



**UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-
BRASILEIRA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
INSTITUTO DE ENGENHARIAS E DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL
MESTRADO ACADÊMICO EM SOCIOBIODIVERSIDADE E TECNOLOGIAS
SUSTENTÁVEIS - MASTS**

COSMO HELDER FERREIRA DA SILVA

**FATORES SOCIOECONÔMICOS, DEMOGRÁFICOS E HÁBITOS DE SAÚDE
BUCAL DOS ACADÊMICOS DA UNILAB**

REDENÇÃO - CE

2016

COSMO HELDER FERREIRA DA SILVA

FATORES SOCIOECONÔMICOS, DEMOGRÁFICOS E HÁBITOS DE SAÚDE BUCAL
DOS ACADÊMICOS DA UNILAB

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Mestrado Acadêmico em
Sociobiodiversidade e Tecnologias
Sustentáveis, da Universidade da Integração
Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira,
como requisito parcial para obtenção do
Título de Mestre em Sociobiodiversidade e
Tecnologias Sustentáveis. Área de
concentração: Sociobiodiversidade e
Sustentabilidade.

Orientador: Prof. Dr. Daniel Freire de Sousa
Co-orientadora: Profa. Dra. Ana Caroline
Rocha de Melo Leite

REDENÇÃO-CE

2016

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro- Brasileira
Direção de Sistema Integrado de Bibliotecas da UNILAB (DSIBIUNI)
Biblioteca Setorial Campus Liberdade
Catálogo na fonte

Bibliotecário: Gleydson Rodrigues Santos – CRB-3 / 1219

S578f Silva, Cosmo Helder Ferreira da.

Fatores socioeconômicos, demográficos e hábitos de saúde bucal dos acadêmicos da UNILAB. / Cosme Helder Ferreira da Silva. – Redenção, 2016.

89 f.; 30 cm.

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Acadêmico em Sociobiodiversidade e Tecnologias Sustentáveis - MASTS da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira – UNILAB.

Orientador: Prof. Dr. Daniel Freire Sousa.

Inclui figuras, gráficos, referências e tabelas.

1. Saúde bucal. 2. Odontologia Social. I. Título

CDD 617.6

A Deus.
À minha mãe Irenilda, meus irmãos e meus padrinhos Erika e Goetz.

AGRADECIMENTOS

A Deus que me deu forças para ir até o final e construir esse trabalho.

Ao Prof. Dr. Daniel Freire de Sousa que com sua serenidade, dedicação e empenho se dispôs a ser meu orientador e sempre esteve disposto a me ajudar para seguir na construção desse projeto de estudo.

À Dra. Ana Caroline Rocha de Melo Leite que além de minha co-orientadora tornou-se uma irmã para mim e inspiração para minha caminhada acadêmica.

À Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico - FUNCAP, pelo apoio financeiro com a manutenção da bolsa de auxílio.

Aos acadêmicos de enfermagem Francisco Cezanildo Silva Benedito, Rolanda Domingues Mussane, Davide Carlos Joaquim e Fernando Pereira pelo apoio e por terem sido fundamentais na construção desse trabalho.

À minha família, Iago Thomas e amigos pela compreensão e cumplicidade na minha vida acadêmica.

Aos meus amigos de turma Alzeir Rodrigues e Rinaldo Mesquita pela sua amizade e por sempre me incentivarem e acreditarem em mim.

A todos os estudantes da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, que direta e indiretamente fizeram esse projeto de estudo tornar realidade.

Aos professores do Mestrado que fizeram sempre as nossas discussões em sala de aula um momento de muito aprendizado e conhecimento, diante das diversas áreas de estudos dos alunos do MASTS.

“Ninguém ignora tudo. Ninguém sabe tudo. Todos nós sabemos alguma coisa.
Todos nós ignoramos alguma coisa. Por isso aprendemos sempre”.
(Paulo Freire)

RESUMO

Fatores bio-socioeconômicos, demográficos, culturais, hábitos alimentares e estilo de vida podem influenciar diretamente os hábitos de saúde bucal e o comportamento em saúde, em qualquer fase da vida. O objetivo do estudo foi determinar o perfil socioeconômico-demográfico e hábitos saúde bucal dos acadêmicos brasileiros e internacionais, recém-ingressos na Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira – UNILAB do campus da Liberdade e dos Palmares em Redenção e Acarape, respectivamente, ambos municípios do Ceará. Realizou-se um estudo de corte transversal, descritivo e quantitativo. Foram convidados acadêmicos de cinco cursos presenciais da UNILAB (Administração Pública, Agronomia, Enfermagem, Engenharia e Letras). Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), solicitou-se o preenchimento de um questionário contendo perguntas objetivas sobre fatores biológicos, socioeconômicos, culturais, hábitos alimentares, conhecimento sobre saúde bucal, hábitos de higiene bucal, acesso, existência e uso dos serviços de saúde bucal. Realizou-se o exame de dentes Cariados, Perdidos e Obturado CPO-D. Os dados coletados foram submetidos à análise descritiva e todos os preceitos éticos foram devidamente respeitados. Participaram do estudo 40 estudantes, sendo 20 alunos brasileiros e 20 alunos internacionais. A média de idade dos estudantes do estudo foi 21,2 anos. Quanto a escovação dentária 70% dos brasileiros e 100% dos alunos internacionais escovavam os dentes três vezes ao dia. Foi relatado o conhecimento do fio dental por 100% dos brasileiros e 70% dos alunos internacionais. Sobre o uso do fio dental 90% dos estudantes brasileiros usavam e 85% dos alunos internacionais não fazem uso do fio dental. Dos participantes, 100% dos brasileiros e 80% dos alunos internacionais limpam a língua durante a higienização da boca. O índice de CPO-D dos estudantes brasileiros foi de 3,3 e dos estudantes internacionais 6,7. Este estudo contribuiu para a ampliação dos dados referentes às condições de saúde bucal dos estudantes brasileiros e internacionais, a influência dos fatores socioeconômicos, hábitos alimentares e higiene oral dos acadêmicos da UNILAB.

Palavras-chave: Aspectos socioeconômicos. Estudantes. Saúde bucal.

ABSTRACT

Bio-socioeconomic, demographic, cultural factors, and dietary habits, and lifestyle can directly influence the oral health habits and health behavior at any stage of life. This study was to determine the profile of socioeconomic and demographic factors and oral hygiene of Brazilians and international freshmen students at the University for International Integration of the Afro-Brazilian Lusophony – UNILAB at Liberdade campus and Palmares campus in Redenção and Acarape, respectively, both counties of Ceará State. A cross-sectional, descriptive, and qualitative study was carried out. UNILAB Students from 5 different majors were invited (Public Administration, Agronomy, Nursing, Engineering, and Arts). After Terms of informed consent was obtained, participants were asked to answer a closed format questionnaire about biological, socioeconomic, cultural factors, and dietary habits, and oral hygiene background, and oral hygiene routines, and access, presence and use of oral health services. Participants were examined for the decayed/missing/filled teeth (DMFT) index. Collected data were subjected to descriptive analysis and all ethical principles were followed. This study included 40 students, 20 Brazilian and 20 international. The mean age of study participants was 21.2 years. As regards to tooth brushing 70% of Brazilians and 100% of international students brush their teeth up to three times a day. It was reported knowledge about dental floss by 100% of Brazilians and 70% of international students. About flossing 90% of Brazilian students do flossing and 85% of international students do not flossing. Among the participants, 100% of Brazilians and 80% of international students clean their tongue during oral hygiene. The DMFT index found among Brazilian students was 3,3 and was 6,7 among international students. This study contributed to the data expansion of Brazilian and international student's oral health status, the influence of socioeconomic, dietary habits and oral hygiene of UNILAB students.

