



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública

Subárea: Vigilância a Saúde nas Fronteiras do Brasil

A relação entre Rede e Apoio Social com a Saúde Bucal em Adolescentes

Aluno: Humberto Luís Candêo Fontanini

Orientador: Mario Vianna Vettore

**Dourados, MS
2012**

Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública

Subárea: Vigilância a Saúde nas Fronteiras do Brasil

A relação entre Rede e Apoio Social com Saúde Bucal em Adolescentes

Aluno: Humberto Luís Candêo Fontanini

Orientador: Mario Vianna Vettore

Dissertação apresentada para obtenção
do título de Mestre em Saúde Pública,
na Área de concentração Vigilância a Saúde,
pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca,
Fundação Oswaldo Cruz.

Dourados, MS
2012

Relação entre Rede e Apoio Social com Saúde Bucal em Adolescentes

Aluno: Humberto Luís Candêo Fontanini

Dissertação apresentada para obtenção
do título de Mestre em Saúde Pública ,
na Área de concentração Vigilância a Saúde,
pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca,
Fundação Oswaldo Cruz.

BANCA EXAMINADORA

Professor Mario Vianna Vettore
Orientador

Professor Anna Thereza Thomé Leão
Avaliador 1

Professor Cosme Marcelo Furtado Passos da Silva
Avaliador 2

Dourados, MS
2012

SUMÁRIO

1. Introdução	12
2. Revisão da Literatura	14
3. Justificativa	18
4. Pergunta da Pesquisa	19
5. Objetivos	20
6. População e Método	21
7. Aspectos Éticos da Pesquisa	32
8. Resultados	33
9. Discussão	50
10. Conclusão	55
11. Referências Bibliográficas	56
12. Anexos	61

Lista de Quadros, Figuras e Tabelas

	Página
Figura 1. Mapa da localização do município de Dourados no Mato Grosso do Sul	21
Quadro 1. Escolas públicas no município de Dourados, MS conforme localização e critérios de exclusão	23
Quadro 2. Resultados do cálculo amostral de acordo com os desfechos em estudo	24
Quadro 3. Códigos e critérios para trauma dentário	27
Quadro 4. Grupos de comparação conforme os desfechos de interesse trauma dentário, impacto da saúde bucal na qualidade de vida e dor dental	28
Tabela 1. Confiabilidade para o índice de cárie (CPOD), segundo seus componentes, dor dental, OIDP-Infantil e apoio social	30
Tabela 2. Caracterização demográfica e socioeconômica dos adolescentes	34
Tabela 3. Caracterização demográfica e socioeconômica dos responsáveis	35
Tabela 4. Uso de serviços odontológicos pelos adolescentes	36
Tabela 5. Medidas de rede e apoio social dos adolescentes	37
Tabela 6. Medidas clínicas de cárie dentária e trauma dentário dos adolescentes	38
Tabela 7. Medidas subjetivas relacionadas à saúde bucal dos adolescentes	40
Tabela 8. Correlação entre a escala de apoio social e subescalas de apoio social, ISBQV (OIDP-Infantil, número de dentes afetados por cárie, número de dentes cariados e número de dentes com trauma	41
Tabela 9. Regressão logística não ajustada entre rede e apoio social e dentes cariados, dentes atacados por cárie e trauma dentário, Odds ratio e intervalo de confiança de 95%	42
Tabela 10. Regressão logística não ajustada entre covariáveis e prevalência de dentes cariados e dentes atacados por cárie, Odds ratio e intervalo de confiança de 95%	43
Tabela 11. Regressão logística não ajustada entre co-variáveis e prevalência de trauma dentário, Odds ratio e intervalo de confiança de 95%	44
Tabela 12. Regressão logística multivariada hierarquizada entre rede e apoio social e covariáveis com a prevalência de dentes cariados, Odds ratio e intervalo de confiança de 95%	46
Tabela 13. Regressão logística multivariada hierarquizada entre rede e apoio social e co-variáveis com a prevalência de dentes atacados por cárie, Odds ratio e intervalo de confiança de 95%	48
Tabela 14. Regressão logística multivariada hierarquizada entre rede e apoio social e co-variáveis com a prevalência de trauma dentário, Odds ratio e intervalo de confiança de 95%	49

Lista de Anexos

	Página
ANEXO 1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Pais ou responsáveis dos adolescentes)	62
ANEXO 2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - aluno participante	63
ANEXO 3. Autorização da Unidade de Ensino	64
ANEXO 4. Formulário para o Responsável	65
ANEXO 5. Questionário sobre características demográficas, comportamentos relacionados a saúde bucal, dor dentária, auto-percepção da saúde bucal, necessidade de tratamento dentário e uso de serviços	66
ANEXO 6. Questionário sobre rede social	69
ANEXO 7. Questionário sobre apoio social	70
ANEXO 8. Questionário OIDP-Infantil	72
ANEXO 9. Ficha para o exame clínico odontológico	74

Aos meus amados pais Nivaldo e Marli, fontes de inspiração que sempre
iluminaram minha vida;
Ao meu amor Lilian, que me apoiou, com paciência e companheirismo, em
mais esta caminhada;
Aos meus maiores fãs e amores incondicionais, Iago e Pedro.

“O começo da sabedoria é encontrado na dúvida; duvidando começamos
a questionar, e procurando podemos achar a verdade”. (Pierre Abelard)

AGRADECIMENTOS

A Deus, pai supremo, que norteia meus caminhos a todo instante e que sempre me presenteia com pessoas - “anjos” – para colaborar em meu crescimento.

Ao meu orientador, grande pesquisador Mario Vianna Vettore, que com muita paciência e dedicação foi o alicerce principal para que eu pudesse prosseguir na pesquisa e por ter obtido êxito. Muito obrigado, amigo!

A Secretaria Municipal de Saúde de Dourados – MS, pela liberação das atividades durante o curso de mestrado, sem a qual não seria possível minha participação.

Em especial agradeço aos adolescentes participantes da pesquisa pela valiosa informação prestada que propiciou o melhor entendimento do tema pesquisado.

Agradeço a compreensão dos meus amigos e companheiros de trabalho que me apoiaram e motivaram a continuar em frente.

Agradeço à minha esposa e filhos pelo amor dedicado, principalmente nos momentos mais difíceis desta caminhada.

RESUMO

Os objetivos deste estudo foram descrever medidas clínicas e subjetivas bucais e avaliar a associação entre rede e apoio social com trauma dental e cárie dentária em adolescentes. Inicialmente um estudo de confiabilidade e de calibração clínica foi realizado com 20 adolescentes entre 12 e 14 anos de idade em uma das escolas não sorteadas para testar a consistência e a confiabilidade dos questionários OIDP-Infantil, escala de apoio social e dor dental além da consistência do examinador para as medidas clínicas de cárie e de trauma dental. O Coeficiente de Correlação Intra-classe foi de 0,981 para os questionários e 0,979 para as medidas clínicas, e a consistência interna dos questionários (alpha de cronbach) variou de 0,636 a 0,881. A pesquisa principal foi um estudo seccional conduzido em 542 alunos entre 12 e 14 anos de idade selecionados em 18 escolas públicas da zona urbana de Dourados, MS, em 2012. A amostragem foi por conglomerados em dois estágios. Primeiro foram sorteadas as escolas com peso proporcional ao número de alunos e depois as turmas. Todos os alunos das turmas selecionadas foram convidados para a pesquisa. Foi enviado ao responsável dos adolescentes um formulário com perguntas sobre dados demográficos (sexo, idade, raça/cor da pele) e socioeconômicos (escolaridade, renda familiar e condições de moradia). Os adolescentes foram entrevistados para a coleta de dados demográficos, comportamentos relacionados à saúde, rede e apoio social, dor dental, impacto da saúde bucal na qualidade de vida (OIDP-Infantil), auto-avaliação da saúde bucal, percepção de necessidade de tratamento dentário e uso de serviços odontológicos. Posteriormente eles foram submetidos a exames clínicos odontológicos para avaliação da cárie (CPOD) e trauma dentário. A análise descritiva incluiu medidas de frequência relativa para variáveis categóricas e média e desvio-padrão para variáveis contínuas. Foi estimado ainda a prevalência dos agravos bucais. As correlações do escore de apoio social e

subescalas com o número de dentes atacados por cárie e número de dentes cariados foram testadas através do Coeficiente de Correlação de Spearman. A associação entre rede e apoio social com cárie, experiência de cárie e trauma dentário foi testada através de regressão logística multivariada. O nível de significância foi de 5% ($P < 0,05$).

A prevalência de pelo menos um impacto da condição bucal na qualidade de vida (OIDP-Infantil ≥ 1) foi de 39,9% e de dor dental nos últimos seis meses foi de 25,1%. A prevalência de trauma dentário foi de 11,4% enquanto de pelo menos um dente atacado por cárie (CPOD) e pelo menos um dente cariado foram de 55,2% e 32,1%. A média do CPOD foi de 2,2. Nos modelos observou-se que os adolescentes com rede social de parentes (OR=0,87; IC95%=0,78-0,96) e com mais apoio social (OR=0,80; IC95%=0,60-0,93) tiveram uma chance menor de ter pelo menos um dente cariado. A chance de ter pelo menos um dente atacado por cárie foi 28% menor entre aqueles com mais apoio social (OR=0,72; IC95%=0,62-0,85). Além disso, adolescentes com mais apoio social tiveram uma chance 19% menor de ter pelo menos um dente com trauma dentário (OR=0,81; IC95%=0,67-0,96). As associações encontradas entre rede e apoio social com cárie, e entre apoio social com a experiência de cárie e trauma dentário sugerem que determinantes sociais individuais devem ser considerados nas estratégias de promoção da saúde bucal.

A prevalência de trauma dental neste estudo (11,4%) foi inferior à do Brasil (20,5%) e à da região Centro-Oeste (24,5%). Porém, a média do CPOD (2,20) foi superior à do Brasil (2,07) e inferior à da região Centro-Oeste (3,26).

ABSTRACT

The objectives of this study were to describe clinical and subjective oral health measures and to assess the association of social support and social network with dental trauma and dental caries in adolescents. First a reliability study and clinical calibration study were performed involving 20 adolescents between 12 and 14 years-old in one school not selected for the main study to test the consistency and reliability of Child-OIDP, social support and dental pain questionnaires. Intra-class coefficient was ≥ 0.981 for questionnaires and ≥ 0.979 for clinical measures. Internal consistency of questionnaires (cronbach's alpha) varied from 0.626 to 0.881. The main survey was a cross-sectional study conducted in 542 students between 12 and 14 years old selected in 18 state-funded schools in the urban area of the city of Dourados, MS in 2012. The sampling was clustered in two stages. First the schools were proportionally selected to the number of students and then the classes were drawn. All students from the selected classes were invited to participate in the study. A form was sent to adolescents' parents to obtain data for schooling, family income and housing conditions. Adolescents were interviewed to collect demographic information, health-related behaviours, social support, social network, impact of oral health on quality of life (Child-OIDP), self-perceived oral health, perception of dental treatment needs and use of dental services. Later, they underwent clinical assessment for dental caries (DMFT) and dental trauma. The descriptive analysis included measures of relative frequency for categorical variables and mean and standard deviation for continuous variables. The prevalence of oral health outcomes was estimated. Spearman Correlation Coefficient was used to test

the correlation between scores of social support and its subscales with number of teeth affected by caries and number of decayed teeth. The association of social support and social network with caries, teeth affected by caries and dental trauma was tested by multivariate logistic regression. The level of significance was 5% ($P < 0.05$). The prevalence of at least one impact of oral health on quality of life ($\text{Child-OIDP} \geq 1$) and dental pain in the last 6 months were 39.9% and 25.1%. The prevalence of dental trauma was 11.4% while the prevalence of at least one tooth affected by caries and at least one decayed tooth were 55.2% and 32.1%. In the final logistic regression models, adolescents with social support from relatives ($\text{OR}=0.87$, $\text{CI}_{95\%}=0.78-0.96$) and those with more social support ($\text{OR}=0.80$, $\text{IC}_{95\%}=0.60-0.93$) have lower odds to present at least one decayed tooth. The odds for at least one tooth affected by caries were 28% lower in adolescents with higher social support ($\text{OR}=0.72$, $\text{CI}_{95\%}=0.62-0.85$). In addition, adolescents with more social support showed 19% lower odds to present at least one tooth with trauma ($\text{OR}=0.81$, $\text{CI}_{95\%}=0.67-0.96$). Our findings on the association of social support and social network with dental caries, and between social support and teeth affected by caries and dental trauma suggests that individual social determinants must be taken into account in the oral health promotion strategies. The prevalence of dental trauma in this study (11.4%) was lower than the prevalence in Brazil (20.5%) and in the Centre-West region (24.5%). However, the mean of DMFT (2.20) was higher than in Brazil (2.07) and lower than in Centre-West region.

1. INTRODUÇÃO

Segundo a OMS (Organização Mundial da Saúde), são considerados adolescentes os indivíduos compreendidos entre a faixa etária de 10 a 19 anos (1). A adolescência é um período singular não só pelas mudanças biológicas e psicológicas como pela incorporação de aspectos formativos e comportamentais. Além disso, a transição entre a infância e a vida adulta pode ser considerada um momento crítico devido às profundas alterações cognitivas, emocionais e sociais. Neste período observa-se uma maior autonomia e, com isso, maior exposição a fatores e situações de risco, motivada pela necessidade de autoafirmação perante seus pares. Existem argumentos para se estudar e estabelecer políticas específicas para a saúde dos adolescentes. Um dos principais é o fato de que nesta fase da vida são moldados comportamentos e hábitos que podem se perpetuar ao longo da vida. Assim, ações de promoção da saúde bucal são consideradas importantes neste período para o favorecimento de comportamentos positivos relacionados a saúde, incluindo higiene, dieta e tabagismo.

