média= 9,6, DP= 5,0 e péssima média= 9,2, DP= 2,87) (**tabela 9**).

5. DISCUSSÃO

“Quando o homem compreende sua realidade, pode levantar hipóteses dessa realidade e procurar soluções. Assim, pode transformá-la com seu trabalho, pode criar um mundo próprio: seu eu e suas circunstâncias”. (Paulo Freire)

A avaliação de saúde e doença bucal serve para documentar as diferenças entre populações e subgrupos populacionais informando as atividades públicas de saúde e a política, facilitar a prestação de atendimento clínico, dispor e administrar recursos conforme as necessidades, medindo o impacto (resultados) de serviços de saúde (STARFIELD, 2002).

Estudos epidemiológicos em saúde bucal na população infantil em fase escolar são facilmente encontrados na literatura e mostram uma tendência da diminuição do índice CPO-D (PINTO, 2003; WEYNE, 2003; BALDANI, VASCONCELOS & ANTUNES, 2004; RONCALLI, 2006), mas em população adulta jovens estudos deste caráter são raros, e os que existem apresentam critérios e procedimentos amostrais que dificultam comparações (GONÇALVES,2002; AMARAL,2004).

Para facilitar a leitura e comparação das diferentes condições de saúde bucal esta discussão foi dividida por variável estudada.

5.1.Cárie dentária e a relação com outras variáveis

A OMS / FDI propôs que 80% dos jovens com idade de 18 anos apresentassem no ano de 2000, a presença de 20 ou mais dentes na cavidade bucal. Para o ano de 2010 a proposta é que 100% dos jovens apresentem esta condição bucal.

Neste estudo a porcentagem encontrada foi de 88,43% dos jovens com 20 dentes ou mais na boca, atingindo a meta para 2000.

Nos estudos realizados, com alistados na cidade de Florianópolis-SC (2002) e Maringá – Pr (2004), o percentual encontrado de jovens com 20 ou mais dentes presentes na boca foi de 82,5% e 90% respectivamente (GONÇALVES, 2002; AMARAL, 2005).

No levantamento nacional finalizado em 2004, denominado SB Brasil, foi encontrado, para a região Sul, o percentual de 66,55% dos jovens com 20 ou mais dentes presentes na boca, para o Brasil o percentual encontrado foi de 55,09% (BRASIL, 2004). É importante ressaltar que este levantamento considerou as faixas etárias de 15–19 anos, tanto do sexo masculino quanto feminino, tornando impossível uma comparação realmente precisa. Na amostra do SB Brasil 42% (n= 7015) são jovens do sexo masculino.

A prevalência de cárie dentária encontrada neste estudo foi menor quando comparada às encontradas nas cidades de Florianópolis e Maringá, bem como das evidenciadas no SB Brasil referentes a população de 15-19 anos, relacionadas a região Sul e Brasil.

O estudo apontou que a população de homens jovens livres de cárie dentária foi de 24,46% e os que apresentaram CPO-D zero foi de 6,65%. Nos estudos nas cidades de Florianópolis e Maringá, os jovens de 18 anos examinados apresentaram um índice CPO-D zero de 19% e 17,4%, respectivamente. O SB Brasil encontrou, na região brasileira, um índice CPO-D zero de 11,06% na faixa etária de 15-19 anos.

A análise dos dados deste estudo revelou um percentual menor de jovens de 18 anos sem nenhum dente cariado, perdido e restaurado.

Gonçalves (2002) relatou em seu trabalho, estudos epidemiológicos realizados em outros países com jovens na idade de 18 anos que apresentavam os seguintes índices CPO-D: CPO-D de 9,0 nos Estados Unidos (1983); CPO-D de 7,3 na Inglaterra (1988); CPO-D de 6,4 na Suécia (1987); CPO-D de 10,2 na Noruega (1994) e o menor índice CPO-D encontrado foi de 1,6, no Reino Unido (1998) .

No Brasil, estudos realizados, para as faixas etárias de 15-19 anos, relataram ter encontrado o índice CPO-D no ano de 1986, com média de 12,69 (RONCALLI, 2005); e em 2004 o índice CPO-D encontrado foi de 6,17 (BRASIL, 2004). Ainda, no levantamento realizado em 2004, foi encontrado para a região Sul um índice CPO-D de 5,77 nos jovens de 15-19 anos.

As pesquisas realizadas por Gonçalves (2002) em Florianópolis e Amaral (2004) em Maringá encontraram nos jovens com idade de 18 anos um índice de 4,5 e 4,6 respectivamente.

Esta pesquisa encontrou um índice CPO-D de 6,92 na população estudada. Este índice, comparado com estudos realizados nos países dos Estados Unidos, da

Inglaterra e da Noruega, mostrou-se mais baixo. Em comparação com o índice CPO-D encontrado no Brasil no ano de 1986, apresenta-se bem abaixo, e com o índice CPO-D de 2004, apresenta-se bem próximo da média nacional e acima da média da região Sul.

Ao se comparar o índice CPO-D encontrado nesta pesquisa e os das desenvolvidas nas cidades de Florianópolis e Maringá observou-se que no município de Ponta Grossa, o índice é mais elevado, bem como as médias de dentes cariados e restaurados.

O estudo confirmou que existe uma associação positiva entre nível sócio - econômico e saúde, uma vez que, os jovens com a média maior de dentes cariados foram aqueles com escolaridade e renda familiar e pessoal baixa (diferenças estatisticamente significantes).