Keywords: Socioeconomic Factors. Students. Oral Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 01** - Diagrama proposto por Newbrun (1978) para explicar os fatores etiológicos determinantes da doença cárie 26
- Figura 02** - Diagrama adaptado de Manji e Fejerskov (1990) para explicar os fatores etiológicos determinantes (círculo verde e amarelo interno) e modificadores (círculo roxo externo) da doença cárie 27

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01 - Distribuição dos estudantes brasileiros e internacionais da UNILAB, campus do Ceará, segundo a nacionalidade, 2016	41
Gráfico 02 - Distribuição dos estudantes brasileiros e internacionais da UNILAB, campus do Ceará, segundo o curso, 2016	42
Gráfico 03 – Média de idade dos estudantes brasileiros e internacionais da UNILAB, campus do Ceará, 2016	43
Gráfico 04 – Escolaridade dos pais dos estudantes brasileiros da UNILAB, campus do Ceará, 2016	44
Gráfico 05 – Escolaridade dos pais dos estudantes internacionais da UNILAB, campus do Ceará, 2016	44
Gráfico 06 – Renda familiar dos estudantes brasileiros e internacionais da UNILAB, campus do Ceará, 2016	45
Gráfico 07 – Exercício de atividade remunerada pelos estudantes brasileiros e internacionais da UNILAB, campus do Ceará, 2016	45
Gráfico 08 – Percepção da higiene bucal dos estudantes brasileiros e internacionais da UNILAB, campus do Ceará, 2016	46
Gráfico 09 – Conhecimento e uso do fio dental pelos estudantes brasileiros e internacionais da UNILAB, campus do Ceará, 2016	47
Gráfico 10 – Frequência de escovação dos estudantes brasileiros e internacionais da UNILAB, Campus do Ceará, 2016	47
Gráfico 11 – Limpeza da língua durante a higiene bucal dos estudantes brasileiros e internacionais da UNILAB, campus do Ceará, 2016	48
Gráfico 12 – Conhecimento sobre as principais doenças bucais como cárie dentária e doença periodontal pelos estudantes brasileiros e internacionais da UNILAB, campus do Ceará, 2016	48

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Classificação de prevalência cárie dentária estabelecida pela Organização Mundial da Saúde quanto à prevalência com base nos valores de CPO aos 12 anos	28
Tabela 02 – Fatores biológicos e demográficos dos estudantes brasileiros e da UNILAB, campus do Ceará	43
Tabela 03 – Visita ao dentista no último ano e realização de tratamento odontológico dos estudantes brasileiros e internacionais da UNILAB, campus do Ceará, 2016	49
Tabela 04 – Presença e uso dos serviços odontológicos no país de origem segundo os estudantes brasileiros e internacionais da UNILAB, campus do Ceará, 2016	49
Tabela 05 – Componentes dos índices de CPO-D ¹ dos estudantes brasileiros e internacionais da UNILAB, campus do Ceará, 2016	50
Tabela 06 – Índice de CPO-D dos estudantes brasileiros e internacionais da UNILAB, campus do Ceará, 2016	50

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 – Códigos de Índice de CPO-D	36
Quadro 02 - Resumo dos códigos e critérios para CPO-D de coroa dentária de dentes permanentes	37
Quadro 03 - Resumo dos códigos e critérios para CPO-D de raiz dentária de dentes permanentes	39

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CDSS	Comissão de Determinantes Sociais de Saúde
CEO	Centros de Especialidades Odontológicas
CEO-D	Número de dentes decíduos, com indicação de extração e obturados
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética e Pesquisa
CPLP	Comunidade de Países de Língua Portuguesa
CPI	Índice Periodontal Comunitário.
FUNCAP	Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CPO-D	Índice de Cariados, Perdidos e Obturados
DAB	Departamento de Atenção Básica
DRCA	Diretoria de Registro e Controle Acadêmico
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
EPI	Equipamentos de Proteção Individual
ES	Educação em Saúde
ESB	Equipes de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LPD	Laboratórios de Prótese Dentária
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNILAB	Universidade Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 OBJETIVOS	18
3 REFERÊNCIAL TEÓRICO	19
3.1 O NOVO CONCEITO DE SAÚDE	19
3.2 O CONCEITO DE SAÚDE BUCAL	20
3.2.1 Fatores determinantes de saúde com enfoque na saúde bucal	23
3.3 PRINCIPAIS DOENÇAS BUCAIS	26
3.3.1 Medidas e ações de prevenção aos problemas bucais	31
4 MATERIAL E MÉTODOS	33
5 RESULTADOS	41
6 DISCUSSÃO	51
7 CONDIDERAÇÕES FINAIS	65
REFERÊNCIAS	66
APÊNDICES	79
ANEXOS	84

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde - OMS (1947) conceitua saúde como um estado de bem-estar físico, mental e social total e não a exclusiva ausência de doença. Para Losso et al (2009), embora a saúde bucal represente uma reduzida parcela da saúde geral, sua deficiência ou ausência pode contribuir para complicações locais, sistêmicas, sociais e psicológicas.

Fatores sócio demográficos, psicossociais e estilo de vida podem influenciar diretamente nos hábitos e nos comportamentos de saúde em qualquer etapa da vida. Fatores socioeconômicos e a percepção da necessidade de tratamento atuam como elementos diferenciadores no acesso à saúde, já que são influenciados principalmente pela aquisição do conhecimento e pela sensibilidade do cuidado. O estilo de vida, como hábitos alimentares e consumo de tabaco, de bebidas alcoólicas e de drogas, figura como fator de risco para as doenças bucais (ABEGG et al, 2009).

No contexto dos países africanos, os fatores associados ao novo conceito do processo saúde-doença (representado pelo modelo biopsicossocial) parecem distanciar-se dessa concepção. De fato, a maioria da população vive em extrema pobreza, com baixa expectativa de vida, deficiência na educação e pouco ou nenhum acesso aos serviços de saúde de qualidade e água potável. Doenças como malária, sarampo, diarreia, tuberculose e AIDS agravam o quadro. Muitos desses países apresentam um crescimento acelerado das populações urbanas, vinculado a mudanças alimentares e de hábito que podem interferir nas condições de saúde desses povos (ENWONWU et al, 2004).

Dentre os problemas bucais existentes, a cárie dentária tem destaque, sendo caracterizada, segundo Newbrun (1988), como uma doença infecciosa, transmissível e multifatorial. Sua manifestação depende da microbiota da cavidade oral, da resistência do hospedeiro, da dieta e do tempo. Embora facilmente evitável, é a patologia bucal de maior prevalência mundial e caracterizada como um problema de saúde pública, prejudicando a qualidade de vida dos que são acometidos por tal condição (SILVA et al, 2010).

A Pesquisa Nacional de Saúde Bucal realizada em 2010 no Brasil mostrou que o percentual de dentes cariados, com necessidade de alguma forma de tratamento, era reduzido em todas as idades. Entretanto, as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste se destacaram pelo maior número de indivíduos, cujos dentes necessitavam de restaurações, de tratamentos pulpares (tratamentos endodônticos ou de exodontias - extrações) (BRASIL, 2011).

Segundo os dados do SB BRASIL 2010, a Região Norte apresentou as piores condições periodontais entre os indivíduos com idade entre 15 e 19 anos, com apenas 30,8%

desses adolescentes apresentando sextantes hígidos. As melhores condições foram observadas na Região Sudeste, na qual esse percentual subiu para 56,8% (BRASIL, 2011).

Quanto aos países africanos, observam-se amplas dificuldades em garantir o acesso de muitos grupos populacionais aos serviços de saúde, apesar dos esforços. Tal fato decorre de fatores como: fragilidade organizacional dos sistemas de saúde, crise econômica, atenção inadequada aos princípios dos cuidados primários da saúde, escassez dos recursos financeiros, humanos, tecnológicos, entre outros e/ou sua má distribuição (OLIVEIRA e ARTMANN, 2009).

Em contraste com muitos países em desenvolvimento, a cárie e a doença periodontal parecem menos comuns e graves nos países africanos (PINTO, 2008; COSTA, 2013). Entretanto, esse perfil da saúde bucal não é homogêneo entre os países. Esse fato reflete a necessidade de uma avaliação individual e epidemiológica das doenças em cada comunidade africana, colaborando para a enumeração das necessidades de tratamento odontológico nessa população e o desenvolvimento de programas de intervenção (MENDES, 2013).

Segundo Leite e Correia (2011), os dados referentes ao índice CPO-D (dentes cariados, perdidos e obturados), medida utilizada para diagnóstico das condições dentais e elaboração e avaliação dos programas de saúde bucal, para a Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP) são escassos, especialmente para São Tomé e Príncipe e Timor Leste.

Para o controle e prevenção da cárie, medidas de saúde pública intersetoriais e educativas são instituídas, representadas pelo acesso a alguma forma de flúor, redução do consumo de açúcar, visitas periódicas ao dentista e disponibilidade de informação sistemática sobre os fatores de risco e autocuidado. Colaboram ainda com esse objetivo as políticas relacionadas à melhoria das condições socioeconômicas, da qualidade de vida e do acesso à posse, uso dos instrumentos de higiene e estímulo à manutenção da saúde (BRASIL, 2006).