Os agravos mais comuns em saúde bucal em adolescentes são a cárie dentária, má-oclusão, gengivite e o trauma dentário, sendo a maioria destas condições caracterizadas por determinantes comportamentais. Assim, as intensas mudanças hormonais que ocorrem neste período associadas à uma higiene bucal precária e outras alterações comportamentais podem aumentar o risco para agravos bucais importantes em odontohebiatria (2,3). O cirurgião-dentista tem papel importante nesta etapa de desenvolvimento do indivíduo, pois deve ter habilidade para abordar assuntos relacionados ao autocuidado na limpeza bucal e à alimentação saudável (4). Os cirurgiões-dentistas podem ser colaboradores e facilitadores para o sucesso na conquista de uma saúde bucal de qualidade.

A saúde do adolescente deve ter uma abordagem interdisciplinar (5). As diferentes subáreas da saúde devem analisar a “saúde integral”, sem preconceitos ou reducionismos, considerando a complexidade e as inter-relações que moldam a saúde dos indivíduos. O conceito de saúde integral do adolescente refere-se à abordagem integradora e geral que relaciona a pessoa (organismo e indivíduo) à família e ao meio ambiente. Além disso, o conceito de necessidade em saúde guarda um importante potencial, que deve ser trabalhado com as equipes de saúde, a fim dar uma melhor escuta das pessoas tomando sua necessidade como centro de intervenções e práticas (6).

Os modelos de atenção e organização da oferta podem introduzir novas práticas de cuidado e novos processos de trabalho coletivo para promoção, diagnóstico e terapia considerando as peculiaridades culturais, econômicas, demográficas, étnicas e sanitárias de cada população (7).

As disparidades na situação de saúde bucal como cárie dental e a dor dental causam impacto na qualidade de vida e modificam conforme a idade em função da incorporação de tabagismo e ingestão de açúcar. Assim, a modificação de hábitos tem relevância na redução de desigualdades em saúde bucal (8,9).

Os estudos epidemiológicos em saúde bucal enfatizam as características socioeconômicas, incluindo principalmente renda, escolaridade e condições de moradia, e hábitos, tais como escovação dentária, uso de flúor e uso de serviços de saúde, como os principais determinantes das condições bucais em adolescentes. Novas perspectivas vêm sendo mencionadas sobre outros possíveis determinantes da saúde bucal dos adolescentes. Dentre elas está a crescente discussão sobre a possível importância dos laços e conexões sociais sobre os agravos a saúde em adolescentes (3,8).

2. REVISÃO DE LITERATURA

De acordo com o relatório do inquérito nacional de saúde bucal de 2003 (Projeto SB 2003), onde foram pesquisados 34550 adolescentes de 12 anos de idade, o CPO=0 foi de 31,08% para o Brasil e 27,13% para a região Centro-Oeste. O CPO \geq 1 foi de 68,92% para o Brasil e de 72,87% para a região Centro-Oeste. A média do CPOD aos 12 anos para o Brasil ficou em 2,78 e, 3,16 para a região Centro-Oeste. Nessa região, o componente cariado representou 52,22% entre os componentes do CPOD. Em cidades com mais de 100.000 habitantes, como no caso de Dourados, o CPOD se mostrou menor em relação às cidades menos populosas (10). No último inquérito de saúde bucal, projeto SB Brasil 2010, a média de CPOD aos 12 anos para o interior da região Centro-Oeste foi de 4,00 e o da capital de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, foi de 2,07. A prevalência de trauma dental (12 anos) foi de 20,5% para o Brasil e um pouco maior para a região Centro-Oeste (24,6%) (11).

As pesquisas envolvendo o tema promoção de saúde bucal vêm recebendo destaque no cenário internacional. Neste sentido, estudos com esta perspectiva precisam ser baseados na conciliação entre a escolha de teorias apropriadas e o rigor do método científico para que as evidências sejam válidas. Dentre as perspectivas sinalizadas para as futuras pesquisas em saúde bucal, os estudos sobre os determinantes sociais da saúde são considerados importantes e relevantes para a identificação de futuras estratégias voltadas para ações de promoção de saúde bucal (12).

Uma das principais questões nas pesquisas sobre os determinantes sociais da saúde são a escolha e a utilização dos instrumentos de mensuração dos determinantes sociais, que devem ser apropriados à população estudada. O relativo aumento das pesquisas nessa área gerou a necessidade do desenvolvimento de indicadores sociais

mais amplos e multidimensionais, que englobam diferentes aspectos funcionais e psicológicos das relações sociais (13).

Investigações epidemiológicas sobre determinantes e fatores de risco para doenças e agravos bucais, tradicionalmente, têm considerado aspectos comportamentais (Ex. tabagismo, dieta inadequada e higiene bucal deficiente) como exposições de interesse. Os estudos sobre os determinantes sociais das condições bucais passaram a receber maior ênfase no campo da epidemiologia bucal nas últimas décadas, e pesquisas vem revelando que diferentes fatores sociais, tais como as características socioeconômicas, iniquidade de renda e de rede e apoio social têm um papel na ocorrência de diferentes agravos bucais (14,15).

Recentemente, reconheceu-se a importância de medidas de percepção das condições sociais em que os indivíduos vivem e estão inseridos. Dentre elas, os laços sociais e as conexões sociais, geralmente avaliadas através das redes sociais disponíveis e do suporte social oriundo delas, são características sociais que vem recebendo destaque em estudos epidemiológicos. Estas diferem das demais medidas utilizadas nos estudos sobre os determinantes sociais da saúde como a posição socioeconômica (13).

Dentre os constructos envolvendo laços sociais, destacam-se os conceitos de rede e apoio social (16). Existe mais de um conceito para rede e para apoio social e sugere-se adotar os conceitos conforme os instrumentos propostos para mensurá-los.

Rede social (*social network*) pode ser definida como o grupo de pessoas com as quais o indivíduo mantém contato ou alguma forma de vínculo social que podem ou não oferecer ajuda em diversas situações ao longo da vida (13). Nas redes sociais, além da disponibilidade e frequência de contato com amigos e parentes ou como os grupos de pessoas com quem há contato ou alguma forma de participação social (por exemplo, grupos religiosos, associações sindicais) (17), adicionou o conceito de “ancoragem

social” (*social anchorage*), que descreve a percepção do grau de identificação ou vínculo entre o indivíduo e os grupos formais e informais a que pertence (ambiente de trabalho, área de moradia, família, por exemplo). O indivíduo pode ter uma rede social e não receber necessariamente apoio desta rede. Assim, a rede social pode ser vista como a estrutura social através da qual o apoio é fornecido (18).

Apoio social (*social support*) diz respeito ao conjunto de recursos postos à disposição por outras pessoas em situações de necessidade e pode ser medido através da percepção individual do grau com que relações interpessoais correspondem a determinadas funções (por exemplo, apoio emocional, material e afetivo). A fundamentação do apoio social refere-se a funções desempenhadas por grupo para um indivíduo, em determinadas situações da sua vida, e que podem ser familiares, amigos, vizinhos e outros, chamando-se ao conjunto por elas formado rede de relações sociais (19).

O apoio social é geralmente definido em termos da disponibilidade de pessoas que os indivíduos podem confiar e que poderão cuidar deles em casos de necessidades, tais como amigos e parentes (20). Estudos epidemiológicos sobre apoio social reforçam a importância dos tipos, frequência, intensidade e extensão das redes sociais e dos efeitos da variação do meio ambiente sobre os indivíduos (21), assim como sobre os contextos para o desenvolvimento das redes sociais (20).

A relação entre rede social e apoio social com vários desfechos em saúde tem sido amplamente consolidada em diferentes grupos etários, incluindo adolescentes (22), idosos (23) e adultos (24). A importância do apoio social durante o desenvolvimento na adolescência tem sido enfatizada, assim como sua relação com o bem-estar físico e psicológico (25), com a autoestima (26), com a motivação para o sucesso escolar (27) e com o uso de serviços odontológicos entre adolescentes (28). Existem diferentes

mecanismos que sustentam o possível papel das redes sociais e do apoio social sobre a saúde. As redes sociais atuam em nível comportamental através do apoio e da influência social, que afetam o engajamento e a coesão social, e o acesso a recursos e bens materiais (20).

As relações sociais atuam como determinantes da saúde bucal em adolescentes através das influências dos diferentes grupos sociais que estão inseridos, como a família e a escola (28). A convivência dos adolescentes com estes grupos sociais é um dos principais fatores que molda seus comportamentos, que tenderão a se estabelecer ao final da adolescência e, em geral, se mantêm ao longo da vida adulta. Muitos dos hábitos e comportamentos adquiridos neste período da vida afetam a saúde bucal e podem favorecer a prevenção de doenças e agravos bucais, pois se associam à melhor qualidade de vida, como dieta adequada, exercícios físicos e cuidados com a saúde. Por outro lado, as relações sociais podem afetar a saúde bucal de modo desfavorável pela adoção de hábitos não saudáveis como a maior ingestão de açúcar (28).

A possível influência das redes sociais e do apoio social sobre a saúde bucal foi objeto de poucas investigações (29,30,31,32). Em dois estudos realizados no Japão observou-se que indivíduos adultos com mais apoio social oriundo de redes sociais suportivas (31) e aqueles com mais redes sociais de amigos (29) apresentaram melhor auto-percepção de saúde bucal. Em um estudo a partir dos dados do inquérito de saúde Norte-Americano, indivíduos com 60 anos ou mais que eram divorciados e que tinham menos amigos apresentaram maiores níveis de perda de inserção periodontal (32). As relações sociais de adolescentes foram associadas à experiência de cárie. Observou-se que o apoio social oriundo de uma pessoa especial, mas não da família nem amigos foi relacionada positivamente à cárie dentária (30). O capital social horizontal, aferido a

partir de uma medida indireta do número de redes sociais, foi associado com o número de dentes remanescentes em idosos japoneses (33).

3. JUSTIFICATIVA

Em geral, a perspectiva adotada nos estudos epidemiológicos em saúde bucal fora dos grandes centros urbanos é meramente descritiva. São de grande relevância, como descrição de cárie dentária, trauma dental, dor dental, Impacto da Saúde Bucal na Qualidade de Vida, padrão de uso de serviços odontológicos e auto-percepção da saúde bucal. São poucos os estudos nestas localidades que avaliaram os possíveis determinantes das condições bucais. É necessário um melhor entendimento sobre os possíveis fatores sociais associados à saúde bucal em adolescentes, especialmente em áreas onde poucos estudos são realizados, como na região de fronteiras. Além disso, são escassos os estudos analíticos sobre a possível influência das relações sociais, tais como rede e apoio social, sobre a saúde bucal em adolescentes. Na literatura nacional nenhum estudo sobre este tema foi encontrado até o momento, e observa-se ainda apenas um estudo internacional, recentemente publicado, sobre a relação entre rede e apoio social com a saúde bucal em adolescentes (30).

4. PERGUNTA DA PESQUISA

Adolescentes com mais redes sociais e maior apoio social apresentam menor prevalência de agravos bucais?

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GERAL

O presente estudo teve como objetivo geral descrever o perfil epidemiológico em saúde bucal e avaliar a associação entre rede social e apoio social com desfechos clínicos bucais em adolescentes entre 12 e 14 anos de idade em Dourados, MS, em 2012.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

5.2.1 Descrever o padrão do uso de serviços odontológicos em adolescentes entre 12 e 14 anos de idade em Dourados, MS, em 2012.

5.2.2 Descrever a prevalência de cárie dentária e trauma dental em adolescentes entre 12 e 14 anos de idade em Dourados, MS, em 2012.

5.2.3 Descrever a prevalência de dor dental, auto-percepção de saúde bucal e impacto da saúde bucal na qualidade de vida em adolescentes de 12 a 14 anos de idade em Dourados, MS, em 2012.

5.2.4 Testar a associação entre rede social e apoio social com o trauma dentário em adolescentes entre 12 e 14 anos de idade em Dourados, MS, em 2012.

5.2.5 Testar a associação entre rede social e apoio social com a cárie dental em adolescentes entre 12 e 14 anos de idade em Dourados, MS, em 2012.

5.2.6 Testar a associação entre rede social e apoio social com o CPOD (dentes atacados por cárie) em adolescentes entre 12 e 14 anos de idade em Dourados, MS, em 2012.

6. POPULAÇÃO E MÉTODOS

6.1 Desenho de estudo

A presente pesquisa se trata de um estudo seccional de base escolar composta de adolescentes entre 12 a 14 anos regularmente matriculados em escolas públicas municipais e estaduais, pertencentes à zona urbana e não indígenas da cidade de Dourados, Mato Grosso do Sul. Esta faixa foi selecionada por compor um dos grupos etários prioritários para atenção em saúde bucal, de acordo com a Política Nacional de Saúde Bucal (34).

6.2 Área de estudo

Dourados é um município pertencente à mesorregião sudoeste de Mato Grosso do Sul, com uma área de 4.086,387 km² e uma população de 196.068 habitantes (35). Sua densidade demográfica é de 47,98 hab/km² e seu IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) é de 0,701 (36).

Figura 1. Mapa da localização do município de Dourados no Estado do Mato Grosso do Sul.



O município em estudo possui uma relação muito intensa com o vizinho país, Paraguai, e está a pouco mais de 100 km da fronteira, sendo um forte fator de união étnica e cultural entre a cidade e o país vizinho. Em razão disso, 30% dos habitantes de Dourados tem algum laço familiar paraguaio. Situa-se na faixa de fronteira com o Paraguai, estando inserido no Arco Central das caracterizações de regiões de fronteira.

Em relação ao setor saúde, Dourados conta, na Atenção Básica, com 3 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 2 UBS na reserva indígena, 43 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e 3 equipes de Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS). Com relação à saúde bucal, as ações são desenvolvidas nas 43 equipes de ESF, 5 UBS, 15 escolas com consultório odontológico e 43 escolas e Centros de Educação Infantil Municipais (CEIMS) com o Programa Coletivo Odontológico. Dourados apresenta um crescimento contínuo das equipes de saúde bucal, desde sua implantação em 2001 com 7 equipes, até o momento onde conta atualmente com o trabalho de 43 equipes (37).