Isto corrobora com evidências científicas, como os estudos de Bönecker (2004) que demonstram que a cárie dentária diminui à medida que o nível sócio – econômico aumenta.

Segundo Pinto (2003), pessoas com diferenças pronunciadas de renda financeira estão em desvantagem quanto à ocorrência de problemas bucais e para Gonçalves (2002) esta situação revela que as condições de saúde bucal expressam as desigualdades sociais.

O levantamento nacional SB Brasil (2004) apontou que 60,24% dos jovens, na faixa etária de 15-19 anos, moradores da região Sul e 64,27% no Brasil procuraram o serviço público. Neste estudo, o percentual encontrado foi de 52,53% .

Quando se comparou o motivo pela procura aos serviços odontológicos do

município estudado, com os dados encontrados no SB Brasil, observou - se que tanto neste estudo como no do levantamento nacional de 2004, a procura maior foi por consulta de rotina e manutenção.

Entretanto, esta pesquisa revelou um percentual menor de jovens que procuraram os serviços de Odontologia, com queixa de dor de dente em comparação com os dados do SB Brasil (APÊNDICE G).

Os jovens que procuraram o serviço odontológico há menos tempo, foram os que apresentaram média maior de restaurações.

Os dados encontrados referentes à procura aos serviços odontológicos para consulta de rotina / manutenção, sugerem que, muito embora se procure o serviço odontológico para manutenção de boa condição bucal, ele não se mostra resolutivo na redução do índice CPO-D e muito menos da cárie dentária.

É importante encarar a doença cárie como uma verdadeira doença, induzindo os pacientes a reduzirem a exposição aos fatores etiológicos e / ou aumentarem os fatores de resistência (EDERTON, 2003).

5.2 Condição periodontal

A doença periodontal é representativa como problema de saúde pública (CHAVES, 1977; SHEIHAM, 2004), por atingir uma parcela expressiva de toda população mundial. A gengivite é das doenças periodontais, a de maior prevalência (OPPREMANN & RÖSING, 2003).

Segundo Narvai (2004) após os 15 anos as doenças gengivais atingem 100% desta população, em que 45% estão em estágio intermediário, 22% em estágio avançado, sendo que um ou mais dentes necessitam de extração dentária devido ao estágio avançado.

A OMS / FDI propuseram um conjunto de padrões de saúde periodontal aceitáveis para grupos populacionais (meta para 2010) (HEBLING, 2003; NARVAI, 2004), destes dois dados interessam a este estudo:

- Nenhum dente com bolsa superior a 3 mm aos 12, 15 e 18 anos;
- CPITN igual 1 ou 2 , máximo 1 sextante aos 18 anos

Para obter estes dados, a OMS preconiza o uso do Índice CPITN, com o objetivo de conhecer a situação periodontal coletiva, avaliar as ações terapêuticas, direcionando os serviços e recursos necessários (NARVAI, 2004; HEBLING, 2003).

O índice CPITN foi utilizado pela primeira vez no levantamento nacional do Ministério da Saúde em 1986 (RONCALLI, 2005).

Existem outros índices para o conhecimento da situação periodontal dos indivíduos, porém, esta pesquisa utilizou o índice CPITN, por ser um índice largamente utilizado em outros estudos, de forma que, propiciou a comparação dos

dados obtidos com os de nível nacional.

A pesquisa encontrou nos jovens de 18 anos o índice CPITN 1 de 3,06 sextantes afetados e o índice CPITN 2 de 0,26 sextantes comprometidos. Ao se comparar estes índices obtidos com as metas propostas pela OMS/ FDI para o ano de 2010, constata-se que o município pesquisado precisa percorrer um longo caminho para atingi-las.

Dos jovens examinados, apresentavam um percentual sem problema periodontal, muito próximo dos dados do SBBRASIL referente à condição periodontal da faixa etária de 15 – 19 anos.

A análise dos dados referentes à prevalência de sangramento ou cálculo revelou um percentual menor dos que os encontrados no levantamento realizado em 1986 com jovens de 15-19 anos (RONCALLI, 2006; NARVAI, 2004). No entanto, quando se compara com os estudos do levantamento nacional SBBRASIL apresentou-se maior (BRASIL, 2004).

Em 1999, foi realizada pesquisa com alistados na cidade de Florianópolis e foi encontrado uma prevalência de sangramento gengival de 86% e cálculo 50,7% (GESSER, PERESB & MARCENESC, 2001), o que representa uma prevalência alta de sangramento e um pouco abaixo de cálculo com os dados reportados neste estudo.

Analisando a doença periodontal, do ponto de vista das necessidades e tratamento, observou-se que mais da metade dos jovens necessitavam apenas de instrução sobre higiene bucal, e um percentual muito baixo necessitavam de tratamentos mais complexos.

Segundo Oppermann & Rösing (2003) para prevenir a gengivite é necessário o controle da placa bacteriana e não sua eliminação. A placa é um nicho bacteriano natural da boca que deve ser mantido em níveis compatíveis à saúde bucal e não necessariamente eliminada. O sangramento gengival significa níveis de placa bacteriana incompatíveis com a boa saúde bucal.

Para Roncalli (2006) os níveis de doença periodontal relacionados a sangramento e cálculo, são facilmente resolvidos através de medidas simples e delegáveis a pessoal auxiliar.