Ao envolver acadêmicos estrangeiros, especialmente dos países africanos e brasileiros da Comunidade de Países da Língua Portuguesa (CPLP), recém-ingressos à Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira - UNILAB, o estudo possibilitou um cenário adequado para avaliação e comparação da saúde bucal desses estudantes, sob a atuação dos determinantes sociais de seus países de origem, sendo do Brasil, particularmente do Ceará.

Através da contribuição da saúde bucal para o estabelecimento e a manutenção da saúde geral do indivíduo, associado às mudanças culturais, sociais, econômicas e psicológicas

as quais os estudantes africanos de língua portuguesa ingressantes na Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira – UNILAB estão expostos, e à heterogeneidade das condições bucais e serviços de saúde odontológicos evidenciada em seus países de origem, surgiu a necessidade de determinar o perfil socioeconômicos e a saúde bucal dos estudantes estrangeiros e brasileiros, no âmbito das práticas de higiene bucal.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Determinar o perfil socioeconômicos, demográficos e hábitos de higiene oral na saúde bucal dos acadêmicos recém-ingressos na Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira – UNILAB.

2.2 Específicos

- Averiguar o conhecimento dos estudantes brasileiros e estudantes internacionais da UNILAB, Campus do Ceará, sobre a saúde bucal;
- Conhecer os hábitos de higiene bucal dos estudantes brasileiros e estudantes internacionais da UNILAB, Campus do Ceará;
- Verificar a presença e uso dos serviços odontológicos no país de origem dos estudantes brasileiros e estudantes internacionais da UNILAB, Campus do Ceará;
- Identificar a prevalência de cárie dos estudantes brasileiros e estudantes internacionais da UNILAB, Campus do Ceará.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O NOVO CONCEITO DE SAÚDE

Conforme a Lei Orgânica da Saúde, de 19 de setembro de 1990, a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover condições indispensáveis ao seu pleno exercício e assegurar acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. Ela é determinada por fatores como: alimentação, moradia, renda, educação, saneamento básico, entre outros (BRASIL, 1990).

Nessa nova concepção de saúde, as atitudes do ser humano quanto a sua saúde são moldadas pelas suas vivências. Essas atuam como determinantes de comportamentos e percepções, fundamentais na adoção de hábitos de saúde bucal e desenvolvimento de determinado padrão de comportamento (ABEGG et al, 2009).

No novo cenário, a Educação em Saúde (ES) surge como espaço de práticas em que ocorrem relações sociais, normalmente estabelecidas entre os profissionais de saúde, instituição e usuário, no cotidiano de suas atividades. Por meio dela busca-se prevenção das doenças, despertando a consciência crítica e fazendo com que o próprio indivíduo mantenha, adquira e promova a sua saúde (PETRY, 1999). Ela aproxima a comunidade dos programas e políticas de saúde pública, visando a expansão das práticas de saúde com a comunidade (SOUZA e LAGO, 2002).

As bases e princípios para praticar a promoção da saúde devem estar centrados no desenvolvimento das habilidades pessoais, na ação comunitária, nas políticas públicas saudáveis, na existência de um ambiente de apoio adequado e na reorientação dos serviços de saúde. Espaços como os locais de moradia e trabalho das pessoas, seus espaços sociais e as áreas públicas das cidades são considerados ideais para colocar em prática ideias e ações que induzam escolhas positivas e saudáveis. As características da população, como as ações do comportamento humano, os hábitos do estilo de vida e os valores culturais da sociedade devem ser observados e, mais do que isso, devem ser levados em consideração na hora de planejar as ações e atividades. A experiência de vida, o vocabulário, os temores, as esperanças e os anseios frente à saúde são características simples, mas que, se bem aproveitadas, podem favorecer e ampliar este processo (PALMIER et al, 2008).

Sabe-se que noções como as de saúde e doença, aparentemente simples, referem-se, de fato, a fenômenos complexos que conjugam fatores biológicos, sociológicos, econômicos,

ambientais e culturais. A complexidade do objeto, assim definido, transparece na multiplicação de discursos sobre a saúde que coexistem atualmente, cada um privilegiando diferentes fatores e apontando estratégias de intervenção e de pesquisa também diversas. O discurso antropológico mostra os limites e a insuficiência da tecnologia biomédica quando se trata de mudar de forma permanente o estado de saúde de uma comunidade. Ele nos revela que o estado de saúde de uma população é associado ao seu modo de vida e ao seu universo social e cultural (UCHÔA e VIDAL, 1994).

3.2 O CONCEITO DE SAÚDE BUCAL

Ao longo dos anos, a odontologia tem sofrido mudanças no que diz respeito à abordagem da relação profissional-paciente. O que se percebe é que, aos poucos, a forma tradicional e curativista da prática odontológica, na qual o paciente não participava do processo de cura, vem dando espaço para novos conceitos. Progressivamente, o paciente que muitas vezes se configurava como agente passivo ao ser tratado de forma direta e objetiva, passa a ser tratado de forma integral, assumindo um papel bastante importante a partir do ponto de vista de que a sua postura frente ao tratamento é tão importante quanto à do cirurgião-dentista (ALVES, VOLSCHAN e HAAS, 2004).

Referindo-se à odontologia, a promoção da saúde bucal insere-se em um contexto ampliado de saúde que ultrapassa a dimensão meramente técnica do setor odontológico, passando a integrar a saúde bucal às demais práticas de saúde coletiva. Isso significa a construção de políticas públicas saudáveis, o planejamento, desenvolvimento e execução de estratégias voltadas a todos os indivíduos de uma determinada população, como programas que proporcionem e oportunizem um maior e melhor acesso aos meios de prevenção e garantam a oferta e disponibilidade de cuidados odontológicos básicos apropriados (BRASIL, 2004).

O profissional de saúde bucal não pode encarar como sua função apenas a visão limitada de oferecer o tratamento dentário para um indivíduo, mas deve assumir a responsabilidade ampliada de promover a saúde de um ser complexo portador de necessidades odontológicas. A preparação do cirurgião-dentista para trabalhar com essa visão da promoção da saúde é essencial e indispensável para que ocorra a mudança no processo de fazer saúde. Indo além do conceito restrito de controlar doenças e devolver a saúde bucal, o profissional deve, principalmente, adotar e praticar os princípios de promoção e prevenção da

saúde, atuando de forma multiprofissional, de maneira a expandir seu conhecimento para que o indivíduo seja abordado e considerado na sua mais complexa integralidade (SOUSA, MENEGHIM e PEREIRA, 2007).

A saúde bucal é parte integrante da saúde sistêmica e, assim como outras partes, é essencial para a qualidade de vida. Todas as pessoas, sem exceção, devem dispor de uma condição de saúde bucal minimamente favorável que lhes permita executar tarefas básicas para a condução da vida humana como falar, mastigar, reconhecer o sabor dos alimentos, sorrir, viver livre de dor e desconforto e se relacionar com outras pessoas sem qualquer tipo de constrangimento (PETERSEN, 2003).

Diante do esgotamento do paradigma biomédico, da mudança sofrida recentemente no perfil epidemiológico da população e dos novos desafios políticos, culturais e sociais, novos pensamentos acerca do pensar e fazer sanitários têm sido formulados. É nesse cenário que a promoção da saúde surge como fator essencial e determinante nesse novo jeito de pensar e praticar saúde. E é tendo como objetivo principal a busca pela ampliação e melhoria da qualidade de vida da população que todas as ações de promoção de saúde atuais são pautadas (MIOTTO, ALMEIDA e BARCELLOS, 2014).

No que diz respeito à odontologia, a expressão saúde bucal, quando associada à produção de qualidade de vida é, com frequência, utilizada para descrever de que forma os problemas de acometimento bucal causam impactos sobre a vida das pessoas. É preciso considerar o indivíduo na sua integralidade, sem dissociar suas partes e considerando que cada uma é de fundamental importância para o bem-estar do corpo como um todo (LOCKER e ALLEN, 2007).

McGrath e Bedi (2004) afirmam que as pessoas percebem de que forma a saúde bucal influencia na sua qualidade de vida sob óticas diversas que perpassam pelas esferas física, social e psicológica. Os autores ainda mencionam que a capacidade de se alimentar e a ocorrência de dor e desconforto são frequentemente considerados os aspectos positivos e negativos mais relevantes para a qualidade de vida, respectivamente.