Segundo a Secretaria Municipal de Educação de Dourados (38), em Dourados existem 77 escolas públicas distribuídas da seguinte forma:

Escolas Municipais: 29 urbanas, 9 rurais e 6 indígenas, totalizando 44 escolas.

Escolas Estaduais: 16 urbanas, 5 rurais e 1 indígena, totalizando 22 escolas.

6.3 População de estudo

A população alvo do estudo foi composta por adolescentes de 12 a 14 anos de idade regularmente matriculados na rede escolar pública na área urbana, excluindo-se os indígenas, em Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil.

6.4 Plano amostral

Foi realizada uma amostragem por conglomerados em dois estágios. Primeiramente foram sorteadas escolas e, após, as turmas. Do total de 44 escolas municipais foram selecionadas apenas aquelas localizadas na zona urbana do município. Assim sendo, das 44 escolas municipais existentes, 29 foram elegíveis. Foram eliminadas 15 escolas por se localizarem em zona rural ou indígena. Quanto às escolas estaduais, das 22 escolas existentes, 6 foram descartadas da pesquisa pela localização em zona rural ou indígena, sobrando 16 para o interesse do estudo.

Quadro 1. Escolas públicas no município de Dourados, MS conforme localização e critérios de exclusão.

Escolas públicas urbanas (interesse do estudo)	45
Escolas públicas rurais (distritos) – critério de exclusão – não urbanas	14
Escolas públicas indígenas – critério de exclusão – não urbanas	07
Total de escolas públicas	66

De posse das listagens dos alunos, obtidas com os diretores e coordenadores (após definição das escolas), foi realizado sorteio das escolas elegíveis, com as turmas contendo faixas etárias de interesse (geralmente do sétimo ao nono ano do ensino fundamental).

As Unidades Primárias de Amostragem foram as escolas, por meio de amostragem aleatória e proporcional ao tamanho populacional da escola. Já as Unidades Secundárias de Amostragem foram as turmas pela amostragem sistemática, com reposição. Foi realizado um sorteio de 18 escolas dentre as 45 previamente selecionadas para participar efetivamente da pesquisa. Sorteada a escola, sorteou-se as turmas destas e procedeu-se à aplicação dos questionários e exames clínicos bucais dos alunos das mesmas.

A amostra foi estabelecida em 530 adolescentes de acordo com o maior cálculo amostral para as prevalências de trauma dentário (40), ao menos um impacto da saúde bucal na qualidade de vida (39), cárie e dor dental (10), considerando um poder de 90% para detectar ao menos 10% de diferenças entre grupos e um nível de significância 0,05. Foi adicionado 30% em virtude de recusas (Quadro 2).

Quadro 2. Resultados do cálculo amostral de acordo com os desfechos em estudo.

Desfecho	Prevalência	Referência	Tamanho da amostra
Trauma dentário	11,2%	40	283
Impacto da saúde bucal na qualidade de vida	80,7%	39	272
Cárie dentária	69%	10	428
Dor dental	35,7%	10	530

6.5 Coleta de dados

Inicialmente foi solicitada aos diretores das escolas a autorização para a coleta dos dados em suas unidades de ensino (ANEXO 3). Em seguida foi enviada solicitação para participação dos adolescentes aos pais ou responsáveis e ao próprio aluno através dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXOS 1 e 2). A coleta de dados foi realizada através de entrevistas nestas escolas por um cirurgião-dentista, o qual foi treinado e calibrado para a coleta padronizada dos dados. Inicialmente foram aplicados questionários para a coleta de dados sócio-demográficos, comportamentais, rede e apoio social, dor dental, impacto da saúde bucal na qualidade de vida, auto-avaliação da saúde bucal, percepção de necessidade de tratamento dentário e uso de serviços odontológicos. Posteriormente os adolescentes foram submetidos a exames clínicos odontológicos para avaliação do trauma dentário e do número de dentes cariados.

6.5.1 Questionário

O questionário foi composto por cinco blocos:

1. Características sócio-demográficas

Foi enviado ao responsável dos adolescentes um formulário com perguntas sobre dados demográficos (sexo, idade, raça/cor da pele) e socioeconômicos com perguntas sobre escolaridade, renda familiar e condições de moradia (ANEXO 4). Foram coletadas informações demográficas dos adolescentes, incluindo sexo, idade e raça/cor da pele (ANEXO 5).

2. Comportamentos relacionados a saúde bucal

As informações sobre comportamentos incluíram frequência de escovação dentária, tabagismo e consumo de alimentos com açúcar, adaptadas da Pesquisa Nacional da Saúde do Escolar (PeNSE) (41) (ANEXO 5).

3. Dor dentária, auto-percepção da saúde bucal, necessidade de tratamento dentário e uso de serviços.

As perguntas sobre aspectos subjetivos relacionados a saúde bucal incluíram dor dentária, auto-percepção da saúde bucal, necessidade de tratamento dentário e uso de serviços. Estes itens são semelhantes ao utilizado no Projeto SB 2010 – Condições de Saúde Bucal da População Brasileira no Ano 2010 (11) (ANEXO 5).

4. Rede e apoio Social

A medida de rede social foi uma adaptação de questionário originalmente utilizado no *Medical Outcomes Study (EUA)*, e adaptado para o Estudo Pró Saúde/UERJ (24). Este instrumento foi adaptado para este estudo porque o questionário de rede social original foi desenvolvido e testado em adultos. Estas adaptações incluíram ajustes para o cotidiano dos escolares, como atividades fora do ambiente escolar e sua frequência, e exclusão de questões como participação em sindicatos e associações trabalhistas. (ANEXO 6).

O instrumento *Social Support Appraisals (SSA)*, elaborado especificamente para adolescentes, foi usado para aferir o apoio social. Foi utilizada a versão adaptada para a população brasileira por Squassoni e Matsukura 2009 (42). O questionário é composto por 30 questões onde o adolescente, em cada questão, marcou um “X” nas caselas correspondentes do maior ao menor grau de sua concordância. Pode-se obter um escore total da escala de apoio social bem como um escore para cada uma de suas subescalas, que são família, amigos, professores e outros (ANEXO 7).

5. OIDP-Infantil (*Child-Oral Impacts on Daily Performances*)

O impacto de problemas bucais nas atividades diárias dos adolescentes foi avaliado através do instrumento OIDP-Infantil (*Child Oral Impacts on Daily Performances*) (43), validado para o Brasil (39). O instrumento OIDP-Infantil é

aplicado em duas etapas. A primeira etapa é um questionário auto-preenchido com objetivo verificar quais os problemas bucais que acometem ou acometeram os adolescentes nos últimos 3 meses (44). Uma lista de 17 possíveis problemas bucais é oferecida, havendo a possibilidade de o adolescente relatar problemas não listados (39). A segunda etapa consiste de uma entrevista face a face para avaliação dos impactos dos problemas bucais em oito atividades diárias do adolescente: comer, falar, limpar a boca, dormir, manter o estado emocional, sorrir, realizar tarefas escolares e ter contato social (39). Na existência de impacto em alguma das atividades diárias do adolescente, é avaliada a gravidade desse impacto (pouco, moderado ou grave), assim como sua frequência (39). O escore do OIDP-Infantil é calculado para cada atividade diária através da frequência e gravidade, com uma escala de 0 a 3. O escore para cada uma das oito atividades varia de 0 a 9, e para a escala total varia de 0 a 72. O escore final é multiplicado por 100 e dividido por 72, gerando um índice final do OIDP-Infantil de 0 a 100 (39) (ANEXO 8).

6.5.2 Exame clínico odontológico

O exame clínico bucal, seguindo as normas da OMS, foi realizado para a contagem de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados (Índice CPO-D) e avaliação do traumatismo dentário, conforme metodologia do Projeto SB Brasil 2010 (11). O trauma dentário foi avaliado nos oito incisivos através de critérios que levam em conta a porção da coroa e do esmalte dentário acometidos, além do envolvimento pulpar e avulsão do elemento dentário (Quadro 3). Foi usado um formulário específico para o registro das medidas clínicas (ANEXO 9). Os exames odontológicos foram realizados nas escolas em ambiente privado (bibliotecas ou sala de aula vagas), sob luz natural.

Quadro 3. Códigos e critérios para trauma dentário.

Código	Critério	Descrição
0	Nenhum traumatismo	Nenhum sinal de fratura ou ausência dentária devido a traumatismo
1	Fratura de esmalte	Perda de pequena porção da coroa envolvendo apenas esmalte, ou fratura envolvendo esmalte.
2	Fratura de esmalte e dentina	Perda de porção maior da coroa envolvendo esmalte e dentina (nota-se a diferença de coloração, sendo mais amarelada para a estrutura dentinária) ou fratura envolvendo esmalte e dentina
3	Fratura de esmalte e dentina com exposição pulpar	Perda de porção maior da coroa envolvendo esmalte, dentina (nota-se a diferença de coloração, sendo mais amarelada para a estrutura dentinária) e exposição da polpa, sangramento ou ponto escuro na porção central da estrutura de dentina exposta ou fratura envolvendo esmalte, dentina e polpa
4	Ausência do dente devido a traumatismo	Ausência do dente devido à avulsão ou dente perdido devido a traumatismo
9	Exame não realizado	O dente não pode ser examinado devido a uso de aparelho ortodôntico ou outro motivo.

6.6 Grupos de comparação

Foram constituídos grupos de comparação para os desfechos de interesse, trauma dentário, impacto da saúde bucal na qualidade de vida e dor dental. Assim, cada participante foi classificado para cada um dos desfechos sob estudo para fins comparativos com o grupo sem os desfechos, conforme o Quadro 4.

Quadro 4. Grupos de comparação conforme os desfechos de interesse trauma dentário, impacto da saúde bucal na qualidade de vida e dor dental.

Desfecho	Definição de caso	Definição de não caso
Trauma dentário	Presença de pelo menos um incisivo com código 1, 2, 3 ou 4	Presença de código 0 para todos os incisivos
Impacto da saúde bucal na qualidade de vida	Presença de pelo menos um impacto conforme o OIDP-Infantil (OIDP Infantil ≥ 1)	Ausência de impacto conforme o OIDP-Infantil (OIDP Infantil = 0)
Dor dental	Relato de dor dental nos últimos 6 meses	Ausência de relato de dor dental nos últimos 6 meses
Cárie dentária	Presença se pelo menos um dente com cárie	Ausência de dente com cárie

6.7 Estudo de confiabilidade

Um estudo prévio ao estudo principal foi realizado com 20 adolescentes na mesma faixa etária em uma das escolas não sorteadas e que, portanto, não participaram do estudo principal para testar a confiabilidade e aplicabilidade das medidas. Eles foram entrevistados com um intervalo de 7 dias para avaliar a consistência das medidas de dor dental, instrumento OIDP-Infantil e apoio e rede social. Foram empregados o Coeficiente Kappa (medidas categóricas) e o Coeficiente de Correlação Intra-Classe (medidas contínuas) para aferir a confiabilidade temporal. Foi testada ainda a consistência interna dos questionários OIDP-Infantil e apoio social com o Coeficiente Alfa de Cronbach.

O Coeficiente Kappa para a prevalência da dor dentária foi igual a 1. Já o CCI para a intensidade da dor dental foi de 0,994 (IC95% 0,985-0,998). Com relação ao OIDP-Infantil, o CCI foi de 0,981 (IC95% 0,952-0,993) com um coeficiente α de Cronbach de 0,740 (Tabela 1).

Na escala de apoio social geral, obteve-se um CCI de 0,997 (IC95% 0,993-0,999) com um α de 0,881. Nas subescalas, a de *amigos* teve um CCI de 0,992 (IC95% 0,980-0,997), com um α de 0,859; na subescala *professores*, o CCI foi de 0,998 (IC95% 0,995-0,999) e α de 0,841; na subescala *família*, o CCI foi de 0,994 (IC95% 0,985-0,998) com α de 0,714 e na subescala *outros* o CCI foi de 0,992 (IC95% 0,979-0,997) e o α de Cronbach foi de 0,636 (Tabela 1).

6.8 Estudo de calibração clínica

Os mesmos adolescentes que participaram do estudo de confiabilidade foram examinados para aferição da consistência do examinador para as medidas clínicas

dentárias. Foi avaliado o Coeficiente Kappa para a medida de trauma dentário e o Coeficiente de Correlação Intra-Classe para o número de dentes cariados.

A confiabilidade para o trauma dentário foi muito boa (Kappa=1) para todos os elementos dentários. O índice de cárie (CPOD) e seus componentes, assim como a intensidade da dor dental, OIDP-Infantil e a escala de apoio social com suas subescalas também apresentaram concordância muito boa com o Coeficiente de Correlação Intraclasse (CCI). O CCI para o índice de cárie CPOD foi de 0,989 (IC95% 0,973-0,996), para o componente cariado ficou em 0,979 (IC95% 0,948-0,982), para o componente perdido o CCI foi igual a 1 e para o componente obturado foi de 0,996 (IC95% 0,989-0,998).

Tabela 1. Confiabilidade para o índice de cárie (CPOD), segundo seus componentes, dor dental, OIDP-Infantil e apoio social.