5.3 Alterações de tecido mole

No exame bucal foi encontrado 5,50% dos jovens com alterações em tecido mole, destas alterações as de maior relevância quanto à severidade e virulência foram: o “piercing” ou presença do furo, herpes labial e leucoplasia.

5.3.1. Piercing

O uso do “piercing” (acessório de metal colocado em diversas partes do corpo) na cavidade bucal é comumente encontrado na língua e lábios (CERRI, 2001; MAIBAUM & MARGHERITA, 2000; REICHL & DAILEY, 1999), neste estudo todos que apresentaram este acessório o tinham na língua.

O “piercing”, que está se tornando popular e comum entre os adolescentes, é considerado por muitos autores perigoso, por colocar em risco a saúde do usuário. Dentre os problemas causados por este acessório estão: hipersensibilidade ao dispositivo; dano aos dentes como fratura, mobilidade; aspiração dos componentes; entumecimento na língua; perda de paladar; formação de coágulos sanguíneos, além de ser considerado um fator que aumentaria as chances de câncer bucal (CERRI, 2001; MAIBAUM & MARGHERITA, 2000; REICHL & DAILEY, 1999).

5.3.2 Herpes labial

O herpes labial, lesão também encontrada no exame dos jovens, é uma infecção causada por vírus HSV (Vírus Herpes Simples) que pode sofrer reativação periódica, gerando doença clínica ou subclínica, com a ocorrência comum em

mucosas e pele ao redor da cavidade oral, transmissível por contato íntimo (MS, 2004; LAMEY & LEWIS, 2000).

5.3.3. Leucoplasia

A leucoplasia é definida pela OMS como placa branca não removida por raspagem (SOARES, 2005). É uma lesão com potencial pré malignante.

Lamey e Lewis (2000) consideram como fatores causadores de leucoplasia o uso de tabaco, ingestão de álcool, deficiência nutricional e infecção por cândida.

5.4. Acesso aos serviços odontológicos

Os serviços odontológicos são analisados como uma das variáveis que condicionam os padrões de doenças bucais de uma população (PINTO, 1989). O sistema de saúde constitui um aparelho necessário, mas não suficiente para a melhoria dos níveis de saúde. Chaves (1977) relata que a produção de bens e serviços de saúde por si só não implica em melhoria de níveis de saúde.

Sabe-se, por exemplo, que as variáveis sócio - econômicas e estado nutricional, contribuem direta e indiretamente para as condições de saúde e qualidade de vida.

Em um país em que 64,29% da população jovem utiliza o serviço odontológico público como é o caso do Brasil (BRASIL, 2004) e 52,43% no caso de Ponta Grossa, é importante um serviço público resolutivo, e os dentistas que trabalham nesses serviços têm um papel importantíssimo a desempenhar na promoção de saúde. Este posicionamento é ratificado por Watt (2004) que considera os profissionais da Odontologia como responsáveis pela criação de um ambiente social de maior suporte e defensores da recuperação da saúde bucal.

Para isso é essencial que a população esteja envolvida em todos os estágios da ação (WATT, 2004). A Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, lei que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS), no seu artigo 2, parágrafo 2º. diz: “o dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade” (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, 2004).

Desta forma, as pessoas são responsáveis, co-participantes no processo saúde / doença, mas para que isto se efetive, é função do profissional informar,

ajudando-as a terem melhores condições de saúde, neste caso, saúde bucal. Bastos, Peres e Ramires (2003) complementam este raciocínio, ao dizer que sem informação, a população dificilmente será conscientizada e motivada a adotar práticas saudáveis.

Entretanto, é de fundamental importância que as pessoas possam ter acesso aos serviços odontológicos. Isto é uma meta perseguida porque no Brasil 13,43% dos jovens (15-19 anos) e na região Sul 5,34%, nunca foram ao dentista (BRASIL, 2004).

Este estudo revelou que em Ponta Grossa 7,13% de jovens com 18 anos nunca consultaram um cirurgião dentista. Este percentual revela que há um baixo acesso aos serviços odontológicos, considerando o número relativamente alto da proporção de profissionais cirurgiões dentistas na prestação de serviços públicos e privados para a população moradora na cidade (aproximadamente 722 CD/habitantes).

Para superar este contexto de exclusão da população aos serviços odontológicos, é de imprescindível que os cirurgiões dentistas compreendam a importância dos sistemas sociais como instituições fundamentais para a promoção de saúde bucal.

Pesquisadores (BASTOS PERES & RAMIRES, 2003; PETRY, 2003) acreditam que a educação em saúde bucal será um dos pilares da Odontologia moderna. O status científico desta área, está relacionada com a busca de ações integradas, resolutivas e com assunção do compromisso ético para atingir a eficácia social (PETRY & PRETTO, 2003).

As ações de saúde bucal tanto curativas como preventivas e educativas visam levar aos grupos populacionais ao mais alto grau de saúde bucal, permitindo melhor qualidade de vida, (PETRY & PRETTO, 2003) uma vez que saúde bucal também é qualidade de vida.

CONCLUSÃO

“[...] mudar é difícil, mas é possível”.