A valorização dada às medidas que se relacionam à qualidade de vida das pessoas reverbera na tendência atual da odontologia contemporânea, que já não é mais voltada somente à ausência das doenças bucais ou à sua cura. O que se percebe é que um novo enfoque voltado à promoção em saúde bucal vem sendo dado à interferência que todos esses problemas causam na qualidade de vida das pessoas. Entretanto, para que tal objetivo seja alcançado, faz-se necessário utilizar indicadores que considerem e valorizem a subjetividade

que cada indivíduo carrega em si na manifestação do seu bem-estar funcional, psicológico e social (LOCKER e GIBSON, 2005; KOTZER et al, 2012).

O desenvolvimento desses indicadores subjetivos de saúde bucal vem permitindo capturar, registrar e descrever os sentimentos e as percepções individuais nas populações, fornecendo assim maiores dados acerca da visão sobre a sua própria saúde bucal, assim como as expectativas geradas em relação ao tratamento ofertado pelos serviços odontológicos (MIOTTO, BARCELLOS e VELTEN, 2012).

Biazevic (2001) aborda que tais indicadores subjetivos em saúde bucal permitem uma maior produção de evidências na detecção de problemas em relação aos indicadores objetivos, tais como a percepção da condição bucal, o impacto na qualidade de vida e as alterações na produtividade de uma sociedade. Dessa forma, é possível conhecer características relacionadas à prática de cuidados e hábitos em saúde bucal para que, então, as atividades de promoção e prevenção possam ser planejadas, desenvolvidas e, enfim, executadas.

A influência da saúde sobre as condições e a qualidade de vida, e vice-versa, tem ocupado políticos e pensadores ao longo da história. Particularmente em países como o Brasil e outros da América Latina, a falta de distribuição de renda, o analfabetismo e o baixo grau de escolaridade, assim como as condições precárias de habitação e ambiente têm um papel muito importante nas condições de vida e também de saúde. Sendo que a promoção da saúde vem sendo interpretada, de um lado, como reação à acentuada medicalização da vida social e, de outro, como uma resposta setorial articuladora de diversos recursos técnicos e posições ideológicas (BUSS, 2000).

Reafirmam também Nadanovsky e Pinto (2008) que a saúde bucal do indivíduo é determinada principalmente pela casa, escola, trabalho, indústria, comércio e mídia. O sucesso para a promoção da saúde em evitar doenças que acometam a boca depende de a odontologia sair do consultório e advogar pela saúde bucal. Empresas e instituições podem realizar suas principais funções sociais, ou seja, educar, fabricar produtos, divulgar produtos, sem, ao mesmo tempo, acarretar problemas de saúde. As atividades de promoção da saúde envolvem a criação e manutenção de alianças com vários setores da sociedade, no contexto de uma abordagem intersetorial, que comprometa a população como um todo a desenvolver suas atividades sem com isso criar problemas evitáveis, como quantidade excessiva de cárie dental, cardíacos, câncer e acidentes.

Contudo, destaca Narvai (2001):

A saúde bucal é um conjunto de condições, objetivas (biológicas) e subjetivas (psicológicas), que possibilita ao ser humano exercer funções como mastigação, deglutição e fonação e, também, pela dimensão estética inerente à região anatômica, exercitar a autoestima e relacionar-se socialmente sem inibição ou constrangimento. Essas condições devem corresponder à ausência de doença ativa em níveis tais que permitam ao indivíduo exercer as mencionadas funções de modo que lhe pareçam adequadas e lhe permitam sentir-se bem, contribuindo desta forma para sua saúde geral (NARVAI, 2001, p. 12).

Nesse contexto, para Albuquerque e Stotz (2004), a promoção da saúde passa a ser vista como uma tarefa dos governos, das instituições e grupos comunitários, dos serviços e profissionais de saúde. A reorganização dos serviços é colocada como uma das estratégias para viabilizar ações de promoção da saúde, assim como as mudanças na formação e nas atitudes dos profissionais são requisitos para que as necessidades do indivíduo sejam vistas de uma forma integral. Em todas essas estratégias, a educação em saúde torna-se uma ação fundamental para garantir a promoção, a qualidade de vida e a saúde.

3.2.1 Fatores determinantes de saúde com enfoque na saúde bucal

As desigualdades sociais em saúde tornaram-se, ao longo das duas últimas décadas, uma das temáticas mais importantes em saúde pública, tanto nos países ricos quanto nos de renda menor. O tema tomou dimensão política com a criação da Comissão de Determinantes Sociais de Saúde (CDSS) pela Organização Mundial da Saúde (OMS), e o consequente envolvimento dos ministros de saúde dos países membros, no enfrentamento das desigualdades sociais. As desigualdades sociais podem ser desdobradas em duas grandes temáticas: a desigualdade no estado de saúde, ou seja, questões relativas à produção do processo saúde/doença e seus determinantes sociais, e as desigualdades no acesso e utilização de serviços de saúde (BARATA, 2012).

Na área da saúde, o interesse pelo conceito qualidade de vida é relativamente recente e decorre, em parte, dos novos paradigmas que têm influenciado bastante as políticas e as práticas do setor nas últimas décadas. Os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença são multifatoriais e complexos. Sendo assim, a saúde e a doença configuram processos compreendidos como contínuos, relacionados aos aspectos econômicos, socioculturais, à experiência pessoal e estilos de vida. Consoante a essa mudança de paradigma, a melhoria da

qualidade de vida passou a ser um dos resultados mais esperados, tanto das práticas assistenciais, quanto das políticas públicas para o setor nos campos da promoção da saúde e da prevenção de doenças (SEIDL e ZANNON, 2004).

A determinação social da saúde é uma grande preocupação dos organismos internacionais, em especial da Organização Mundial da Saúde (OMS). A equidade em saúde está longe de ser alcançada em muitas partes do mundo, especialmente em diversos países em desenvolvimento. A OMS inaugurou a Comissão dos Determinantes Sociais de Saúde (CDSS) em 2005 como parte de um redirecionamento da organização para focar o trabalho nas condições sociais para a saúde. A reestruturação dos sistemas de saúde para que possam colaborar positivamente para a promoção de condições favoráveis para a saúde dos indivíduos está entre os principais desafios colocados pela Comissão (LEE, 2005). A OMS realizou no Brasil a Conferência Internacional dos Determinantes Sociais de Saúde (DSS) em 2011, em virtude do contínuo interesse nacional e internacional pelo tema dos Determinantes Sociais de Saúde e ressaltou a importância de um sistema de atenção primária à saúde integral e abrangente (MARMOT, 2005).

O conceito de determinantes sociais de saúde surgiu a partir de uma série de comentários publicados nos anos 70 e no início dos anos 80, que enfatizavam as limitações das intervenções sobre a saúde, quando orientadas pelo risco de doença nos indivíduos. Os estudiosos relatam que para compreender e melhorar a saúde, é necessário entender as populações com pesquisas e ações de políticas direcionadas às comunidades aos quais esses indivíduos pertencem (SOLAR e IRWIN, 2005).

Em alguns contextos, os determinantes sociais de saúde continuam a ser interpretados como características do indivíduo, tais como a rede de atenção social da pessoa ou a renda salarial ou função. No entanto, a população não é meramente uma coleção de indivíduos. As causas da má saúde se agrupam em padrões sistemáticos e, além disso, os efeitos sobre um indivíduo podem depender da exposição sobre outros indivíduos e de suas consequências (EVANS et al, 2001). Isso ocorre porque os determinantes de peculiaridades individuais diferentes em uma população podem não ser os mesmos determinantes de diferenças entre as populações (MARMOT, 2001).

É importante observar que o fator a ser igualado não é o status de saúde, mas sim as viabilidades de saúde, já que os indivíduos podem empregar sua liberdade positiva para optar por um tipo de vida que compromete a saúde em prol de outros bens. Isso reforça que as desigualdades na saúde não representam problemas por si mesmos, já que as "desigualdades

em resultado das escolhas livres feitas por um indivíduo são aceitáveis". O princípio de justiça aplicado aqui "não exige que todos tenham o mesmo nível de saúde, mas sim uma distribuição dos determinantes de saúde, até onde podem ser controlados, para que cada indivíduo tenha as mesmas oportunidades de levar uma vida longa e saudável" (STRONKS e GUNNING-SCHEPERS, 1993).