	Kappa / CCI	IC DE 95%
Índice de cárie	CCI = 0,989	0,973 – 0,996
Componente cariado	CCI = 0,979	0,948 – 0,982
Componente perdido	CCI = 1,00	
Componente obturado	CCI = 0,996	0,989 – 0,998
Prevalência de dor	k = 1,00	
Intensidade de dor	CCI = 0,994	0,985 – 0,998
OIDP-Infantil ($\alpha = 0,740$)	CCI = 0,981	0,952 – 0,993
Escala de apoio social ($\alpha = 0,881$)	CCI = 0,997	0,993 – 0,999
Subescala amigos ($\alpha = 0,859$)	CCI = 0,992	0,980 – 0,997
Subescala professores ($\alpha = 0,841$)	CCI = 0,998	0,995 – 0,999
Subescala família ($\alpha = 0,714$)	CCI = 0,994	0,985 – 0,998
Subescala outros ($\alpha = 0,636$)	CCI = 0,992	0,979 – 0,997

6.9 Análise dos dados

A consistência interna do instrumento OIDP-Infantil foi avaliada com o Coeficiente Alfa de Cronbach. Verificou-se ainda a correlação item-total e Alfa de Cronbach com itens excluídos para o instrumento OIDP-Infantil.

As características demográficas e socioeconômicas dos adolescentes e responsáveis além das informações sobre uso de serviços odontológicos e rede social foram apresentadas através de medidas de frequência relativa. As variáveis idade dos adolescentes e a escala de apoio social e suas subescalas foram descritas através de média e desvio-padrão.

As medidas bucais incluíram média e desvio-padrão do CPOD e seus componentes, prevalência de pelo menos um dente com cárie e com pelo menos um dente com experiência de ataque por cárie. A prevalência do trauma dentário foi estimada para os dentes superiores e inferiores segundo a extensão do trauma. O impacto da condição bucal na qualidade de vida (OIDP-Infantil) foi estimado a partir da prevalência (OIDP-Infantil ≥ 1), extensão (contagem de impactos) e gravidade (média do escore OIDP-Infantil). Foram calculadas ainda a prevalência de dor dental, das categorias de intensidade de dor dental, das medidas de autoclassificação da saúde bucal e suas dimensões além da necessidade de tratamento dentário percebida.

As correlações do escore de apoio social e subescalas com o número de dentes atacados por cárie e número de dentes cariados foram testadas através da Correlação de Spearman com nível de significância de 0,05.

A associação entre rede e apoio social com cárie, experiência de cárie e trauma dentário foi testada através de regressão logística multivariada. Indivíduos com a presença de pelo menos um dente afetado por cárie, experiência de cárie e trauma

dentário foram considerados como casos. Inicialmente foram testadas as associações não ajustadas entre as variáveis de exposição e covariáveis e os desfechos. Todas as exposições de interesse e covariáveis com valor de $p < 0,20$ foram selecionadas para a análise multivariada. A análise ajustada entre as medidas de rede e apoio social com os desfechos foi realizada por meio de regressão logística hierarquizada múltipla. Assim, as variáveis foram agregadas em 3 blocos: Bloco 1 – Rede e apoio social e condição socioeconômica do responsável, Bloco 2 – Comportamentos relacionados à saúde (cárie e experiência de cárie) e uso de serviços odontológicos e Bloco 3 - Características demográficas dos adolescentes. Em cada modelo as variáveis foram ajustadas entre si. O critério para a manutenção das variáveis do modelo foi o valor de $p \leq 0,10$. O nível de significância estatística no modelo final foi de 5% ($P < 0,05$). As análises foram realizadas no programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) 17.0 para *Windows*.

7. ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Esta pesquisa foi submetida ao CEP – Comitê de ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro previamente a coleta dos dados. Seu protocolo de pesquisa é o de número 281/11 – CAAE: 0297.0.031.000-11, aprovado em 09/11/2011.

Um TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – foi enviado aos pais ou responsáveis dos adolescentes e outro para os próprios adolescentes contendo todas as informações relativas à pesquisa, bem como seus objetivos principais. Os alunos que foram examinados e que apresentaram alguma doença bucal foram orientados a procurar o serviço odontológico da Equipe de Saúde da Família próxima à sua residência para tratamento (ANEXOS 1 e 2).

Também foi enviado um termo de Autorização da unidade de ensino para os diretores e coordenadores das escolas municipais e estaduais, com as informações e enfoque do estudo, para se trabalhar com os adolescentes dentro do ambiente escolar (ANEXO 3).

8. RESULTADOS

No presente estudo 18 escolas foram sorteadas, sendo que uma foi substituída em função de recusa pela diretora. No total foram convidados 559 adolescentes, ocorrendo 9 recusas por parte do pai e/ou responsável e 8 por parte do alunos. A amostra final foi composta por 542 escolares.

A média de idade dos adolescentes foi de 13 anos (desvio-padrão= 0,8) e 50,6% eram do sexo masculino. A raça/cor da pele predominante foi a parda (60,5%). A maioria dos participantes relatou escovar os dentes 3 vezes ou mais por dia (54,8%), sendo que 5 adolescentes informaram não escovar os dentes. Cerca de 2,8% afirmaram fumar ou ter fumado alguma vez na vida. Sobre a ingestão de biscoitos e guloseimas, 41,0% e 36,2% informaram comer de 1 a 3 dias por semana, respectivamente (Tabela 2).

As mães declararam ser responsáveis por 75,5% dos adolescentes. A média de idade dos responsáveis foi de 39,4 anos (dp=7,3), e a maioria declarou ser de cor da pele parda (58,9%). Houve um predomínio de responsáveis com 9 anos ou mais de estudo (46,5%), com renda familiar de 1 a 4 salários mínimos (76,0%) e com residência própria (77,3%) (Tabela 3).

Dos adolescentes pesquisados, 94,1% relataram já ter ido alguma vez ao dentista. Destes, 69,0% visitaram o dentista em menos de um ano e 74,4% utilizaram o serviço público de saúde, sendo o tratamento odontológico o motivo predominante (77,1%). Ainda foi reportado por 63,5% dos adolescentes não existir consultório em suas respectivas escolas (Tabela 4).

Tabela 2. Caracterização demográfica e socioeconômica dos adolescentes

Variável	Total
Idade, média (dp)	13,0 (0,8)
Sexo, n (%)	
Masculino	274 (50,6)
Feminino	268 (49,4)
Raça/cor da pele, n (%)	
Branca	169 (31,2)
Amarela	4 (0,7)
Indígena	15 (2,8)
Parda	328 (60,5)
Preta	26 (4,8)
Frequência diária de escovação dentária, n (%)	
Não escova os dentes	5 (0,9)
1 vez por dia	36 (6,7)
2 vezes por dia	204 (37,6)
3 vezes ou mais por dia	297 (54,8)
Tabagismo	
Nunca fumou	527 (97,2)
Já fumou alguma vez na vida	15 (2,8)
Número de dias que comeu biscoitos ou bolachas nos últimos 7 dias, n (%)	
Nenhum dia	70 (12,9)
1 a 3 dias	222 (41,0)
4 a 6 dias	135 (24,9)
Todos os dias	115 (21,2)
Número de dias que comeu guloseimas nos últimos 7 dias, n (%)	
Nenhum dia	55 (10,1)
1 a 3 dias	196 (36,2)
4 a 6 dias	141 (26,0)
Todos os dias	150 (27,7)

Tabela 3. Caracterização demográfica e socioeconômica dos responsáveis.

Variável	Total
Parentesco, n (%)	
Mãe	409 (75,5)
Pai	95 (17,5)
Outro	38 (7,0)
Idade, média (dp)	39,4 (7,3)
Raça/cor da pele, n (%)	
Branca	176 (32,5)
Amarela	6 (1,1)
Indígena	14 (2,6)
Parda	319 (58,9)
Preta	27 (5,0)
Anos de estudo, n (%)	8,2 (3,2)
0 a 4 anos	64 (11,8)
5 a 8 anos	226 (41,7)
9 anos ou mais	252 (46,5)
Renda familiar, n (%)	
Até 1 SM	91 (16,8)
1 até 4 SM	412 (76,0)
4 a 6 SM	39 (7,2)
Mais de 6 SM	0 (0)
Tipo de residência, n (%)	
Própria	419 (77,3)
Alugada	88 (16,2)
Emprestada	15 (2,8)
Casa de parentes	20 (3,7)

Tabela 4. Uso de serviços odontológicos pelos adolescentes.

Variável	Total
Já foi ao dentista alguma vez na vida	
Sim	510 (94,1)
Não	32 (5,9)
Há quanto tempo foi ao dentista	
Menos de 1 ano	352 (69,0)
De 1 a 2 anos	138 (27,1)
3 ou mais anos	20 (3,9)
Tipo de serviço odontológico utilizado	
Público	403 (74,4)
Privado	107 (19,6)
Motivo de consulta ao dentista	
Tratamento dentário	393 (77,1)
Urgência (Dor dental)	117 (22,9)
Escola possui consultório odontológico	
Sim	198 (36,5)
Não	344 (63,5)

Na Tabela 5 são descritas as medidas de rede e apoio social. Em relação às redes sociais, a maioria dos adolescentes informou que se sente à vontade para conversar sobre quase tudo com 1 a 3 parentes (68,3%) e com 1 a 3 amigos (58,7%). Cerca de 52,8% dos adolescentes participou de atividades em grupo no último ano, sendo a frequência de 2 a 3 vezes na semana a mais comum (53,5%). A participação dos adolescentes em trabalho voluntário foi de 29,3%, e 39% o fizeram algumas vezes no ano. A média do escore da escala de apoio social foi de 142,9 (dp=13,5) e a média das subescalas de apoio social variou de 31,6 (subescala professores) a 42,2 (subescala família) (Tabela 5).

Tabela 5. Medidas de rede e apoio social dos adolescentes.

Variável	Total
Rede social (parentes), n (%)	
Nenhum	32 (5,9)
1 a 3	370 (68,3)
4 ou mais	140 (25,8)
Rede social (amigos), n (%)	
Nenhum	59 (10,9)
1 a 3	318 (58,7)
4 ou mais	165 (30,4)
Participação em atividades em grupo no último ano, n (%)	
Sim	286 (52,8)
Não	256 (47,2)
Frequência de atividades em grupo no último ano, n (%)	
Mais de 1 vez por semana	16 (5,6)
1 vez por semana	108 (37,8)
2 a 3 vezes por semana	153 (53,5)
Algumas vezes por semana	9 (3,1)
Participação em trabalho voluntário no último ano, n (%)	
Sim	159 (29,3)
Não	383 (70,7)
Frequência de trabalho voluntário no último ano, n (%)	
Mais de 1 vez por semana	3 (1,9)
1 vez por semana	26 (16,4)
2 a 3 vezes por semana	30 (18,9)
Algumas vezes por ano	62 (39,0)
1 vez no ano	38 (23,8)
Escore da escala de apoio social ($\alpha = 0,818$), média (dp)	142,9 (13,5)
Subescala amigos ($\alpha = 0,543$), média (dp)	33,3 (4,3)
Subescala professores ($\alpha = 0,802$), média (dp)	31,6 (4,9)
Subescala família ($\alpha = 0,518$), média (dp)	42,2 (4,1)
Subescala outros ($\alpha = 0,592$), média (dp)	35,8 (4,9)

A média de dentes atacados por cárie foi de 2,20 e 55,2% dos adolescentes apresentaram pelo menos um dente atacado por cárie (CPOD ≥ 1). O trauma dentário na arcada superior e inferior foi identificado em 10,5% e 1,3% da amostra, respectivamente. A fratura de esmalte e dentina ocorreu em 2,4% dos participantes sendo todos na arcada superior. A prevalência de trauma dentário foi de 11,4%. Um

indivíduo apresentou duas fraturas de esmalte, uma em um dente superior e a outra em um dente inferior. Em outro, registrou-se uma fratura de esmalte e dentina superior e uma fratura de esmalte inferior (Tabela 6).

Tabela 6. Medidas clínicas de cárie dentária e trauma dentário dos adolescentes.

Variável	Total
Cárie dentária	
Número de dentes atacados por cárie, média (dp)	2,20 (1,92)
Número de dentes cariados, média (dp)	1,17 (0,68)
Número de dentes perdidos, média (dp)	0,50 (0,15)
Número de dentes obturados, média (dp)	1,10 (1,48)
CPOD ≥ 1 , n (%)	299 (55,2)
Dentes cariados (componente C ≥ 1 , n (%))	174 (32,1)
Trauma dentário	
Indivíduos, n (%)	
Dentes superiores	Sem trauma 485 (89,5)
	Fratura de esmalte 44 (8,1)
	Fratura de esmalte e dentina 13 (2,4)
	Fratura de esmalte e dentina c/ exposição pulpar 0 (0,0)
	Ausência do dente devido a trauma 0 (0,0)
Indivíduos, n (%)	
Dentes inferiores	Sem trauma 535 (98,7)
	Fratura de esmalte 7 (1,3)
	Fratura de esmalte e dentina 0 (0,0)
	Fratura de esmalte e dentina c/ exposição pulpar 0 (0,0)
	Ausência do dente devido a trauma 0 (0,0)
Indivíduos, n (%)	
Dentes superiores e inferiores	Sem trauma 480 (88,6)
	Fratura de esmalte 49 (9,0)
	Fratura de esmalte e dentina 13 (2,4)
	Fratura de esmalte e dentina c/ exposição pulpar 0 (0,0)
	Ausência do dente devido a trauma 0 (0,0)

A prevalência de pelo menos um impacto da condição bucal na qualidade de vida (OIDP-Infantil ≥ 1) foi de 39,9%. A média de contagem de impactos da condição bucal na qualidade de vida (extensão) foi de 0,75 (dp=1,17) e a média do escore do OIDP-Infantil (gravidade) foi de 3,28 (dp=6,40). A prevalência de dor dental nos últimos seis meses foi de 25,1%. Dentre os que relatam dor dental, a maioria reportou intensidade de dor entre 5 a 9. A maioria dos adolescentes autotrans classificou como boa ou ótima a sua saúde bucal (72,6%), aparência dos dentes e gengivas (78,0%), mastigação (89,6%) e fala (94,8%) e 83,0% relataram que a saúde bucal não afetou seus relacionamentos. O tratamento odontológico foi percebido por 62,9% dos adolescentes (Tabela 7).