(Paulo Freire)

Os resultados do presente estudo permitem concluir que a condição de saúde bucal dos homens jovens do município de Ponta Grossa no Paraná, não difere muito da situação de outras cidades da região Sul brasileira e do País. A prevalência de cárie dentária é alta ainda, bem como o índice CPO-D, mas já apresenta uma melhora considerável quando comparada com dados de 10 anos atrás.

A população jovem da cidade apresenta baixa renda e escolaridade, e essas variáveis estão intimamente relacionadas com as condições de cárie dentária.

A resolução dos problemas relacionados à doença periodontal são simples do ponto de vista do tratamento, uma vez que este tratamento relaciona-se basicamente a ações educativas e preventivas.

O serviço odontológico mais utilizado é o público pela população e a procura maior por este serviço é para consultas de rotina e manutenção.

Os resultados da pesquisa apontaram para a enorme responsabilidade do profissional da área da Odontologia no processo saúde/ doença bucal, uma vez que são eles os responsáveis por levar informação, ações de prevenção e tratamento às situações que envolvam a boca e suas estruturas, às pessoas e comunidades.

Entretanto, é também de responsabilidade do Estado, a constante atualização destes profissionais, para que os mesmos sejam capazes de se adequar às novas diretrizes e políticas públicas de saúde bucal.

Muito embora, os esforços do Estado, seja o de efetivar o Sistema Único de Saúde, como um sistema universal, equânime e igualitário, a prática vem demonstrando que a mudança além de estrutural, deve focar o profissional da área da saúde atuante no serviço.

O modelo assistencial de saúde precisa ter um conteúdo novo, substantivo, que penetre de forma aguda nos valores e comportamentos presentes nos profissionais da área da saúde (FRANCO, MERHY, 2003).

Assim, Franco e Merhy (2003), chamam a atenção para a necessidade de incutir nestes profissionais, o quanto os mesmos são importantes no processo de mudança dos serviços assistenciais de saúde.

Esta pesquisa indicou para a importância dos profissionais na mudança do quadro epidemiológico das doenças bucais. Para tanto se faz necessário, constituir uma nova prática entre os profissionais da Odontologia, baseada no reconhecimento que os serviços de saúde são, pela sua natureza, um espaço público.

Observou –se que a prática odontológica, ainda encontra-se voltada às ações curativas – reparadoras, uma vez que, foram constatadas alta prevalência de cárie dentária e restaurações. A prática mutiladora muito embora tenha diminuído, nos aponta há um caminho árduo a se percorrer ao encontro do novo paradigma de

promoção de saúde.

Paradigma este, guiado pelos valores de solidariedade, humanitários e do reconhecimento que a assistência à saúde é um direito do cidadão.

O profissional da Odontologia é formador de opinião, é o detentor do conhecimento e Machado (1999, p.XXI) ratifica esta afirmação ao dizer que: “Todo conhecimento, seja ele ideológico ou científico, só pode existir a partir de condições políticas que são as condições para que se formem tanto os sujeitos como os domínios do saber”. Diante disto, o profissional da saúde (e lógico da Odontologia) tem papel político, dentro da sociedade.

O profissional deve perceber-se e perceber o outro como sujeitos sociais, produtos e produtores de relações sociais, das classes e seus interesses econômicos e políticos, associados à produção e ao consumo de serviços odontológicos e à estrutura em que as pessoas se desenvolvem e desenvolvem também doenças bucais (BOTAZZO, 1998).

Pensando o atendimento odontológico dentro de uma visão de promoção de saúde, e entendendo a saúde bucal como parte integrante e inseparável do ser humano (CFO, 1993), as ações a serem realizadas precisam colaborar com a melhora na qualidade de vida da comunidade que se está trabalhando.

Esta visão política da profissão faz-se necessária para a manutenção de políticas públicas de saúde que estão funcionando e sendo efetivas junto às comunidades, e refletindo em melhora de condição de saúde das pessoas,

impedindo que os governantes sejam os únicos atores destas políticas, pois as políticas sociais, como o próprio nome diz, pertencem à sociedade e não aos governantes.

As mudanças de paradigmas devem começar dentro de cada profissional. Os profissionais da Odontologia não resolvem todos os problemas sociais, e especialmente de saúde bucal da população. Mas nenhuma mudança ocorrerá na prestação destes serviços na sociedade, se não houver a conscientização destes profissionais quanto ao seu papel transformador.

Essa conscientização poderá ser um elemento que desentorpecerá estes atores da saúde bucal, levando-os ao incentivo na realização do seu trabalho da melhor forma possível, seja no espaço privado ou público.

Em suma, alterar a realidade “des-velada” neste estudo, implica na mudança de mentalidade por parte dos profissionais da Odontologia, de modo que, tomem consciência do seu compromisso social, histórico e político dentro da sociedade.