A Comissão de Determinantes Sociais de Saúde (2008) destaca três medidas que são comumente usadas para descrever as injustiças em saúde: desvantagens em saúde, ou seja, as desigualdades entre os segmentos das populações ou entre as sociedades; as disparidades na saúde, ou seja, as diferenças entre os mais ricos e todos os outros; e gradientes de saúde, isto é, desigualdades de todo o espectro da população.

Ao longo dos últimos quarenta anos, um novo modelo surgiu na saúde pública demonstrando que fatores sociais como: habitação, emprego, educação e meio ambiente urbano são as influências mais fortes sobre a saúde da população (MARMOT, 2005; WILKINSON e MARMOT, 1998). Um dos principais desafios para a saúde pública é a forma de efetuar a mudança nesses determinantes sociais em que os fatores que mais influenciam são as instituições governamentais, que na maioria das vezes não apreciam as consequências para a saúde da população e necessitam adotar uma abordagem para a identificação dos problemas e a solução dos mesmos (MARMOT e WILKINSON, 1998; RAPHAEL, 2006).

Um mecanismo potencial para melhorar mais rapidamente os resultados de saúde e a redução das disparidades de saúde é o uso de pesquisas participativas baseadas nas comunidades verificando e abordando a relação entre os determinantes sociais, como: renda, densidade habitacional, o acesso aos alimentos e parques, a exposição à poluição, etc. e resultados de saúde (DULIN et al, 2012).

Melhorar o acesso aos cuidados de saúde primários e serviços preventivos de saúde é uma ferramenta poderosa para diminuir as diferenças de acesso aos serviços de saúde para populações carentes e desfavorecidas. A evidência para essa correlação é baseada em estudos retrospectivos de grande escala olhando para os profissionais de saúde, em que o aumento no número de médicos de cuidados primários dentro do sistema de saúde está associado com melhorias na saúde (DULIN et al, 2012).

3.3 PRINCIPAIS DOENÇAS BUCAIS

A falta de cuidados essenciais com a cavidade oral predispõe a doenças, como cárie, doença periodontal, halitose e erosão dentária. Cárie e doenças periodontais (gengivite e periodontite), patologias orais associadas ao acúmulo de placa bacteriana na superfície dental, são os principais motivos de procura por tratamento odontológico. Embora associadas à elevada perda dentária, essas enfermidades podem ser facilmente prevenidas por práticas de higiene oral (FIGUEIREDO et al, 2004).

Segundo Newbrun (1988), a cárie é uma doença infecciosa, transmissível e multifatorial. Sua manifestação depende da microbiota da cavidade oral, resistência do hospedeiro, dieta e tempo. Embora facilmente evitável, ela é a patologia bucal de maior prevalência mundial e um problema de saúde pública, além de prejudicar a qualidade de vida (SILVA et al, 2010).

É necessário o entendimento dos fatores etiológicos da cárie dentária para programar medidas de controle dessa patologia. Segundo Keynes (1960), a doença cárie representava um trinômio essencialmente ecológico, sendo um produto da interação entre o hospedeiro, o substrato e o microrganismo. Já Newbrun (1978) acrescentou um quarto fator, o tempo. Ambos os modelos não elucidaram a ocorrência da doença na sociedade. A doença cárie é muito mais complexa e sofre influência de fatores modificadores (Figura 01).

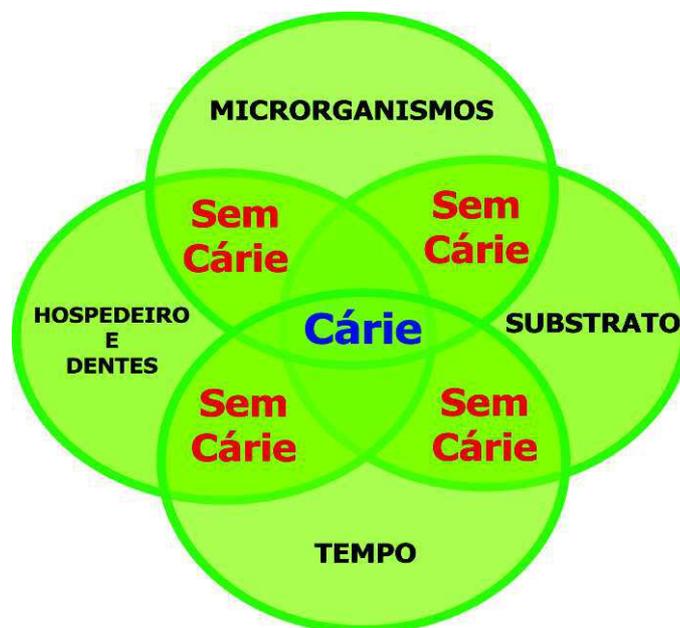


Figura 01: Diagrama proposto por Newbrun (1978) para explicar os fatores etiológicos determinantes da doença cárie.

Para Antunes et al, (2006), além dos fatores que são essenciais para a formação da doença, como a interação entre hospedeiro, biofilme e tempo, sabem que fatores socioeconômicos e comportamentais estão ligados ao aparecimento da cárie. Diversos estudos já demonstraram que as diferenças nos níveis de saúde podem ser explicadas pelas diferenças sociais e econômicas (Figura 02).

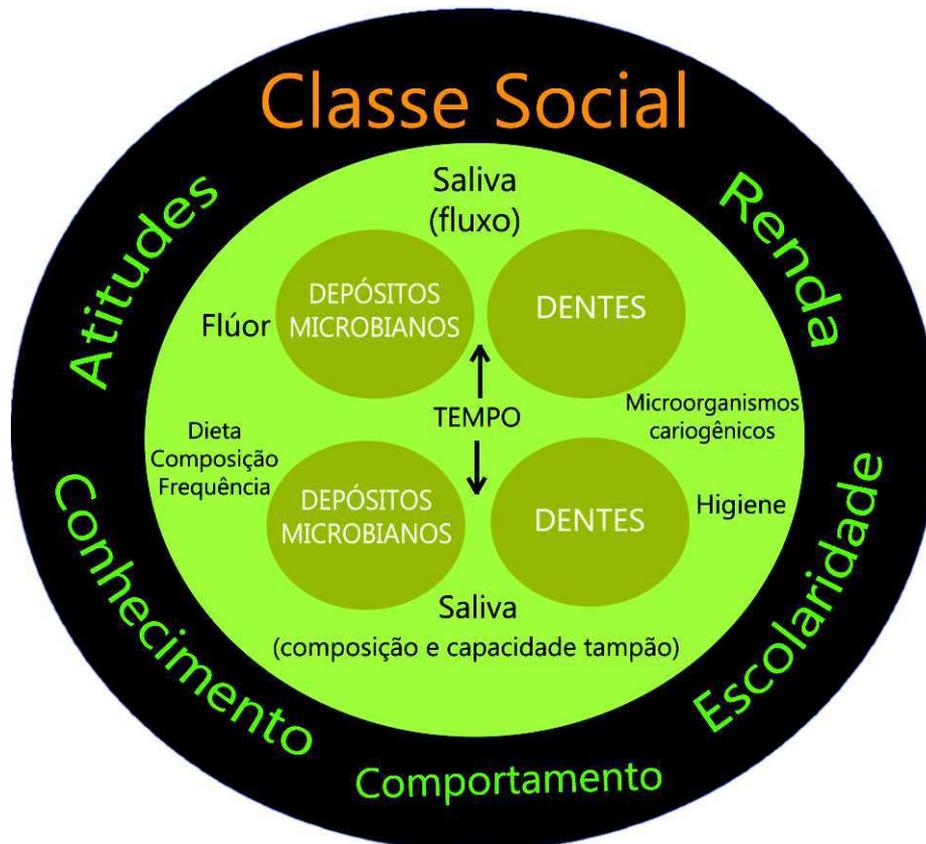


Figura 02: Diagrama adaptado de Manji e Fejerskov (1990) para explicar os fatores etiológicos determinantes (círculo verde e amarelo interno) e modificadores (círculo roxo externo) da doença cárie.

Atualmente, esse é o critério mais utilizado por cirurgiões dentistas para descrever o risco de cárie nos indivíduos. Se o paciente possui várias lesões de cárie, com várias lesões ativas, também representa um alto risco à doença. A importância da determinação da atividade cariogênica é inestimável na definição de estratégias para a redução de sua incidência (FONTANA e ZERO, 2006).

Segundo Dawes (2004), a saliva exerce uma excelente função preventiva na instalação da cárie dentária, apresentando como vantagens a formação da película adquirida, a lavagem, a neutralização de ácidos fermentados pelas bactérias e presença de eletrólitos, além de funcionar como tampões salivares através de íons bicarbonato e monofosfato.