Os resultados das correlações entre o número de dentes cariados e atacados por cárie com a escala de apoio social e suas dimensões são apresentados na Tabela 8. Observou-se uma correlação inversa e estatisticamente significativa entre número de dentes atacados por cárie com a escala de apoio social e suas dimensões, cujos coeficientes de correlação variaram de -0,114 a -0,188. O número de dentes cariados também foi correlacionado de maneira estatisticamente significativa com a escala de apoio social e suas dimensões, cujos coeficientes variaram de -0,091 a -0,167 (Tabela 8).

Tabela 7. Medidas subjetivas relacionadas à saúde bucal dos adolescentes

Variável	Total
OIDP-Infantil	
Prevalência (OIDP \geq 1) , n (%)	216 (39,9)
Extensão (Contagem OIDP), média (dp)	0,75 (1,17)
Gravidade (Escore OIDP), média (dp)	3,28 (6,40)
Dor dental nos últimos 6 meses, n (%)	
Sim	136 (25,1)
Não	406 (74,9)
Intensidade da dor dental, n (%)	
0	406 (74,9)
1-4	50 (9,3)
5-9	76 (14,0)
10	10 (1,8)
Autoclassificação da saúde bucal, n (%)	
Boa/ótima	391 (72,6)
Regular	116 (21,5)
Ruim/péssima	32 (5,9)
Autoclassificação da aparência dos dentes e gengivas, n (%)	
Boa/ótima	421 (78,0)
Regular	95 (17,6)
Ruim/péssima	24 (4,4)
De que forma a saúde bucal afeta o seu relacionamento, n (%)	
Não afeta	424 (83,0)
Afeta pouco	69 (13,5)
Afeta mais ou menos	13 (2,5)
Afeta muito	5 (1,0)
Autoclassificação da mastigação, n (%)	
Boa/ótima	486 (89,6)
Regular	52 (9,6)
Ruim/péssima	4 (0,8)
Autoclassificação da fala, n (%)	
Boa/ótima	509 (94,8)
Regular	23 (4,3)
Ruim/péssima	5 (0,9)
Autopercepção de necessidade de tratamento, n (%)	
Sim	341 (62,9)
Não	201 (37,1)

Tabela 8. Correlação entre a escala de apoio social e subescalas de apoio social, ISBQV (OIDP-Infantil, número de dentes afetados por cárie, número de dentes cariados e número de dentes com trauma).

	Apoio social	AS amigos	AS professores	AS família	AS outros
Apoio social (AS)	1				
AS amigos	0,743*	1			
AS professores	0,795*	0,473	1		
AS família	0,631*	0,337*	0,427*	1	
AS outros	0,757*	0,524*	0,536*	0,301*	1
Número de dentes atacados por cárie	- 0,188*	- 0,114*	- 0,153*	- 0,153*	- 0,160*
Número de dentes cariados	- 0,167*	- 0,091*	- 0,165*	- 0,146*	- 0,105*

* Valor de $p < 0,05$

As associações não ajustadas entre as medidas de rede e apoio social com a prevalência de indivíduos com pelo menos um dente cariado, com pelo menos um dente atacado por cárie e pelo menos um dente com trauma dentário são descritas na Tabela 9. As redes sociais de parentes e amigos foram estatisticamente associadas com prevalência de cárie, enquanto a prevalência de pelo menos um dente atacado por cárie esteve associada somente com a rede social de amigos. A associação entre não participação em atividades em grupo com os três desfechos (prevalência de dentes cariados, dentes atacados por cárie e trauma dentário) foi estatisticamente significativa, enquanto que a não participação em trabalho voluntário foi relacionada apenas com o número de dentes atacados por cárie. O apoio social e as subescalas foram significativamente associadas com o número de dentes atacados por cárie. O mesmo foi observado para os outros dois desfechos, exceto a não associação entre a subescala amigos (Tabela 9).

Tabela 9. Regressão logística não ajustada entre rede e apoio social e dentes cariados, dentes atacados por cárie e trauma dentário, Odds ratio e intervalo de confiança de 95%

Variável	Cárie	Atacado por cárie	Trauma dentário
Rede social (parentes)	0,87 (0,79-0,95)*	0,95 (0,89-1,02)*	1,02 (0,93-1,13)
Rede social (amigos)	0,91 (0,84-0,99)*	0,98 (0,92-1,05)	1,00 (0,91-1,12)
Não partic em ativ em grupo	1,35 (0,94-1,94)*	1,42 (1,01-2,00)*	1,52 (0,89-2,59)*
Não partic em trab voluntário	1,29 (0,86-1,93)	1,32 (0,91-1,91)*	1,34 (0,73-2,48)
Escore da escala de apoio social	0,78 (0,68-0,89)*	0,72 (0,62-0,83)*	0,80 (0,67-0,95)*
Subescala amigos	0,76 (0,49-1,18)	0,61 (0,40-0,95)*	0,68 (0,35-1,31)
Subescala professores	0,53 (0,37-0,76)*	0,49 (0,34-0,72)*	0,65 (0,40-1,05)*
Subescala família	0,39 (0,23-0,66)*	0,40 (0,24-0,67)*	0,33 (0,17-0,64)*
Subescala outros	0,57 (0,37-0,86)*	0,41 (0,27-0,64)*	0,62 (0,35-1,11)*

Cárie: prevalência de pelo menos 1 dente cariado, Atacado por cárie: prevalência de pelo menos 1 dente atacado por cárie, Trauma dentário: prevalência de pelo menos 1 dente com trauma.

* Valor de $p \leq 0,20$

As medidas de associação entre as covariáveis com os desfechos cárie e experiência de cárie são apresentadas na Tabela 10. A menor escolaridade do responsável foi significativamente associada com a ocorrência de pelo menos um dente cariado (OR=1,83 e IC95%=1,05-3,19) e pelo menos um dente atacado por cárie (OR=1,82 e IC95%1,01-3,26). A baixa renda familiar também foi associada com a cárie. A maior idade dos adolescentes aumentou a chance para cárie (OR=2,09 e IC95%=1,60-3,86) e CPOD (experiência de cárie) (OR=2,48 e IC95%=1,60-3,86). Os entrevistados que relataram não escovar os dentes e os que fumam ou já fumaram alguma vez na vida tiveram maior chance de experiência de cárie. Indivíduos com experiência de cárie apresentaram maior probabilidade de ingerir biscoitos ou bolachas doces 1-3 dias por semana (OR=1,59 e IC95%=0,93-2,73) e todos os dias na semana (OR=2,45 e IC95%=1,33-4,51) em relação aos que relatam não ingerir este tipo de alimento. A ingestão de guloseimas foi maior entre aqueles com pelo menos um dente cariado (Tabela 10).

Tabela 10. Regressão logística não ajustada entre covariáveis e prevalência de dentes cariados e dentes atacados por cárie, Odds ratio e intervalo de confiança de 95%

Variável	Cárie	Atacado por cárie
Condição socioeconômica do responsável		
Anos de estudo do responsável (Ref ≥ 9 anos)		
5 a 8	0,78 (0,30-1,16)	0,89 (0,62-1,27)
0 a 4	1,83 (1,05-3,19)*	1,82 (1,01-3,26)*
Renda familiar (Ref 4 a 6 SM)		
1 até 4 SM	1,81 (0,81-4,04)*	1,11 (0,58-2,14)
Até 1 SM	2,42 (1,00-5,87)*	1,59 (0,75-3,40)
Características demográficas		
Idade (Ref 12 anos)		
13 anos	1,30 (0,83-2,03)	1,28 (0,85-1,90)
14 anos	2,09 (1,33-3,30)*	2,48 (1,60-3,86)*
Sexo (Ref Masculino)		
Feminino	1,18 (0,83-1,70)	1,07 (0,76-1,50)

Comportamentos relacionados à saúde		
Freq escovação (Ref ≥ 3 vezes/dia)		
2 vezes por dia	1,51 (0,25-9,19)	0,61 (0,10-3,71)
1 vez por dia	1,28 (0,62-2,64)	1,28 (0,64-2,58)
Não escova os dentes	1,13 (0,77-1,66)	1,34 (0,93-1,92)*
Tabagismo (Ref Nunca fumou)		
Já fumou alguma vez na vida	1,89 (0,67-5,29)	3,35 (0,93-11,99)*
Ingestão de biscoitos ou bolachas (Ref Nenhum dia)		
1 a 3 dias	1,03 (0,58-1,83)	1,59 (0,93-2,73)*
4 a 6 dias	0,86 (0,46-1,60)	1,28 (0,72-2,28)
Todos os dias	1,30 (0,69-2,45)	2,45 (1,33-4,51)*
Ingestão de guloseimas (Ref Nenhum dia)		
1 a 3 dias	1,62 (0,80-3,29)*	1,67 (0,91-3,06)*
4 a 6 dias	1,85 (0,89-3,83)*	1,88 (1,00-3,53)
Todos os dias	1,96 (0,95-4,03)*	1,98 (1,06-3,70)
Uso de serviços odontológicos		
Já foi ao dentista alguma vez na vida (Ref Sim)		
Não	0,37 (0,14-0,99)*	0,47 (0,22-0,97)*
Há quanto tempo foi ao dentista (Ref Menos de 1 ano)		
De 1 a 2 anos	1,83 (1,21-2,75)*	2,11 (1,39-3,20)*
3 ou mais anos	3,08 (1,24-7,66)*	1,43 (0,57-3,59)
Escola com consultório odontológico (Ref Sim)		
Não	1,38 (0,94-2,02)*	1,35 (0,95-1,91)*

Cárie: prevalência de pelo menos 1 dente cariado, Atacado por cárie: prevalência de pelo menos 1 dente atacado por cárie

* Valor de $p \leq 0,20$

A não utilização de serviços odontológicos e o maior tempo sem ir ao dentista foram associados com a cárie e a experiência de cárie. A ausência de consultório odontológico na escola foi estatisticamente associada com a cárie (OR=1,38 e IC95%=0,94-2,02) e a experiência de cárie (OR=1,35 e IC95%=0,95-1,91) (Tabela 10).

As análises não ajustadas entre as variáveis independentes e o trauma dentário são reportadas na Tabela 11. A menor escolaridade foi significativamente associada com o trauma dentário. Adolescentes com renda familiar de até um salário mínimo (OR=1,94 e IC95% 1,02-3,71) e aqueles com renda de 4 a 6 salários mínimos (OR=2,95 e IC95% 1,31-6,68) apresentaram maior chances de trauma dentário em comparação

com aqueles com renda entre 1 a 4 salários mínimos. Idade, sexo e uso de serviços odontológicos não tiveram associação com trauma dentário (Tabela 11).

Tabela 11. Regressão logística não ajustada entre co-variáveis e prevalência de trauma dentário, Odds ratio e intervalo de confiança de 95%.

Variável	Trauma dentário
Condição socioeconômica do responsável	
Anos de estudo do responsável (Ref 9 anos ou mais)	
5 a 8	1,41 (0,79-2,52)
0 a 4	2,07 (0,95-4,50)*
Renda familiar (Ref 1 até 4 SM)	
Até 1 SM	1,94 (1,02-3,71)*
4 a 6 SM	2,95 (1,31-6,68)*
Características demográficas	
Idade (Ref 12 anos)	
13 anos	1,05 (0,54-2,02)
14 anos	1,38 (0,72-2,66)
Sexo (Ref Masculino)	
Feminino	1,19 (0,70-2,02)
Uso de serviços odontológicos	
Já foi ao dentista alguma vez na vida (Ref Sim)	
Não	0,50 (0,12-2,15)
Há quanto tempo foi ao dentista (Ref Menos de 1 ano)	
De 1 a 2 anos	1,25 (0,69-2,24)
3 ou mais anos	0,41 (0,05-3,15)
Escola com consultório odontológico (Ref Sim)	
Não	1,05 (0,61-1,83)

* Valor de $p \leq 0,20$

Os resultados da análise multivariada hierarquizada entre rede e apoio social e os desfechos cárie, experiência de cárie e trauma dentário, ajustados para as covariáveis são descritos nas Tabelas 12, 13 e 14.

As medidas de rede de parentes e de apoio social foram associadas com a ocorrência de pelo menos um dente cariado no modelo 1. No modelo 2, além da variáveis anteriores, a maior frequência na ingestão de guloseimas, o menor tempo de ida ao dentista e a ausência de consultório na escola aumentaram as chances de cárie. No modelo final (modelo 3) a chance de ter pelo menos um dente cariado foi maior entre aqueles com menos redes sociais de parentes (OR=0,87 IC95%=0,78-0,96), menos apoio social (OR=0,80 IC95%=0,60-0,93). O incremento de um parente com quem o

adolescente pode contar reduziu as chances de cárie em 13%, enquanto o aumento de 10 pontos no escore da escala de apoio social diminuiu em 20% as chances de cárie. As variáveis que permaneceram associadas à cárie foram a baixa renda familiar, o maior tempo de ida ao dentista e a maior idade do adolescente (Tabela 12).

Tabela 12. Regressão logística multivariada hierarquizada entre rede e apoio social e covariáveis com a prevalência de dentes cariados, Odds ratio e intervalo de confiança de 95%.