“A conscientização não pode existir fora da práxis, sem o ato ação – reflexão. Esta ação dialética, de maneira permanente, o modo de ser ou de transformar o mundo que caracteriza o homem.” (Paulo Freire).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. _____ABO. **Primeira Corte.** Disponível em : <
abo.org.br/carta.php> Acesso em : 27 fevereiro 2006.
2. ALMEIDA FILHO, Naomar de; ROUQUARYOL, Maria Zélia. **Introdução à Epidemiologia.** 3 ed. São Paulo: MEDS, 2002. p.183-190.
3. AMARAL, Marcelo Augusto. **Cárie Dentária em Homens Jovens: Prevalência, Severidade e Fatores Associados.** 2004. 93 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Universidade Estadual de Londrina, Londrina.
4. ARAÚJO, Maria Cecília de. Saúde Bucal : Entendendo de Forma Total. In: _
Atualização na Clínica odontológica. Módulos de Atualização. São Paulo: Artes Médicas. São Paulo. 2000. p.493-508.
5. ASSAF, Andréia Videira; PEREIRA, Antônio Carlos. Avaliação de risco em Odontologia. In: **Odontologia em saúde Coletiva: Planejando ações e promovendo saúde.** Porto Alegre: ARTMED, 2003. p.310-325.
6. ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. **SUS: O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde.** São Paulo: ATHENEU, 2004.
7. BALDANI, Márcia helena, VASCONCELOS, Ana Glória Godoi & ANTUNES, José Leopoldo Ferreira. Associação do índice CPO-D com indicadores sócio-

econômicos e de provisão de serviços odontológicos no Estado do Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro . v 20, n.1. jan/fev 2004.

8. BASTOS José Roberto de Magalhães; PERES, Sílvia Helena de Carvalho Sales & RAMIRES, Irene. Educação para a saúde. In: **_Promoção de Saúde Bucal**. São Paulo: ABOPREV; Artes Médicas, 2003. p. 115-139.
9. BELLUSCI, Sílvia Meirelles. **Epidemiologia**. 3.ed. São Paulo: SENAC, 2003. p. 43.
10. BÖNECKER, Marcelo. Cárie Dentária: Um Enfoque Epidemiológico. In: **_Promovendo Saúde Bucal na Infância e Adolescência: Conhecimentos e Práticas**. São Paulo: Santos, 2004. p.13.
11. BOTAZZO, Carlos. **Da arte dentária**. São Paulo: HUCITEC, 2000. p. 93-152.
12. BOTAZZO, Carlos; FREITAS, Sérgio Fernando de. **Ciências Sociais e Saúde Bucal**. Bauru : UNESP, EDUSC, 1998.
13. BRASIL, MS. Projeto SB2000. Condição de Saúde Bucal da população brasileira no ano 2000. **Manual de Calibração de Examinadores**. 2001.
14. BRASIL, MS. Projeto SB2000. Condição de Saúde Bucal da população brasileira no ano 2000. **Manual de Calibração do Anotador**. 2001.
15. BRASIL, MS. Projeto SB2000. Condição de Saúde Bucal da população

- brasileira no ano 2000. **Manual de Calibração do Coordenador**. 2001.
16. BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1999.
17. BRASIL. **Projeto SB Brasil 2003**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
18. BUISCHI, Yonne de Paiva & AVELSSON, Per. Controle Mecânico do Biofilme Dental realizado pelo paciente. In: **_Promoção de Saúde Bucal**. São Paulo: ABOPREV; Artes Médicas, 2003. p. 121
19. BUSCH, Olívia M.S. **Conceitos de Promoção de saúde : Dualidades na Teoria da Saúde Pública**. Ponta Grossa: Apostila mimeografada, 2003.
20. CAMARGO, Ana L; CORREIA, Lílian B. Um modelo de prática municipal. In: **_Saúde Bucal Coletiva**. 4 ed. São Paulo: Santos, 2000. p. 102-120.
21. CARVALHO, Antônio Ivo,; GOULART, Flávio A. de Andrade. **Gestão em Política: curso de dirigentes municipais de saúde: programa de educação à distância**. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 1998. vl, p.67.
22. CARROL, Lewis. **Alice no País das Maravilhas**. São Paulo: Loyola, 1995.
23. CERRI, Artur. Piercing. **Revista JAO. Jornal de Assessoria ao Odontologista**. ano IV, n 28, nov/dez 2001. p. 22-25.

24. CHAVES, Mario M. **Odontologia Social**. 2 ed. Rio de Janeiro: Labor do Brasil, 1977.
25. CHAVES, Niltonci Batista org. **Visões de Ponta Grossa**. Ponta Grossa: UEPG, 2001.
26. I CNSB – I CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL. **Relatório Final**. Brasília: MS. UNB, 1986.
27. CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **II Conferência Nacional de Saúde Bucal: Relatório Final**. Brasília: 1993.
28. CROES – CONSELHO DE ODONTOLOGIA DO ESPÍRITO SANTO. **Odontologia no Brasil**. Disponível em : < www.croes.org.br/odonto.htm. >
Acesso em 05 março de 2005.
29. **DATASUS**. Disponível em < [http:// tabnet.datasus.gov.br](http://tabnet.datasus.gov.br)>. Acesso em: 20 novembro 2005.
30. ELIAS, Norbert. **A Sociedade dos Indivíduos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.
31. FALTIN, Kurt, Jr; FALTIN, Rolf Marçon & FALTIN, Cristina Ortolani. Ortopedia Facial e Ortodontia Preevolutiva na Saúde Bucal. In: **_Promoção de Saúde**

Bucal. São Paulo: ABOPREV; Artes Médicas, 2003. p. 327.