A epidemiologia é considerada como um dos principais eixos da saúde pública, uma vez que o entendimento da situação epidemiológica da população é essencial tanto em nível de planejamento, quanto para o de execução de serviços odontológicos, constituindo-se no caminho correto de equacionamento dos problemas relacionados ao processo saúde-doença de cada comunidade (PINTO, 2008).

No ano de 1937, as pesquisas epidemiológicas relacionadas à cárie dental ganharam um importante instrumento, o índice de Cariados, Perdidos e Obturados (CPO), utilizado para medir a severidade da doença e estimar sua prevalência (KLEN e PALMER, 1937). O valor do índice é obtido, em um indivíduo, pela soma do número de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados, podendo variar, portanto, de 0 a 32. Em uma população, o valor corresponde à média do grupo. Os componentes “C”, “P” e “O” referem-se, respectivamente, os dentes que, no momento do exame, apresentam-se cariados, perdidos e obturados (restaurados). O índice CPO pode ser empregado tendo como unidade de medida o dente (CPO-D) (SHEIHAM, 1984; PERES e ROSA, 1995; NITHILA, BOURGEOIS e BARMES DE MUR TOMMA 1998).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu uma escala de severidade de cárie dentária. A escala apresenta cinco níveis para valores aos 12 anos, como podemos ver na Tabela 01.

Tabela 01: Classificação de prevalência cárie dentária estabelecida pela Organização Mundial da Saúde quanto à prevalência com base nos valores de CPO aos 12 anos.

PREVALÊNCIA DE CÁRIE	CPOD
Muito baixa	0,0 a 1,1
Baixa	1,2 a 2,6
Intermediária	2,7 a 4,4
Alta	4,5 a 6,5
Muito Alta	>6,5

Fonte: WHO, 1994.

Desde o primeiro levantamento epidemiológico, realizado no Brasil em 1986 observou-se um declínio da doença cárie na população infantil: a média de CPO-D (número

de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados) aos 12 anos caiu de 6,7 dentes, para 2,8 dentes em 2003 (BRASIL, 2004). No entanto, o índice não atingiu a meta da OMS para o ano 2010, a qual aos 12 anos propôs CPO-D menor ou igual a 1. Além disso, apenas 43,5% das crianças brasileiras aos 12 anos estão livres de cárie na dentição permanente (BRASIL, 2012). Já na população adulta (35-44 anos), os índices se mantiveram constantes e elevados: 21,8 em 1986 e 20,1 em 2003. Embora o Brasil tenha alcançado as metas propostas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para 2000 na faixa etária dos 12 anos, que era um CPO-D menor do que 3,0, o mesmo não ocorreu na população adulta: o ideal seria que 75% da população tivesse ao menos 20 dentes presentes na boca. No entanto, somente 54% das pessoas alcançaram essa meta.

No Brasil, em 2010, a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal mostrou que o percentual de dentes cariados, com necessidade de alguma forma de tratamento, era reduzido em todas as idades, menos nos idosos. Entretanto, as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste se destacaram pelo maior número de indivíduos cujos dentes necessitavam de restaurações, tratamentos pulpares ou exodontias (BRASIL, 2011).

Segundo dados do SB BRASIL 2010 a Região Norte apresentou as piores condições periodontais entre os indivíduos com idade entre 15 e 19 anos, com apenas 30,8% desses adolescentes apresentando sextantes hígidos. As melhores condições foram observadas na Região Sudeste, na qual esse percentual subiu para 56,8% (BRASIL, 2011).

Na África, a frequência da doença bucal tem sido documentada em várias pesquisas. De acordo com uma meta-análise dos relatórios disponíveis, houve um aumento na população infantil do continente, bem como nas mudanças de prevalência de taxas de cárie. Isso ocorre dependendo de quais partes da África essas crianças residem. No entanto, a maioria dos estudos indica que as mulheres e as populações urbanas são acometidas mais severamente do que os homens e populações rurais. Os dados disponíveis da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Banco Global de Saúde Oral sugerem que a prevalência e gravidade das doenças periodontais não diferem marcadamente através de países africanos, sejam eles desenvolvidos e em desenvolvimento. No entanto, o sangramento gengival e cálculo são condições comuns na África (VERENNE, PERERSEN e OUATTARA, 2006).

Inúmeros estudos para determinar as condições de saúde bucal da África do Sul foram realizados no passado. A maioria destes estudos era para examinar a cárie em crianças com idade escolar. Apenas três estudos foram conduzidos a nível nacional: Williams em 1984 pesquisou o estudo de saúde bucal em crianças de 12 anos de idade. O departamento nacional

de saúde realizou um inquérito nacional do estado de saúde oral de adultos e crianças nas cinco principais regiões metropolitanas da África do Sul. A mais recente pesquisa nacional de saúde bucal foi realizada durante o período de 1999 a 2002 e foi restrito a crianças de 4, 5, 6, 14 e 15 anos de idade na África do Sul (PHILIPPUS e CANDICE, 2004).

A incidência de cárie nos países africanos, os dados apontam um menor acometimento em relação a alguns países da América. A prevalência de cárie na África do Sul se assemelha a de países industrializados ocidentais (STEYN et al, 2002). Entretanto, esse achado contrasta com alguns autores que mostraram uma diminuição predominante da prevalência de cárie na África, especialmente nas faixas etárias de 5-6 anos e 35-44 anos (CLEATON-JONES e FATTI, 1999). Espera-se um aumento da incidência de cárie em muitos países africanos em desenvolvimento, decorrente do aumento do consumo de açúcar e acesso inadequado aos fluoretos (PETERSEN, 2003).

À semelhança da cárie, as doenças periodontais representam um importante problema de saúde pública. Consideradas como doenças infecto-inflamatórias, elas acometem os tecidos de suporte e sustentação dos dentes, levando à perda dentária. Sua incidência é elevada em escolares (particularmente gengivite) e adultos (particularmente periodontite) (HART e KORNMAN, 1997). Além do dano à cavidade oral, doenças periodontais podem estar associadas a patologias sistêmicas e, portanto, alvos da atenção de profissionais de saúde (VIEIRA et al, 2010).

Em países desenvolvidos, a prevalência da doença periodontal em crianças de 6 a 11 anos é cerca de 73% (KETABI et al, 2006). No Brasil, o estudo de Coutinho e Amaral (1997), com crianças de 4 a 12 anos, mostrou que 83,3% apresentavam doença gengival. No estudo de Jahn e Jahn (1997), 84,34% das crianças de 1 a 5 anos apresentavam alterações iniciais indicativas de gengivite e, no estudo de Cardoso et al, (2000), os autores mostraram sangramento gengival à sondagem em 100% dos estudantes.

No contexto global, os africanos são os mais acometidos pelas doenças periodontais. A gengivite é difusa, podendo ser severa em crianças (BAELUM e SCHEUTZ, 2002; ALBANDAR e RAMS, 2002). Embora raramente observada nos países ocidentais, a gengivite necrosante aguda é frequente em países africanos subsaarianos, afetando crianças pobres até a puberdade (KAIMENYI, 1999; ARENDORF et al, 2001). Bolsas periodontais pouco profundas, indicativas de periodontite, são comuns entre adolescentes e adultos africanos (BAELUM e SCHEUTZ, 2002).

Vale ressaltar ainda a ocorrência de cancro oral, uma doença infecciosa severa que destrói os tecidos orais e para-orais, acometendo principalmente crianças desnutridas (ENWONWU et al, 2000). Embora os dados não estejam disponíveis, estima-se que há um crescimento dessa patologia na África subsaariana (BARMES et al, 1997). Contrastando com o acima mencionado, Costa (2013) e Pinto (2008) afirmaram que a cárie e a doença periodontal parecem menos comuns e graves nos países africanos quando comparado com muitos países em desenvolvimento.

A heterogeneidade do perfil da saúde bucal entre os países africanos reflete a necessidade de uma avaliação individual e epidemiológica das doenças em cada comunidade, colaborando para enumeração das necessidades de tratamento odontológico nessa população e desenvolvimento de programas de intervenção (MENDES, 2013).

3.3.1 Medidas e ações de prevenção aos problemas bucais

A atitude das pessoas relacionada à sua própria saúde, particularmente a saúde bucal, é moldada por suas vivências pessoais. Essas atuam como determinantes de comportamentos e percepções, fundamentais na adoção de hábitos de saúde bucal e no desenvolvimento de um padrão de comportamento relacionado aos mesmos (ABEGG et al, 2009).