Variável	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3
Bloco 1 – Rede e apoio social e condição socioeconômica do responsável			
Rede social (parentes)	0,90 (0,81-1,01)*	0,87 (0,79-0,97)*	0,87 (0,78-0,96)**
Rede social (amigos)	0,95 (0,87-1,05)	-	-
Não partic em ativ em grupo	1,27 (0,87-1,85)*	1,31 (0,89-2,00)*	1,34 (0,90-2,00)
Apoio social	0,79 (0,69-0,91)*	0,80 (0,69-0,93)*	0,80 (0,69-0,93)**
Anos de estudo do responsável (Ref 9 anos ou mais)			
5 a 8	0,75 (0,50-1,15)*	0,68 (0,44-1,05)*	0,65 (0,42-1,01)
0 a 4	1,46 (0,79-2,70)	1,46 (0,76-2,80)	1,50 (0,78-2,88)
Renda familiar (Ref 4 a 6 SM)			
1 até 4 SM	2,33 (0,90-6,02)*	3,38 (1,24-9,21)*	3,48 (1,27-9,53)**
Até 1 SM	1,83 (0,7-4,24)*	2,18 (0,91-5,25)*	2,23 (0,93-5,38)
Bloco 2 - Comportamentos relacionados à saúde e Uso de serviços odontológicos			
Ingestão de guloseimas (Ref Nenhum dia)			
1 a 3 dias		1,42 (0,67-3,00)	1,41 (0,66-3,00)
4 a 6 dias		1,92 (0,89-4,15)*	1,84 (0,85-3,97)
Todos os dias		1,52 (0,70-3,29)	1,47 (0,68-3,20)
Há quanto tempo foi ao dentista (Ref Menos de 1 ano)			
De 1 a 2 anos		1,70 (1,10-2,64)*	1,65 (1,06-2,57)**
3 ou mais anos		2,88 (1,10-7,62)*	2,93 (1,10-7,79)**
Escola com consultório odontológico (Ref Sim)			
Não		1,32 (0,87-2,01)*	1,34 (0,88-2,04)
Bloco 3 - Características demográficas			
Idade (Ref 12 anos)			
13 anos			1,12 (0,68-1,84)
14 anos			1,91 (1,16-3,15)**

* Valor de $p \leq 0,20$

** Valor de $p \leq 0,05$

A maior probabilidade de experiência de cárie foi observada entre aqueles que não participaram de atividades em grupo, com baixo apoio social e com responsáveis com baixa escolaridade nos modelos 1 e 2. A inclusão das variáveis comportamentais e de uso de serviços odontológicos no modelo 2 revelou que as chances de experiência de cárie aumentaram entre aqueles que informaram que não escovam os dentes, que fumam ou fumaram alguma vez na vida, que têm maior frequência de ingestão de guloseimas, que tem um tempo maior de visita ao dentista e que frequentam escolas sem consultório odontológico. No último modelo (modelo 3), a chance de experiência de cárie foi menor entre aqueles com maior apoio social. O aumento de 10 pontos no escore de apoio social reduziu em 28% as chances de ter tido alguma cárie na vida (OR=0,72 IC95%=0,62-0,85). A menor escolaridade, o maior tempo de ida ao dentista, a ausência de consultório odontológico na escola e a maior idade também foram associadas com a experiência de cárie (Tabela 13).

Tabela 13. Regressão logística multivariada hierarquizada entre rede e apoio social e co-variáveis com a prevalência de dentes atacados por cárie, Odds ratio e intervalo de confiança de 95%.

Variável	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3
Bloco 1 – Rede e apoio social e condição socioeconômica do responsável			
Rede social (parentes)	0,96 (0,90-1,03)	-	-
Não partic em ativ em grupo	1,35 (0,94-1,92)*	1,40 (0,96-2,03)*	1,40 (0,95-2,05)
Não partic em trab voluntário	1,25 (0,85-1,83)	-	-
Apoio social	0,72 (0,62-0,84)*	0,73 (0,62-0,85)*	0,72 (0,62-0,85)**
Anos de estudo do responsável (Ref 9 anos ou mais)			
5 a 8	0,92 (0,64-1,33)	0,86 (0,58-1,28)	0,83 (0,56-1,24)
0 a 4	1,70 (0,93-3,11)*	2,03 (1,03-4,00)*	2,09 (1,05-4,12)**
Bloco 2 - Comportamentos			

relacionados à saúde e Uso de serviços odontológicos		
Freq escovação (Ref ≥ 3 vezes/dia)		
2 vezes por dia	0,31 (0,04-2,14)	0,30 (0,41-2,17)
1 vez por dia	1,08 (0,50-2,36)	1,10 (0,50-2,42)
Não escova os dentes	1,34 (0,90-1,99)*	1,32 (0,88-1,96)
Tabagismo (Ref Nunca fumou)		
Já fumou alguma vez na vida	4,89 (1,13-21,22)*	3,61 (0,81-16,10)
Ingestão de guloseimas (Ref Nenhum dia)		
1 a 3 dias	1,56 (0,80-3,02)*	1,56 (0,80-3,03)
4 a 6 dias	1,75 (0,88-3,49)*	1,69 (0,85-3,36)
Todos os dias	1,65 (0,83-3,29)*	1,63 (0,82-3,25)
Há quanto tempo foi ao dentista (Ref Menos de 1 ano)		
De 1 a 2 anos	1,78 (1,15-2,76)*	1,72 (1,10-2,68)**
3 ou mais anos	1,00 (0,34-2,70)	1,00 (0,38-2,65)
Escola com consultório odontológico (Ref Sim)		
Não	1,47 (1,00-2,18)*	1,51 (1,02-2,25)**
Bloco 3 - Características demográficas		
Idade (Ref 12 anos)		
13 anos		1,12 (0,72-1,76)
14 anos		2,07 (1,27-3,36)**

* Valor de $p \leq 0,20$

** Valor de $p \leq 0,05$

Os resultados da análise multivariada entre rede e apoio social com o trauma dentário são apresentados na Tabela 14. Entre as variáveis selecionadas na análise bivarada, o maior apoio social foi inversamente associado com a ocorrência do trauma dentário no modelo final (OR=0,81 IC95%=0,67-0,96). Assim, o aumento de 10 pontos no escore da escala de apoio social reduziu em 19% as chances de trauma dentário. A maior renda familiar também foi associada com o trauma dentário.

Tabela 14. Regressão logística multivariada hierarquizada entre rede e apoio social e co-variáveis com a prevalência de trauma dentário, Odds ratio e intervalo de confiança de 95%.

Variável	Modelo 1	Modelo 2
Rede e apoio social e condição socioeconômica do responsável		
Não partic em ativ em grupo	1,53 (0,88-2,67)	-
Apoio social	0,80 (0,66-0,96)*	0,81 (0,67-0,96)*
Anos de estudo do responsável (Ref 9 anos ou mais)		
5 a 8	1,60 (0,85-3,01)	-
0 a 4	1,97 (0,83-4,67)	-
Renda familiar (Ref 1 até 4 SM)		
Até 1 SM	1,56 (0,78-3,13)	1,89 (0,98-3,62)
4 a 6 SM	3,67 (1,55-8,68)*	2,89 (1,27-6,58)*

* Valor de $p \leq 0,10$

** Valor de $p \leq 0,05$

9. DISCUSSÃO

No presente estudo, foi observada a associação entre rede e apoio social com medidas clínicas de saúde bucal nos adolescentes. Enquanto o número de parentes com quem contar (maior rede social) foi inversamente relacionado com a cárie dentária, o maior apoio social percebido pelo adolescente associou-se inversamente com a cárie, dentes atacados por cárie e o trauma dentário. Estas associações foram independentes da condição socioeconômica da família do adolescente bem como dos comportamentos relacionados à saúde e uso de serviços odontológicos pelos adolescentes. Além disso, em consonância com a literatura, confirmou-se a relação entre o menor status socioeconômico, como a baixa escolaridade dos pais ou responsáveis e a menor renda familiar, além da ingestão de alimentos açucarados e o uso de serviços odontológicos com a cárie dentária em adolescentes.

Existem potenciais mecanismos para explicar como as conexões sociais e o apoio percebido podem ser benéficos para a saúde. O apoio social e as redes sociais são associadas a integração social e ao bem-estar psicológico. Eles podem trazer efeitos benéficos para a saúde devido ao desenvolvimento e fortalecimento da confiança, autoestima e cooperação mútua (45,46).

As relações sociais são importantes mecanismos para a disseminação de informações que podem afetar a saúde. A qualidade e a profundidade dos laços sociais e as normas oriundas dos grupos sociais também influenciam os padrões dos comportamentos relacionados à saúde, além do acesso e utilização dos serviços de saúde (47). Por outro lado, existem teorias da psicologia sobre o efeito negativo da carência das conexões sociais sobre a saúde em relação ao isolamento social e os

mecanismos relacionados ao estresse e ansiedade oriundos desse isolamento. O apoio social pode ser útil para fortalecer as estratégias de enfrentamento do estresse para as condições crônicas de saúde. Além disso, eventos de vida estressantes podem afetar o sistema imune e aumentar a atividade neuroendócrina (48,49).

Apenas um estudo anterior avaliou a relação entre apoio social e cárie em adolescentes. O estudo incluiu uma amostra representativa de escolares da área Leste da cidade de Londres. Foi conduzida uma análise transversal entre apoio social e dentes atacados por cárie e uma análise longitudinal entre apoio social e incidência de cárie em segundos-molares (30). Semelhante aos achados deste estudo, o apoio social foi associado com a menor ocorrência de dentes atacados por cárie em adolescentes.

Este pode ser considerado o primeiro estudo a analisar a associação entre rede e apoio social e trauma dentário em adolescentes. O trauma dentário foi explicado pelo menor apoio social dos adolescentes e pela maior renda familiar. Isto pode ser explicado, pelo fato de que adolescentes de maior renda, em geral, têm maior acesso a prática de esportes, e atividades de lazer e entretenimento que aumentam o risco de queda. Por outro lado, entre aqueles que vivem em famílias com menor renda, apesar do maior risco à violência doméstica e urbana, a prática de esportes relacionada ao maior risco de acidentes normalmente é feita sem o uso de equipamento de proteção.

Os demais estudos sobre rede e apoio social avaliaram outros grupos populacionais, tais como adultos (29,31) e idosos (32,33), e avaliaram outros desfechos em saúde bucal, o que limita comparações diretas entre os achados. No entanto, apesar das diferenças em relação à população de estudo, método de mensuração de rede e apoio social e dos desfechos bucais entre as pesquisas publicadas, os achados são consistentes em relatar uma associação entre o baixo apoio e rede social com doenças e agravos bucais (29,31,32,33). Em um estudo com indivíduos idosos que viviam em 25

comunidades no Japão, foi encontrada a associação entre capital social horizontal individual e número de dentes remanescentes (33). Em outro estudo, realizado em Okayama, no Japão, com uma população jovem, observou-se a associação entre apoio social e a auto-percepção de saúde bucal em adultos (31). Outro estudo buscou uma relação entre rede social, apoio social e doença periodontal em 1632 idosos dos Estados Unidos. As idosas viúvas e com poucos amigos apresentavam uma maior chance de perda de inserção periodontal (32).

Na presente pesquisa, as prevalências de cárie foram semelhantes às observadas para o país na idade de 12 anos, conforme os achados do último inquérito de saúde bucal (50), porém abaixo das medidas encontradas para o interior da região Centro-Oeste (50). Enquanto a média do CPOD no presente estudo foi de 2,20 e para o país foi de 2,07, esta média foi de 3,26 para os municípios do interior da região Centro-Oeste.

De modo semelhante, as medidas subjetivas de saúde bucal também tiveram prevalências semelhantes aos dados do país e da região Centro-Oeste em 2010. As prevalências de dor dental nos últimos 6 meses e de impacto da saúde bucal relacionada à qualidade de vida ($OIDP \geq 1$) foram de 24,6% e 35% no Brasil, e 26,1% e 41,5% no Centro-Oeste (50). Na amostra estudada a dor dental foi relatada por 25,1% e a ocorrência de pelo menos um impacto da condição bucal na qualidade de vida ($OIDP \geq 1$) foi de 39,9% (50). Outros estudos encontraram achados bem diferentes. A prevalência do $OIDP$ -Infantil para pelo menos um impacto da condição bucal na qualidade de vida ($OIDP \geq 1$) foi cerca de 50% menor em relação ao estudo realizado anteriormente no Brasil, de 80,7% (39). Segundo os dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) que investigou uma amostra de 54985 adolescentes de 11 a 17 anos do Brasil, a prevalência de dor nos últimos seis meses foi de 17,8%, ou seja,

menor que a encontrada neste estudo e menor do que a documentada pelo SB Brasil 2010 (51).

A prevalência do trauma dentário foi a condição bucal que diferiu expressivamente em relação aos dados do SB Brasil 2010. Enquanto este agravo foi detectado em 11,4% neste estudo, no Brasil e na região Centro-Oeste a prevalência do trauma dentário foi de 20,5% e 24,5% (50). Em outro estudo realizado em Recife, a prevalência de trauma dentário em adolescentes de 12 anos de idade foi de 23,3% (52). Porém, a estimativa de trauma dentário encontrada no presente estudo foi semelhante ao estudo conduzido na Grande Florianópolis, que reportou uma prevalência de 11,2% para indivíduos de 13 anos de idade (40).

Algumas limitações da presente pesquisa devem ser relatadas. Trata-se de um estudo seccional, o qual é limitado para se fazer inferência de causalidade. A ocorrência de viés de informação também não pode ser descartada em relação a algumas informações fornecidas pelos adolescentes, tais como frequência de escovação, dieta e ida ao dentista, pois estas informações exigem do adolescente memória e noção de quantidade. O questionário de rede social empregado no estudo foi originalmente elaborado para adultos, o que pode ter afetado a validade desta informação. Apesar das perguntas não terem sido elaboradas para adolescentes foram feitos pequenos ajustes. A associação inversa entre a rede social e a cárie sugere que ao menos há baixa probabilidade de ocorrência de erro não diferencial.

Dentre os aspectos positivos deste estudo destacam-se o emprego de uma amostra aleatória, a baixa taxa de recusa e a coleta de dados conduzida por um pesquisador treinado e calibrado para o exame clínico e entrevistas. Outro aspecto positivo desta pesquisa foi o emprego de questionários válidos para apoio social e OIDP-Infantil.

Futuros estudos na temática dos determinantes sociais individuais na saúde de adolescentes são necessários. Dentre eles, destacam-se a necessidade de estudos longitudinais e estudos que avaliem o impacto do aumento e fortalecimento das conexões sociais sobre a saúde bucal. Além disso, estudos em outros grupos etários poderão auxiliar em um melhor entendimento sobre o papel das redes sociais e do apoio social sobre a saúde bucal.