32. FLETCHER, Robert; FLETCHER, Suzanne & WAGNER, Edward.
Epidemiologia Clínica. Elementos Essenciais. 3ed. Porto Alegre:
ARTMED. 1996.
33. FLORIO, Flávio Martão; PEREIRA, Antônio Carlos. Alicerce para a promoção
de saúde bucal: início precoce. In: **_Odontologia em saúde Coletiva:
Planejando ações e promovendo saúde.** Porto Alegre: ARTMED, 2003. p.
411.
34. FONTINELE, Klinger Jr. **Programa Saúde da Família (PSF)
comentado.** Goiânia: AB, 2003.
35. FRANCO Túlio; MERHY, Emerson. Programa Saúde da Família (PSF):
Contradições de um programa destinado à mudança do modelo
tecnossistêmico. In: **_O trabalho em saúde olhando e experienciando o
SUS no cotidiano.** São Paulo: HUCITEC, 2003. p. 55 – 122.
36. FRAZÃO, Paulo. Tecnologias em Saúde Bucal Coletiva. In : **_ Ciências
Sociais e Saúde Bucal.** Bauru : UNESP; EDUSC, 1998.p. 169.
37. FREIRE, Paulo. **Conscientização.** 3.ed. São Paulo. Moraes, 1980.
38. FREITAS, Sérgio Fernando Torres de. **História Social da Cárie Dentária.**

Bauru: EDUSC,2001. p. 30-43.

39. GARCIA, Patrícia Petromelli Nordi Sasso et al. Saúde Bucal – Crenças e atitudes, conceitos e educação de pacientes de serviço público. **Jornal de Assessoria ao Odontologista**. Curitiba. anoll, n.22. set/out, 2000. p.36.
40. GESSER, Hubert Chamone; PERESB, Marco Aurélio & MARCENESC, Wagner. Condições gengivais e periodontais associadas a fatores sócio econômicos. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v.35, n 3. jun 2001.
41. GOMES, Ângela Castro. **Essa gente do Rio**. Rio de Janeiro: FGV,1999.
42. GONÇALVES, Evelise Ribeiro; PERES, Marco Aurélio & MARCENES, Wagner. Cárie Dentária e Condição Sócio-econômica: estudo transversal com jovens de 18 anos. Florianópolis.Santa Catarina, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, mai/jun 2002.
43. HEBLING, Eduardo. Prevenção das Doenças Bucais Periodontais. In: **_Odontologia em saúde Coletiva: Planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre: ARTMED, 2003. p. 340-364.
44. _____ **ISPG - INSTITUTO DE SAÚDE PONTA GROSSA**. Dados coletados com a Gerência de Saúde Bucal da instituição Dr. Jefferson Droppa. 02 dezembro 2004.

45. _____ **ISPG - INSTITUTO DE SAÚDE PONTA GROSSA.** Dados coletados na vigilância sanitária com a funcionária Sônia Calixto 08 dezembro 2004.
46. KOSLOWSKI, Fábio Carlos; PEREIRA, Antônio Carlos. Métodos de utilização de flúor sistêmico. In: **_Odontologia em saúde Coletiva: Planejando ações e promovendo saúde.** Porto Alegre: ARTMED, 2003. p.265-274.
47. LAMEY, Philip John & LEWIS, Michael. A.O. **Manual Clínico de Medicina Oral.** 2 ed. São Paulo: Santos. 2000. p. 43-44.
48. _____. **Lei nº. 6050/1974.** Disponível em:< [http:// páginas.terra.com.br/saúde/angeloonline/](http://páginas.terra.com.br/saúde/angeloonline/)> Acesso em: 05 março 2005.
49. _____. **Lei nº. 6681.** Câmara Municipal de Ponta Grossa. 26 janeiro 2001.
50. MACHADO, Roberto . Introdução. Por uma genealogia do poder. In : **_ Microfísica do Poder.** Rio de Janeiro: GRAAL, 1999. p. VII - XXIII.
51. MAGALHÃES, Tales Ribeiro de. **A Odontologia no Brasil.** Disponível em : < www.geocities.com/athens/837/historia.htm .> Acesso em : 29 julho 2002.
52. MAIBAUM, Wayne W. & MARGHERITA, Vicent A. “ Piercing” na lingual: o papel do cirurgião dentista. **Journal de Clínica em Odontologia.** n 9 , ano

2000. p. 663-66.

53. MALTZ, Marisa. Promoção da Saúde. . **Revista da Associação Brasileira de Odontologia**. v.XII, n. 2. abr/mai 2004. p. 78.

54. MANFREDINI, Marco Antônio. Papel Estatal. . **Revista da Associação Brasileira de Odontologia**. v.XII, n. 2. abr/mai 2004. p. 74.

55. MARCOS, Badeia. **Reflexão sobre o Ensino e Saúde**. Belo Horizonte: Littero Maciel, 1988. p. 81-87.

56. MIALHE, Fábio Luiz & PEREIRA, Antônio Carlos. Diagnóstico da doença cárie.
In: **_Odontologia em saúde Coletiva: Planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre: ARTMED, 2003. p. 216-258.

57. MINAYO, Maria Cecília de Souza (organizadora). **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 22ed. Petrópolis: VOZES, 2003. p. 16.

58. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Diretrizes da Política de Saúde**. Brasília, 2004.

59. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Doenças Infecciosas e parasitárias-guia de bolso**. 3 ed. Brasília: MS. 2004 p. 05-10.

60. NARVAI, Paulo Capel. **Diagnóstico de Saúde Bucal**. Disponível em: <

<http://www.angelonline.gb.net>.> . Acesso em: 18 setembro 2004.