Para Abegg (1997), é muito importante verificar o comportamento de populações quanto a seus hábitos de higiene bucal, com o objetivo de planejar programas de educação em saúde que visem à sua melhoria, com consequente redução do nível de placa bacteriana e sangramento gengival.

A escovação dentária é o meio mecânico individual de mais ampla utilização para o controle da placa dental no mundo. O hábito de escovar os dentes passou a receber destaque especial nos últimos 20 anos, também por ser um dos métodos mais eficientes de se levar flúor à boca, tornando-se uma das formas mais eficazes de prevenir a cárie dentária. Outro método utilizado para limpar os dentes é o uso do fio dental, instrumento melhor indicado para os espaços interdentais (ABEGG e LISBÔA, 2006, p.27).

De acordo Tenuta e Cury (2005), está comprovado cientificamente que a escovação dentária desorganiza o biofilme cariogênico. Coadjuvante a isso, o uso de dentifício fluoretado é capaz de controlar a instalação e progressão da lesão cariosa através do processo de remineralização. A avaliação das práticas de higiene oral representa com grande valor, fatores de risco para a cárie, uma vez que a higienização frequente elimina o substrato e

interfere no processo de desmineralização e remineralização, levando a reposição de componentes perdidos durante a desmineralização, favorecendo a saúde bucal do indivíduo.

Embora as duas doenças que mais acometem em odontologia, cárie e doenças periodontais, sejam preveníveis ou passíveis de controle mediante procedimentos relativamente simples, como a escovação dentária, uso de fio dental, o controle da frequência do consumo de açúcares, o uso adequado do flúor e visitas periódicas ao dentista, o objetivo de uma melhor saúde bucal não é alcançado em nível populacional. Uma das possíveis explicações para a alta prevalência e incidência dessas patologias é sua associação a condições sociais, econômicas, políticas e educacionais e não apenas a fatores determinantes biológicos que interagem na etiologia dessas doenças (MACIEL, 1994).

No Brasil as políticas públicas de saúde bucal anteriormente eram destinadas exclusivamente a crianças e adolescentes em idade escolar, sendo a atenção do adulto restrita, na maioria das vezes, a exodontias e urgências (FERREIRA et al, 2008). Contudo, de acordo com o artigo 196 da Constituição Federal de 1988 “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 2011). E com as grandes conquistas da Estratégia Saúde da Família, vê-se a importante necessidade de inserir o adulto neste processo de promoção da saúde (MARTINS, 2010).

A Estratégia Saúde da Família, apesar de promover ações de equipes multidisciplinares, se depara com o despreparo de alguns profissionais e com a falta de ações governamentais que definam políticas sociais mais efetivas para a promoção da saúde. Muitos trabalhadores prejudicam o desenvolvimento dessa estratégia por se limitarem a atuar somente no seu núcleo de especialidade, com práticas específicas, e não construírem uma interação para a troca de conhecimentos, desarticulando o campo de produção do cuidado à saúde (FERREIRA et al, 2008).

Afirmam Fernandes e Peres (2005) que estudos que investiguem a associação entre indicadores de atenção básica à saúde bucal e condições sociais e econômicas municipais são particularmente muito importantes para a elaboração de políticas de saúde direcionadas a reduzir as desigualdades em saúde, sobretudo no acesso e utilização dos serviços.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 TIPO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de corte transversal, descritivo e quantitativo, a fim de determinar o perfil socioeconômicos, demográficos e higiene bucal sobre a saúde oral dos acadêmicos brasileiros e estudantes internacionais recém-ingressos na UNILAB do campus de Redenção e Acarape, Ceará.

O estudo transversal apresenta-se como uma fotografia ou corte instantâneo que se faz numa população por meio de uma amostragem, examinando-se nos integrantes da casuística ou amostra, a presença ou ausência da exposição e a presença ou ausência do efeito ou doença (HADDAD, 2004).

Afirma Haddad (2004), que o estudo descritivo se trata de estudos que descrevem a caracterização de aspectos semiológicos, etiológicos, fisiopatológicos e epidemiológicos de uma doença.

Segundo Richardson (1989), estudo quantitativo caracteriza-se pelo emprego da quantificação, tanto nas modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento dessas por meio de técnicas estatísticas, desde as mais simples até as mais complexas.

4.2 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO

Essa pesquisa teve início em outubro de 2014, sendo concluída em fevereiro de 2016. O estudo foi conduzido na UNILAB, Unidade Acadêmica dos Palmares e da Liberdade, localizadas no município de Acarape e Redenção-CE, respectivamente.

O município de Acarape dista 56 km da capital do Estado do Ceará, Fortaleza, estando situado na microrregião de Baturité, mesorregião do norte cearense e compondo o Polo Serra de Guaramiranga (IPECE, 2013). Com população estimada em 16.288 habitantes (IBGE, 2015), em Acarape se exercem principalmente atividades voltadas para pecuária, agricultura (cultivo de cana-de-açúcar, feijão e outros) e exploração de calcário (IPECE, 2013).

À semelhança de Acarape, Redenção é uma cidade localizada no Maciço de Baturité, distando 61 km de Fortaleza, e constituindo um dos municípios do Polo Serra de Guaramiranga (IPECE, 2013). A população apresentava 27.272 habitantes em 2015, e a sua economia se baseia na agricultura, com o cultivo de banana, cana-de-açúcar, milho e feijão, bem como na pecuária bovina, suína e avícola (IPECE, 2013; IBGE, 2015).

4.3 POPULAÇÃO E TAMANHO DA AMOSTRA

Foram convidados a participar dessa pesquisa estudantes brasileiros e estudantes internacionais recém-ingressos à UNILAB e devidamente matriculados no primeiro trimestre de 2014.3 e 2015.1. Ao final do estudo, 20 acadêmicos brasileiros e 20 estrangeiros participaram da pesquisa, pertencentes aos seguintes cursos: 12 alunos da Administração Pública; 06 alunos da Agronomia; 14 alunos da Enfermagem; 06 alunos da Engenharia de Energias; 02 alunos do Curso de Letras – Língua Portuguesa.

Foi realizada uma amostragem por adesão voluntária baseada em critérios de inclusão e exclusão.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídos no estudo os estudantes brasileiros e estudantes internacionais que compunham a Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP) (Angola, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique e São Tomé e Príncipe - e os asiáticos - Timor Leste e Macau) recém-ingressos nos cursos presenciais ofertados pela UNILAB e que estivessem devidamente matriculados no primeiro trimestre de 2014.3 e 2015.1. Estudantes que concordaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos do estudo, os estudantes que não compareceram a avaliação odontológica de dentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D). Contudo, não houve perda da amostra dos 40 estudantes durante o período da pesquisa.

4.6 COLETA DE DADOS

Inicialmente, o projeto de pesquisa foi apresentado aos acadêmicos de cada um dos cursos e, quando aceita a participação, era aplicado e devidamente assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). Logo após, foi solicitado o preenchimento de um questionário adaptado de Garcia et al (2004) e Davoglio et al (2009)

(APÊNDICE B), contendo perguntas objetivas, abordando as seguintes variáveis independentes como: idade, raça/cor, nacionalidade, curso, grau de escolaridade dos pais, localização de moradia familiar e renda familiar.. Além dos conhecimentos sobre saúde bucal; hábitos de higiene bucal; existência e uso dos serviços de saúde bucal nos países dos estudantes.

Em um momento previamente agendado, os estudantes um a um eram submetidos à avaliação odontológica (ficha odontológica - APÊNDICE - C), no pátio das Unidades Acadêmicas dos Palmares e/ou Liberdade da UNILAB, à luz natural, respeitando todos os preceitos de biossegurança, usando os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e o kit clínico odontológico. Dessa forma, foi feito o exame epidemiológico em Saúde Bucal de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados (CPO-D).

Ao final, ações de Educação em Saúde Bucal foram realizadas com todos os alunos, abordando temáticas como: cuidados com a saúde bucal; alimentação saudável; instrução de higiene oral.

4.6.1 Instrumental e material

Para o exame de CPO-D, foram utilizados os seguintes instrumentais e materiais: espelho bucal nº 05; sonda milimetrada da Organização Mundial da Saúde (OMS), bandeja clínica e pinça clínica. Equipamentos de Proteção Individual (EPI) como: luvas, máscara, gorro, gaze para remoção dos resíduos nos dentes. Utilizou-se para anotação dos exames lápis; caneta e pasta para guardar o material.