10. CONCLUSÕES

Os achados do presente estudo permitiram caracterizar o perfil epidemiológico em saúde bucal dos escolares do município de Dourados para diferentes agravos normativos e subjetivos. De um modo geral as condições de saúde bucal foram semelhantes ao perfil epidemiológico no Brasil segundo o último inquérito nacional de saúde bucal, exceto para a prevalência de trauma dentário que foi bem inferior à estimativa do país e da região onde a pesquisa foi conduzida.

A caracterização das condições bucais em Dourados pode representar o início de estratégias de vigilância em saúde bucal para monitorar a evolução destes agravos, e assim, servirem como instrumento de avaliação das ações de controle e redução das doenças bucais.

Foram identificadas associações independentes entre menor apoio social e rede social com os desfechos cárie e trauma dentário em adolescentes entre 12 e 14 anos de idade em Dourados, MS, em 2012. As evidências geradas poderão colaborar para o planejamento das ações de prevenção e promoção em saúde bucal, incluindo a formulação e implementação de políticas públicas. Diante destes resultados, chama a atenção para a necessidade de políticas intersetoriais envolvendo as áreas da educação, serviço social e saúde. Além disso, conforme os achados encontrados, estratégias que atuem no reforço e aumento das redes sociais e fortaleçam o apoio social aos adolescentes terão o potencial efeito de reduzir as principais doenças bucais neste grupo populacional e, por consequência, os impactos gerados por elas nas atividades diárias e na qualidade de vida.

11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO expert committee. WHO technical report series, n 854. Geneva, 1995, 425 p.
2. Valente MSG. “Adolescencia y salud bucal”. *Adolescencia Latinoamericana* 1998;1:170-4.
3. Bussadori SK, Masuda MS. Manual de Odontohebiatria. São Paulo: Santos, 2005, 171 p.
4. Traebert J, Moreira EAM. Transtornos alimentares de ordem comportamental e seus efeitos sobre a saúde bucal na adolescência. *Pesquisa Odontol Bras* 2001; 15:359-63.
5. Narvaez RO. Salud integral del adolescente Su abordaje interdisciplinario. *Adolesc Latinoam* 1997; 1:5-10.
6. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. (Org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ; IMS; ABRASCO, 2001.
7. Ouverney AM. Os desafios da gestão em rede do SUS: situando a regionalização no centro da agenda estratégica da política de saúde. *Revista Divulgação em Saúde para Debate*, 2008; 42.
8. Goes PS, Watt RG, Hardy R, Sheiham A. Impacts of dental pain on daily activities of adolescents aged 14-15 years and their families. *Acta Odontol Scand* 2008; 66:7-12.
9. Mbawalla HS, Masalu JR, Åström NA. Socio-demographic and behavioural correlates of oral hygiene status and oral health related quality of life, the Limpopo - Arusha school health project (LASH): A cross-sectional study. *BMC Pediatrics* 2010, 10:87.
10. Brasil. Ministério da Saúde/SAS. Projeto SB-Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.

11. Brasil. Ministério da Saúde/SAS. SB Brasil 2010. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: Projeto técnico. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010.
12. Watt RG. Emerging theories into the social determinants of health: implications for oral health promotion. *Comm Dent Oral Epidemiol* 2002; 30:241-7.
13. Bowling A. "Measuring social networks and social support". In: *Measuring Health: A Review of Quality of Life Measurements Scales* (A. Bowling, ed.), pp. 91-109, 2nd Ed., Buckingham: Open University, 1997.
14. Bastos JL, Boing AF, Peres KG, Antunes JLF, Peres MA. Periodontal outcomes and social, racial and gender inequalities in Brazil: a systematic review of the literature between 1999 and 2008. *Cad. Saúde Pública* 2011; 27 Sup 2:S141-S153.
15. Locker D. Deprivation and oral health: a review. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000; 28:161-9.
16. Griep RH, Chor D, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS. Validade de constructo de escala de apoio social do *Medical Outcomes Study adaptada* para o português no Estudo Pró-Saúde". *Cad. Saúde Pública* 2005; 21:703-14.
17. Hanson BS, Ostergren PO. Different social network and social support characteristics, nervous problems and insomnia: Theoretical and methodological aspects on some results from population study "Men born in 1914", Malmo, Sweden. *Soc Sci Med* 1987; 25: 849-59.
18. Santana JJRA, Zanin CR, Maniglia JV. Pacientes com câncer: enfrentamento, rede social e apoio social. *Paidéia* 2008; 18:371-84.
19. Due P, Holstein B, Lund R, Modvig J, Avlund K. Social relations: network, support and relational strain. *Soc Sci Med* 1999; 48:661-73.
20. Berkman LF, Kawachi I: *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press; 2000.
21. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support theory. *Soc Sci Med* 1991; 32:705-14.
22. Avanci JQ. "Adaptação Transcultural da Escala de Auto-Estima para Adolescentes". *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 2007; 20:397-405.
23. Araújo SSC, Freire DBL, Padilha DMP, Baldisserotto J. Social Support, Health and Oral Health Promotion In The Elderly Population In Brazil. *Interface* 2006; 10:203-16.

24. CHOR D, Griep RH, Lopes CS, Faerstein E. Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. *Cad. Saúde Pública* 2001; 17: 887-96.
25. Antunes C, Fontaine AM. Percepção de Apoio Social na Adolescência: Análise Fatorial Confirmatória da Escala Social Support Appraisals Paidéia 2005; 15:355-66.
26. Harter S, Waters P, Whitesell NR. Relational Self-Worth: Differences in Perceived Worth as a Person across Interpersonal Contexts among Adolescents. *Child Dev* 1998; 69:756-66.
27. Wentzel KR. Social Relationships and Motivation in Middle School: The Role of Parents, Teachers, and Peers. *J Educ Psych* 1998; 90:202-9.
28. Davoglio RS, Aerts DRGC, Abegg C, Freddo SL, Monteiro L. Fatores associados a hábitos de saúde bucal e utilização de serviços odontológico entre adolescentes. *Cad. Saúde Pública* 2009; 25:655-67.
29. Aida J, Kuriyama S, Ohmori-Matsuda K, Hozawa A, Osaka K, Tsuji I: The association between neighborhood social capital and self-reported dentate status in elderly Japanese – The Ohsaki Cohort 2006 Study. *Comm Dent Oral Epidemiol* 2011, 39:239-249.
30. Bernabé E, Stansfeld SA, Marcenes W. Roles of different sources of social support on caries experience and caries increment in adolescents of East London. *Caries Res* 2011; 45:400-7.
31. Furuta M, Ekuni D, Takao S, Suzuki E, Morita M, Kawachi I. Social capital and self-rated oral health among young people. *Comm Dent Oral Epidemiol* 2012; 40:97-104.
32. Sabbah W, Tsakos G, Chandola T, Newton T, Kawachi I, Sheiham A, Marmot MG, Watt RG. The relationship between social network, social support and periodontal disease among older Americans. *J Clin Periodontol* 2011; 38:547-52.
33. Aida J, Hanibuchi T, Nakade M, Hirai H, Osaka K, Kondo K.. The different effects of vertical social capital and horizontal social capital on dental status: a multilevel analysis. *Soc Sci Med* 2009; 69:512-8.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1570/GM em 29 de julho de 2004. disponível em : > <http://www.saude.gov.br/sas/portarias/port2004/gm/1570re.htm>

35. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Censo 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=500370>.
36. PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento 2000. Disponível em <http://www.undp.org.br/HDR/HDR2000/rdh2000/default.asp>
37. SEMS. Secretaria Municipal de Saúde de Dourados, Mato Grosso do Sul. “Informativo da Atenção Básica”, 1 edição, dezembro 2010. Pg 12-13.
38. SEMED. Secretaria Municipal de Educação de Dourados, Mato Grosso do Sul. Departamento de Administração Escolar – Núcleo de Estatística e Supervisão Técnica, 2011.
39. Castro RA, Cortes MI, Leão AT, Portela MC, Souza IP, Tsakos G, Marcenes W, Sheiham A. Child-OIDP index in Brazil: cross-cultural adaptation and validation. *Health Qual Life Outcomes* 2008; 6:68.
40. Traebert J, Almeida ICS, Marcenes M. Prevalência, necessidade de tratamento e fatores predisponentes do traumatismo na dentição permanente de escolares de 11 a 13 anos de idade. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20: 403-10.
41. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/pense.pdf>
42. Squassoni CE, Matsukura TS. Suporte Social: Adaptação Transcultural do Social Support Appraisals e Desenvolvimento Socioemocional de Crianças e Adolescentes. Dissertação apresentada ao programa de pós-graduação em Educação Especial da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar, 2009; Pág.211.
43. Guerunpong S, Tsakos G, Sheiham A. Developing and evaluating an oral health-related quality-of-life index for children: the CHILD-OIDP. *Community Dent Health* 2004; 21:161-9.
44. Tsakos G, Bernabé E, O'brien K, Sheiham A, De Oliveira C. Comparison of the self-administered and interviewer-administered modes of the child-OIDP. *Health Qual Life Outcomes* 2008; 6:40.
45. Andrade GRB, Vaitsman J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2002; 7:925-34.
46. Umberson D. Family status and health behaviors: social control as a dimension of social integration. *J Health Soc Behav* 1987; 28:306.

47. Stansfeld S. Social support and social cohesion. In: Social determinants of health. Eds. Marmot M, Wilkinson RG. 2. ed. London: Oxford University Press; 2006. p.148-171.
48. Berkman LF, Leo-Summers L, Horwitz RI. Emotional support and survival after myocardial infarction. A prospective, population-based study of the elderly. *Ann Intern Med* 1992 15;117:1003-9.
49. Seeman TE, Singer BG, Ryff CD, Dienberg Love G, Levy-Storms L. Social relationships, gender, and allostatic load across two age cohorts. *Psychosom Med* 2002; 64:395-406.
50. SB Brasil 2010. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, Resultados Principais. Brasília-DF. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Nacional de Saúde Bucal, 2011.
51. Freire MCM, Lele CR, Sardinha LMV, Junior MP, Malta DC, Peres MA. Dor dentária e fatores associados em adolescentes brasileiros: a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), Brasil, 2009. *Cad Saúde Pública* 2012; 28 Sup:S133-S145.
52. Soriano EP, Caldas AFJr, Góes PS. Risk factors related to traumatic dental injuries in Brazilian schoolchildren. *Dent Traumatol* 2004, 20: 246-50.

5. ANEXOS



ANEXO 1. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Pais ou responsáveis dos adolescentes)

Eu, _____, pai, mãe, responsável de _____ autorizo e concordo com a participação de meu filho (a) na pesquisa “**A relação entre rede e apoio social com a saúde bucal em adolescentes**” que será realizada sob responsabilidade do cirurgião-dentista **Humberto Luís Candêo Fontanini** do curso de mestrado da Fundação Oswaldo Cruz. Esta pesquisa tem como objetivo avaliar o possível papel das redes e apoio social que os adolescentes sobre a sua saúde bucal na cidade de Dourados, MS.

Também estou sendo informado(a) de que para essa pesquisa, é necessária a realização de um exame odontológico e também que se responda um questionário. Esse exame é simples, rápido e fácil de fazer. Não causa dor ou desconforto.

Tenho pleno direito de não responder a qualquer pergunta que me for feita pelo pesquisador e de meu filho(a) não ser examinado(a), de acordo com o meu desejo pessoal, sendo que essa atitude não me trará nenhum prejuízo ou represália. Sei também que posso me comunicar, em qualquer momento, diretamente com o pesquisador que é o responsável pela pesquisa, para esclarecimento das dúvidas pelos telefones (67) 92178301 e 34220017.

Tenho a garantia de que todas as informações por mim fornecidas, bem como meu nome, permanecerão em sigilo e não serão divulgados; as informações serão utilizadas somente para fins da pesquisa. Além disso, se necessário, tenho a garantia de agendamento de meu filho(a) para tratamento odontológico prestado na Unidade Básica de Saúde da Família situada em meu bairro.

Dourados, ____ de _____ de 2011.

Assinatura da mãe, pai ou responsável

Assinatura do pesquisador

ANEXO 2. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - aluno participante

Eu, _____ concordo em participar da pesquisa **“A relação entre rede e apoio social com a saúde bucal em adolescentes”** que será realizada sob responsabilidade do cirurgião-dentista **Humberto Luís Candêo Fontanini** do curso de mestrado da Fundação Oswaldo Cruz. Esta pesquisa tem como objetivo avaliar o possível papel das redes e apoio social dos adolescentes sobre a sua saúde bucal na cidade de Dourados, MS.

Também estou sendo informado(a) de que para essa pesquisa, é necessária a realização de um exame odontológico e também que se responda um questionário. Esse exame é simples, rápido e fácil de fazer, sendo apenas uma observação da boca para anotações de cáries, restaurações e de dentes perdidos. Não causa dor ou desconforto, nem gera riscos aos participantes. Isto porque serão feitas entrevistas, cujos resultados serão divulgados em conjunto não havendo a possibilidade de identificar os participantes. No exame clínico odontológico, serão seguidas todas as normas de biossegurança específicas, como esterilização de instrumentais em autoclave e uso de equipamentos de proteção individual pelos examinadores, como luvas descartáveis, máscaras, gorros de proteção e jalecos.

Tenho pleno direito de não responder a qualquer pergunta que me for feita pelo pesquisador e de não ser examinado(a), de acordo com o meu desejo pessoal, sendo que essa atitude não me trará nenhum prejuízo. Sei também que posso me comunicar, em qualquer momento, diretamente com o pesquisador que é o responsável pela pesquisa, para esclarecimento das dúvidas pelos telefones (67) 92178301 e 34220017.

Tenho a garantia de que todas as informações por mim fornecidas, bem como meu nome, permanecerão em sigilo e não serão divulgados; as informações serão utilizadas somente para fins da pesquisa.