61. NARVAI, Paulo Capel. **Odontologia e Saúde Coletiva**. 2 ed. São Paulo: Santos, 2002. p. 79-82.
62. NARVAI, Paulo Capel. Recursos Humanos na Promoção de Saúde Bucal. In: **Promoção de Saúde Bucal**. São Paulo: ABOPREV; Artes Médicas, 2003. p. 477.
63. NARVAI, Paulo Capel. **Saúde bucal: Assistência ou Atenção?** Disponível em: < <http://www.angelonline.gb.net> > . Acesso em: 18 setembro 2004.
64. NARVAI, Paulo Capel; CASTELLANOS, Roberto A. & FRAZÃO, Paulo. Prevalência de cárie dentária em dentes permanentes de escolares do município de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo. v. 34, n. 2. abr 2000.
65. NARVAI, Paulo Capel. O Brasil e as Metas OMS – 2000. **Revista da Associação Brasileira de Odontologia**. v. VII, n. 6. dez/99 – jan/00. p. 374-377.
66. NOBRE Miguel. Classe Odontológica. **Revista da Associação Brasileira de Odontologia**. v. XII, n. 2. abr/mai 2004. p. 77.
67. PHILIPPI, Arlindo Jr. **Saneamento, Saúde e Ambiente: Fundamentos para**

um desenvolvimento sustentável. Barueri: Manole, 2005.p 19-23.

68. ODONTOSITES. **Odontologia no Brasil.** Disponível em: <www.odontosites.com.br/artigos/marcosrocha/historiada_odontologia.htm>. Acesso em 27 fevereiro 2006. p 7-28.
69. OLIVIERI, Durval Pessoa: **O “ Ser Doente” dimensão humana na formação do profissional da saúde.** São Paulo: MORAES.1985. p. 18-28.
70. OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE: **Levantamentos em Saúde Bucal.** 4 ed. São Paulo: Santos,1999.
71. OPPERMANN, Rui Vicente & RÖSING, Cassiano Kuchenbecker. Promoção e Tratamento das Doenças Periodontais. In: **_Promoção de Saúde Bucal.** São Paulo: ABOPREV; Artes Médicas, 2003. p. 265-286.
72. PEREIRA, Antônio Carlos. Normas Operacionais para a execução de levantamentos epidemiológicos. In: **_Odontologia em saúde Coletiva: Planejando ações e promovendo saúde.** Porto Alegre: ARTMED, 2003. p. 84-116.
73. PETRY, Paulo C & PRETTO, Salete Maria. Educação e Motivação em saúde Bucal. In: **_Promoção de Saúde Bucal.** São Paulo: ABOPREV; Artes Médicas, 2003. p.371.
74. PETERSEN, Poul Erik. Priorities for research for oral health in the 21st Century

– the approach of the WHO Global Oral Health Programme. **Community Dental Health**, v22, 2005. p 71-74.

75. PINTO, Vitor Gomes. Epidemiologia das doenças bucais no Brasil. In: **Promoção de Saúde Bucal**. São Paulo: ABOPREV; Artes Médicas, 2003. p. 25-41.

76. PINTO, Vitor Gomes. Relacionamento entre padrões de doença e serviços de atenção odontológica. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v 23, n 6. dez 1989.

77. PINTO, Vitor Gomes. **Saúde Bucal Coletiva**. 4 ed. São Paulo: Santos, 2000.

78. **PONTA GROSSA**. Disponível em: < [http:// pg.pr.gov.br/historia](http://pg.pr.gov.br/historia) > Acesso em 08 novembro 2005.

79. **PONTA GROSSA**. Disponível em: < [http:// pg.pr.gov.br/localização](http://pg.pr.gov.br/localização) > Acesso em 08 novembro 2005.

80. **PONTA GROSSA**. Disponível em: < [http:// pg.pr.gov.br/infogerais](http://pg.pr.gov.br/infogerais) > Acesso em 08 novembro 2005.

81. _____ **PONTA GROSSA SAÚDE BUCAL**. Disponível em < <http://www.pontagrossa.gov.or/node/332>.> Acesso em 08 novembro 2005.

82. PUCCA, Gilberto Jr. Por um Brasil Sorridente! **Revista ABO Nacional**. São

Paulo,v. 12, n. 2, p. 73-75,abr/mai 2004.

83. REICHL, Robert B. & DAYLE, Jor Curtis." Piercing "intra-oral: Relato de um caso. **Journal de Clínica em Odontologia**. v 1 , n 5. ano 1998/1999. p. 47-49.
84. RONCALLI, Ângelo Guisepe. **Perfil Epidemiológico de Saúde Bucal no Brasil 1986-1996**. Disponível em: <<http://paginas.terra.com.br/saude/angelonline>> . Acesso em: 04 janeiro 2006.
85. ROSENTHAL, Elias. **História da Odontologia no Brasil**. Disponível em <www.atm.hostmidia.com.br/historia_odontologia_brasil.htm> Acesso em 05 março 2005.
86. SARAIVA, Christine. **Odontologia no Brasil**. Disponível em <www.atm.hostmidia.com.br/historia_odontologia_brasil.htm> Acesso em : 05 março 2005.
87. SCLIAR, Moacyr. **Cenas Médicas – uma introdução à história da Medicina**. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 2002. p.13.
88. SHEIHAM, Aubrey. Abordagens de saúde Pública para promover saúde periodontal. In: _ **Promovendo Saúde Bucal na Infância e Adolescência: Conhecimentos e Práticas**. São Paulo: Santos, 2004. p.29-44.
89. SILVA, Milton Fernando de Andrade. Flúor: Metabolismo, Toxicologia,

- Fluorose e Cárie Dental. In: **_Promoção de Saúde Bucal**. São Paulo: ABOPREV; Artes Médicas, 2003. p. 152-176.
90. SOARES, José Francisco & SIQUEIRA, Arminda Lúcia. **Introdução à Estatística Médica**. 2 ed. Belo Horizonte: COOPMED, 2002.
91. SOARES, Haroldo Arid. **Manual de Câncer Bucal**. 1 ed. São Paulo: CROSP, 2005 . p. 29-30.
92. STARFIELD, Bárbara. **Atenção Primária equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO; MS, 2002.
93. TOMITA et al. Saúde Bucal de trabalhadores da construção civil: abordagem epidemiológica. **Journal of Applied oral Science**, Bauru, v 13, n 1. jan/fev 2005.
94. VALENÇA, Ana Maria Gondim. **A educação em saúde na formação do cirurgião dentista**. Rio de Janeiro: EDUFF, 1997. p. 13-18.
95. WALTER, LUIZ Reinaldo de Figueredo & NAKAMA, Luiza. Pacientes de Alto índice de cárie X Pacientes de alto risco. Qual a conduta? **Atualização na Clínica odontológica**. São Paulo: Artes Médicas.1992.p.251-257.
96. WATT, Richard G. Introdução. In: **_ Promovendo Saúde Bucal na Infância e Adolescência: Conhecimentos e Práticas**. São Paulo: Santos, 2004. p.1- 12.

97. WEYNE, Sérgio de Carvalho. A construção do Paradigma de Promoção de saúde Bucal – Um desafio para as novas gerações. In: **_Promoção de Saúde Bucal**. São Paulo: ABOPREV; Artes Médicas, 2003. p. 1-20.
98. ZANIN, Luciane; PARDI, Vanessa & PEREIRA, Antônio Carlos. Métodos de utilização de flúor tópico. In: **_Odontologia em saúde Coletiva: Planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre: ARTMED, 2003. p.275-285.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. ANDRADE, Selma Maffei; SOARES, Darli Antônio; CORDONI, Luiz Jr. **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: UEL, 2001.
2. CIPRO, Pasquale Neto; INFANTE Ulisses. **Gramática da Língua Portuguesa**. São Paulo: Spicione, 1999.
3. CHAVES, Niltonci Batista org. **Visões de Ponta Grossa**. Ponta Grossa: UEPG, v.3, 2004.
4. LUCHESI, Maria Regina C. **Educação de pessoas surdas. Experiências vividas, histórias narradas**. Campinas: Papyrus, 2003.
5. LUFT, Celso Pedro. **Minidicionário LUFT**. São Paulo: Ática. 2001.
6. MENDES, Eugênio Vilaça. **Os Grandes dilemas do SUS: tomo I** . Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001.
7. MENDES, Eugênio Vilaça. **Os Grandes dilemas do SUS: tomo II** . Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001.
8. NOGUEIRA, Francis Mary Guimarães. **Estado e políticas sociais no Brasil**. Cascavel: EDUNIOESTE, 2001. p. 45-95.
9. NOGUEIRA, Francis Mary Guimarães ; RIZZOTTO, Maria Lúcia Frizon org. **Estado e Políticas Sociais: Brasil – Paraná**. Cascavel: EDUNIOESTE, 2003. p. 64-84.
10. MÜLLER, Mary Stella; CORNELSEN, Julce Mary. **Normas e Padrões para Teses, Dissertações e Monografias**. 5 ed. Londrina: EDUEL., 2003.

11. SILVA, Silvio Fernandes da. **Municipalização da saúde e poder local: sujeitos, atores e políticas**. São Paulo: Hucitec, 2001.
12. TUFANO, Douglas. **Michaelis: português fácil: tira dúvidas prático de redação**. São Paulo: Melhoramentos, 2003.
13. Universidade Estadual de Ponta Grossa. **Manual de normalização bibliográfica para trabalhos científicos**. Ponta Grossa: UEPG, 2005.
14. Zauhy, Cristina org. **Acolhimento : o pensar, o fazer, o viver**. São Paulo: Secretária Municipal, 2002.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Formulários pesquisa:

- Coleta de dados pessoais e caracterização sócio econômica
- Coleta de dados sobre autopercepção em saúde bucal
- Coleta de dados sobre acesso aos serviços odontológicos
- Coleta de dados exame clínico bucal

APÊNDICE B – Questionário dos que nunca foram ao dentista:

Modelo pré-testado

APÊNDICE C – Questionário dos que nunca foram ao dentista:

Modelo utilizado na pesquisa

APÊNDICE D – Termo de consentimento livre e esclarecido

APÊNDICE E – Ofício Cmdt 13.º Batalhão de Infantaria Blindada

APÊNDICE F – Ofício Gerente de Saúde Bucal

APÊNDICE G – Tabela SBBrasil recalculada

ANEXOS

ANEXO A - Ficha do levantamento epidemiológico SBBrasil

ANEXO B – Critérios para a coleta de dados

ANEXO C – Parecer do Cep 202/04 - UEL