Dourados, ____ de _____ de 2012.

Assinatura do adolescente participante

Assinatura do pesquisador

ANEXO 3. Autorização da unidade de ensino

Senhor (a) Diretor (a),

Estaremos realizando uma pesquisa sobre o tema “A relação entre rede e apoio social com a saúde bucal em adolescentes”. Nessa investigação científica, os alunos de 12 a 14 anos de idade serão entrevistados e serão feitos exames dentários. O exame é uma observação da boca, feita na própria escola com toda técnica, segurança e higiene, conforme normas da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde. Não representa riscos nem desconforto para quem será examinado. Os dados individuais não serão divulgados em nenhuma hipótese, mas os resultados da pesquisa ajudarão muito a conhecer e melhorar a saúde bucal de todos.

Informamos que a unidade de ensino sob sua direção foi escolhida por estar localizada em uma das áreas de abrangência da Estratégia de Saúde da Família no município de Dourados, MS. Por isso, solicitamos sua compreensão e colaboração, autorizando no quadro abaixo, a participação do estabelecimento na pesquisa.

Asseguramos que a participação dos alunos selecionados somente ocorrerá mediante prévia autorização dos pais ou responsáveis sendo decorrente de livre decisão após receber as informações necessárias.

Na possibilidade da participação ser autorizada, para que o processo de seleção dos adolescentes seja efetuado com segurança e fidelidade, solicitamos sua colaboração, fornecendo a relação das classes contendo o nome completo dos alunos de 12 a 14 anos de idade e seu endereço.

Esclarecimentos adicionais sobre o trabalho podem ser obtidos com o pesquisador Humberto Luís Candêo Fontanini pelo telefone 92178301.

Esperando contar com seu apoio, desde já agradecemos em nome de todos os que se empenham para melhorar a saúde em nosso Município.

Atenciosamente,

Dr.º Humberto Luís Candêo Fontanini e Dr.º Mario Vianna Vettore

Coordenadores da pesquisa

AUTORIZAÇÃO

Após ter sido informado sobre as características da pesquisa “A relação entre rede e apoio social com a saúde bucal em adolescentes”.

CONCORDO com a participação da:

Unidade de ensino: _____

Em ____ de _____ de 20____.

Nome do Diretor Responsável

Assinatura do Diretor Responsável

ANEXO 4. FORMULÁRIO PARA OS RESPONSÁVEIS

FORMULÁRIO PARA O RESPONSÁVEL

1. Parentesco com o adolescente:

1. Mãe 2. Pai 3. Avó/avô 4. Tia/tio 5. Outro

2. Qual a sua idade? _____

3. O Censo Brasileiro (IBGE) usa os termos preta, parda, branca, amarela e indígena para classificar a cor ou raça das pessoas. Se você tivesse que responder ao Censo do IBGE hoje, como se classificaria a respeito de sua cor ou raça?

1. Preta 2. Parda 3. Branca 4. Amarela 5. Indígena

4. Quantos anos de estudo você concluiu sem reprovação? _____ anos

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

5. Renda familiar mensal dos moradores do domicílio em salários-mínimos

1. <1 2. 1 a <4 3. 4 a 6 4. >6

6. A casa ou apartamento que vocês residem é?

1. própria 2. alugada 3. emprestada 4. casa de parentes 5. sem moradia

fixa

Obrigado pela colaboração!

ANEXO 5. Questionário sobre características demográficas, comportamentos relacionados a saúde bucal, dor dentária, auto-percepção da saúde bucal, necessidade de tratamento dentário e uso de serviços

Número do participante

Código do entrevistador

Código da escola

Possui consultório na escola?

1. Não

2. Sim

Bloco I - demografia

1. Qual a sua idade? _____

2. Qual o seu sexo?

1. Masculino

2. Feminino

3. O Censo Brasileiro (IBGE) usa os termos preta, parda, branca, amarela e indígena para classificar a cor ou raça das pessoas. Se você tivesse que responder ao Censo do IBGE hoje, como se classificaria a respeito de sua cor ou raça?

1. Preta

2. Parda

3. Branca

4. Amarela

5. Indígena

Bloco II - comportamentos relacionados a saúde bucal

4. Normalmente, quantas vezes por dia você escova os dentes?

1. Não escovo os dentes

2. Uma vez por dia

3. Duas vezes por dia

4. Três vezes por dia

5. Quatro ou mais vezes por dia

5. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, em quantos dias você fumou cigarros?

1) Nunca fumei

2) Nenhum dia nos últimos 30 dias

- 3) 1 ou 2 dias nos últimos 30 dias
- 4) 3 a 5 dias nos últimos 30 dias
- 5) 6 a 9 dias nos últimos 30 dias
- 6) 10 a 19 dias nos últimos 30 dias
- 7) 20 a 29 dias nos últimos 30 dias
- 8) Todos os 30 dias nos últimos 30 dias

6. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você comeu biscoitos doces ou bolachas doces?

- 1) Não comi nenhum desses alimentos nos últimos sete dias
- 2) 1 dia nos últimos sete dias
- 3) 2 dias nos últimos sete dias
- 4) 3 dias nos últimos sete dias
- 5) 4 dias nos últimos sete dias
- 6) 5 dias nos últimos sete dias
- 7) 6 dias nos últimos sete dias
- 8) Todos os dias nos últimos sete dias

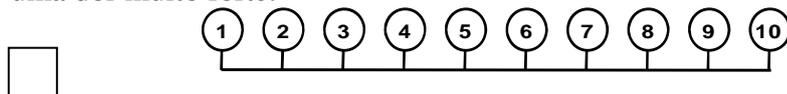
7. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você comeu guloseimas (doces, balas, chocolates, chicletes, bombons ou pirulitos)?

- 1) Não comi nenhum desses alimentos nos últimos sete dias
- 2) 1 dia nos últimos sete dias
- 3) 2 dias nos últimos sete dias
- 4) 3 dias nos últimos sete dias
- 5) 4 dias nos últimos sete dias
- 6) 5 dias nos últimos sete dias
- 7) 6 dias nos últimos sete dias
- 8) Todos os dias nos últimos sete dias

Bloco III - Dor dentária, auto-percepção da saúde bucal, necessidade de tratamento dentário e uso de serviços

8. Nos últimos 6 meses você teve dor de dente?
 1. Não (Vá para a questão 10) 2. Sim

5. Aponte na linha ao lado o quanto foi esta dor: 1 significa pouca dor e 10 (dez) uma dor muito forte.



10. Como classificaria sua saúde bucal?
 0. Não sabe / Não informou
 1. Péssima 2. Ruim 3. Regular
 4. Boa 5. Ótima

11. Como classificaria a aparência de seus dentes e gengivas?
 0. Não sabe / Não informou
 1. Péssima 2. Ruim 3. Regular
 4. Boa 5. Ótima

12. De que forma a sua saúde bucal afeta o seu relacionamento com

outras pessoas?

1. Não sabe / Não informou 2. Não afeta
3. Afeta pouco 4. Afeta mais ou menos 5. Afeta

muito

13. Como classificaria sua mastigação?

0. Não sabe / Não informou
1. Péssima 2. Ruim 3. Regular
4. Boa 5. Ótima

14. Como classificaria sua fala devido aos seus dentes e gengivas?

0. Não sabe / Não informou
1. Péssima 2. Ruim 3. Regular
4. Boa 5. Ótima

15. Já foi ao dentista alguma vez na vida?

1. sim 2. Não (vá para a questão 19)

16. Há quanto tempo?

1. nunca foi ao CD 2. menos de 1 ano
3. de 1 a 2 anos 4. 3 ou mais anos

17. Onde?

1. nunca foi ao CD 2. serviço público
3. serviço privado liberal 4. serviço privado (planos e convênios)
5. serviço filantrópico 6. outros

18. Por qual motivo?

1. nunca foi ao CD 2. reparo/rotina 3. dor
4. sangramento gengival 5. cárie nos dentes
6. feridas, caroços, manchas 7. outros

19. Considera que necessita de tratamento atualmente?

1. sim 2. não

ANEXO 6. Questionário sobre rede social

20. Com quantos parentes você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo?

____ parentes; () nenhum

21. Com quantos amigos você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo?

____ amigos; () nenhum

22. Nos últimos 12 meses, você participou de atividades esportivas em grupo (futebol, vôlei, basquete, outros) ou atividades artísticas em grupo (grupo musical, coral, artes plásticas, outras) fora da escola?

1. sim 2. Não (vá para questão 24)

23. Se SIM, com que frequência?

1. mais de uma vez por semana 2. uma vez por semana
3. 2 a 3 vezes por semana 4. algumas vezes no ano
5. uma vez no ano

24. Nos últimos 12 meses, você participou de trabalho voluntário não remunerado, em organizações não governamentais (ONGs), de caridade, ou outras ?

1. sim 2. Não (vá para a questão 27)

25. Se SIM, com que frequência ?

1. mais de uma vez por semana 2. uma vez por semana
3. 2 a 3 vezes por semana 4. algumas vezes no ano
5. uma vez no ano

ANEXO 7. Questionário sobre apoio social

Suas respostas não serão identificadas. Não existe certo ou errado. É importante responder do jeito que você se sente agora, relativa à cada uma das questões.

	<i>Concordo totalmente</i>	<i>Concordo bastante</i>	<i>Concordo um pouco</i>	<i>Discordo um pouco</i>	<i>Discordo bastante</i>	<i>Discordo Totalmente</i>
26. Os meus amigos me respeitam	()	()	()	()	()	()
27. Tenho professores que se preocupam bastante comigo	()	()	()	()	()	()
28. Eu sou bastante querido pela minha família	()	()	()	()	()	()
29. Eu não sou importante para os outros	()	()	()	()	()	()
30. Os meus professores gostam de mim	()	()	()	()	()	()
31. A minha família se preocupa bastante comigo	()	()	()	()	()	()
32. As pessoas, de um modo geral, gostam de mim	()	()	()	()	()	()
33. De maneira geral, posso confiar nos meus amigos	()	()	()	()	()	()
34. Sou bastante admirado pelos meus familiares	()	()	()	()	()	()
35. Sou respeitado pelas pessoas em geral	()	()	()	()	()	()
36. Os meus amigos não se preocupam nada comigo	()	()	()	()	()	()
37. Meus professores me admiram bastante	()	()	()	()	()	()
38. Eu sou querido pelas pessoas	()	()	()	()	()	()
39. Eu me sinto muito ligado aos meus amigos	()	()	()	()	()	()
40. Os meus professores confiam em mim	()	()	()	()	()	()

41. A minha família gosta muito de mim	()	()	()	()	()	()
42. Os meus amigos gostam de estar comigo	()	()	()	()	()	()
43. No geral, não posso contar com os meus professores para me darem apoio	()	()	()	()	()	()
44. As pessoas de minha família confiam em mim	()	()	()	()	()	()
45. Sinto que as pessoas, de um modo geral, me admiram	()	()	()	()	()	()
46. A maioria dos meus professores me respeita muito	()	()	()	()	()	()
47. Não posso contar com a minha família para me dar apoio	()	()	()	()	()	()
48. Eu me sinto bem quando estou com outras pessoas	()	()	()	()	()	()
49. Eu e os meus amigos somos muito importantes uns para os outros	()	()	()	()	()	()
50. A minha família me respeita muito	()	()	()	()	()	()
51. Sinto que as pessoas me dão valor	()	()	()	()	()	()
52. Eu ajudo meus amigos e eles me ajudam	()	()	()	()	()	()
53. Não me sinto muito ligado aos meus professores	()	()	()	()	()	()
54. Se eu morresse amanhã poucas pessoas sentiriam saudades de mim	()	()	()	()	()	()
55. Não me sinto muito ligado à minha família	()	()	()	()	()	()

ANEXO 8. Questionário OIDP-Infantil

1ª Etapa: Nos últimos três meses, desde _____, você teve algum problema na sua boca ou nos seus dentes?

Marque com um X o(s) problema(s) que você tem ou teve nos últimos 3 meses.

- Dor de dente
- Dentes sensíveis (quando come ou bebe: doces, alimentos quentes como leite ou café e gelados como sorvete)
- Cárie ou buraco no dente
- Dente de leite mole
- Espaço entre os dentes (porque um dente permanente, novo ou definitivo, não nasceu)
- Dente permanente (novo ou definitivo) quebrado
- Cor do dente (ex. mais amarelado, escuro ou manchado)
- Forma ou tamanho do dente (ex. dente com forma ou tamanho anormal, maior ou menor que os outros)
- Posição do dente (ex. dentes encavalados, trepados, tortos, para fora ou separados)
- Sangramento na gengiva (ex. quando escova os dentes)
- Gengiva inchada (ex. inflamada, ou mais avermelhada)
- Tártaro
- Feridas na boca
- Mau hálito (bafo)
- Boca ou rosto deformados (ex. lábio leporino, fenda palatina)
- Dente permanente (novo ou definitivo) nascendo
- Dente permanente (novo ou definitivo) perdido, faltando ou arrancado
- Outros Quais? _____

Formulário de Registro OIDP-Infantil

Atividades	a)Gravidade	b)Frequência		c)Problema(s)
		b1	b2	
1. Comer (ex. refeição, sorvete)				
2. Falar claramente				
3. Limpar a boca (ex. escovar os dentes e bochechar)				
4. Dormir				
5. Manter o seu estado emocional (humor) sem se irritar ou estressar				
6. Sorrir, rir e mostrar os dentes sem sentir vergonha				
7. Fazer as tarefas da escola (ex. ir à escola, aprender em sala de aula, fazer o dever de casa)				
8. Ter contato com as pessoas (ex. sair com amigos, ir à casa de um amigo)				

ANEXO 9. Ficha para o exame clínico odontológico

1) Número de dentes cariados? _____

2) Número de dentes perdidos? _____

3) Número de dentes obturados? _____

4) Registro de trauma dentário