Em conformidade ao preconizado pela OMS, a calibração da equipe de dois examinadores (cirurgiões-dentistas) e dois anotadores (estudantes de enfermagem) da pesquisa foi devidamente realizada por um examinador padrão, experiente em levantamentos epidemiológicos, envolvendo atividades teórico-práticas. Na oportunidade, foram realizados exercícios para a padronização quanto aos códigos, critérios e condutas de exame adotados no estudo. Todo o processo ocorreu em seis encontros.

No primeiro encontro, o treinamento, com duração de quatro horas, correspondeu a uma exposição teórica, abordando códigos, critérios e condutas de exames adotados no estudo. O segundo momento consistiu em exercícios, com duração de duas horas, nos quais foram discutidos casos clínicos expostos visualmente. Em encontro subsequente, foi realizada pelo examinador padrão uma demonstração clínica de quatro horas, referente à realização do

exame, abordando os seguintes aspectos: posicionamento dos materiais, equipamentos e anotador, organização das fichas e ergonomia em relação ao atendimento. Em seguida, foram feitos exames de treinamento e discussão clínica de pacientes pela equipe. A calibração propriamente dita ocorreu em um período de quatro horas.

Ao final do processo, foi realizada discussão geral com o intuito de certificar se toda a equipe estava familiarizada com os procedimentos. O erro inter-examinador e a discordância intra-examinadores foram aferidos, ambos calculados em dias subsequentes de reexame da amostra. O cálculo do Kappa mostrou concordância intra-examinador, apresentando um valor de 0,92 (96,38%).

4.6.2 Exame clínico

O exame de cárie dentária, avaliado pelo Índice de CPO-D, foi realizado de acordo com os códigos padrão (Quadro 01) e em conformidade com o levantamento do Projeto SB Brasil (2010).

Quadro 01 – Códigos de Índice de CPO-D

CÓDIGO DENTES PERMANENTES		CONDIÇÃO / ESTADO
Coroa	Raiz	
0	0	HÍGIDO
1	1	CARIADO
2	2	RESTAURADO, MAS COM CÁRIE
3	3	RESTAURADO SEM CÁRIE
4	-	PERDIDO DEVIDO A CÁRIE
5	-	PERDIDO POR OUTRAS RAZÕES
6	-	APRESENTA SELENTE
7	7	APOIO DE PONTE OU COROA
8	8	NÃO ERUPCIONADO – RAIZ NÃO EXPOSTA
T	-	TRAUMA (FRATURA)
9	9	DENTE EXCLUÍDO

Fonte: Manual da Equipe de Campo, SB Brasil (2010).

4.6.2.1 Critérios de diagnóstico: coroa dentária de dentes permanentes.

Quadro 02: Resumo dos códigos e critérios para CPO-D de coroa dentária de dentes permanentes.

<p>0 - Coroa Hígida:</p>	<p>Não há evidência de cárie. Estágios iniciais da doença não são levados em consideração. Os seguintes sinais devem ser codificados como hígidos: manchas esbranquiçadas; descolorações ou manchas rugosas resistentes à pressão da sonda da OMS; sulcos e fissuras do esmalte manchados, mas que não apresentam sinais visuais de base amolecida, esmalte socavado, ou amolecimento das paredes, detectáveis com a sonda da OMS; áreas escuras, brilhantes, duras e fissuradas do esmalte de um dente com fluorose moderada ou severa; lesões que, com base na sua distribuição ou história, ou exame tátil/visual, resultem de abrasão.</p>
<p>1 - Coroa Cariada:</p>	<p>Sulco, fissura ou superfície lisa apresenta cavidade evidente, ou tecido amolecido na base ou descoloração do esmalte ou de parede ou há uma restauração temporária (exceto ionômero de vidro). A sonda da OMS deve ser empregada para confirmar evidências visuais de cárie nas superfícies oclusal, vestibular e lingual. Na dúvida, considerar o dente hígido.</p>
<p>2 - Coroa Restaurada, mas Cariada</p>	<p>Há uma ou mais restaurações e ao mesmo tempo uma ou mais áreas estão cariadas. Não há distinção entre cáries primárias e secundárias, ou seja, se as lesões estão ou não em associação física com a(s) restauração(ões).</p>
<p>3 - Coroa Restaurada e Sem Cárie</p>	<p>Há uma ou mais restaurações definitivas e inexistente cárie primária ou recorrente. Um dente com coroa colocada devido à cárie inclui-se nesta categoria. Se a coroa resulta de outras causas, como</p>

	suporte de prótese, é codificada como 7.
4 - Dente Perdido Devido à Cárie	Um dente permanente ou decíduo foi extraído por causa de cárie e não por outras razões. Essa condição é registrada na casela correspondente à coroa.
5 - Dente Perdido por Outra Razão	Ausência se deve a razões ortodônticas, periodontais, traumáticas ou congênitas.
6- Selante	Há um selante de fissura ou a fissura oclusal foi alargada para receber um compósito. Se o dente possui selante e está cariado, prevalece o código 1.
7- Apoio de Ponte ou Coroa	Indica um dente que é parte de uma prótese fixa. Este código é também utilizado para coroas instaladas por outras razões que não a cárie ou para dentes com facetas estéticas. Dentes extraídos e substituídos por um elemento de ponte fixa são codificados, na casela da condição da coroa, como 4 ou 5, enquanto o código 9 deve ser lançado na casela da raiz.
8 - Coroa Não Erupcionada	Quando o dente permanente ou decíduo ainda não foi erupcionado, atendendo à cronologia da erupção. Não inclui dentes perdidos por problemas congênitos, trauma etc.
T - Trauma (Fratura)	Parte da superfície coronária foi perdida em consequência de trauma e não há evidência de cárie.
9 - Dente Excluído	Aplicado a qualquer dente permanente que não possa ser examinado (bandas ortodônticas, hipoplasias severas etc.).

Fonte: Manual da Equipe de Campo, SB Brasil (2010).

4.6.2.1 Critérios de diagnóstico: raiz dentária de dentes permanentes.

Quadro 03: Resumo dos códigos e critérios para CPO-D de raiz dentária de dentes permanentes.

0 – Raiz Hígida	A raiz está exposta e não há evidência de cárie ou de restauração (raízes não expostas são codificadas como “8”). Todas as lesões questionáveis devem ser codificadas como dente hígido.
1 – Raiz Cariada	A lesão pode ser detectada com a sonda da OMS. Se há comprometimento radicular discreto, produzido por lesão proveniente da coroa, a raiz só é considerada cariada se há necessidade de tratamento radicular em separado.
2 – Raiz Restaurada, Mas Cariada	Em situações nas quais coroa e raiz estão envolvidas, a localização mais provável da lesão primária é registrada como restaurada, mas cariada. Quando não é possível avaliar essa probabilidade, tanto a coroa quanto a raiz são registradas como restauradas, mas com cárie.

Fonte: Manual da Equipe de Campo, SB Brasil (2010).

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos foram tabulados no *software* Microsoft Office Excel 2016 para a realização das devidas comparações, permitindo a geração de gráficos e tabelas utilizados no presente estudo.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

Foram observados os princípios éticos da pesquisa científica, que expressa preocupação com a dimensão ética, assegurando o caráter confidencial e ausência de prejuízo, físico, financeiro ou emocional para o pesquisado e todas as garantias ao participante, preconizadas pela Comissão Nacional de Ética e Pesquisa.

Essa pesquisa buscou minimizar os danos aos participantes e evitar os riscos previsíveis, no âmbito físico, moral, intelectual, social, psíquico, cultural ou espiritual, a curto e longo prazo, cumprindo a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Os possíveis riscos aos quais os participantes estiveram susceptíveis compreenderam: constrangimento intelectual e alteração da autoestima, desencadeados principalmente pela revelação do conhecimento prévio sobre a saúde bucal; constrangimento social, particularmente se considerada a estigmatização associada à participação em pesquisas; constrangimento cultural, pela exposição das crenças, costumes e hábitos relacionados ao cuidado da saúde bucal e geral.

Entretanto, esses possíveis riscos foram minimizados pelo fato do estudo assegurar a confidencialidade, a privacidade e a proteção da imagem dos participantes, além de garantir o acesso restrito (apenas da equipe de pesquisa) às informações coletadas.

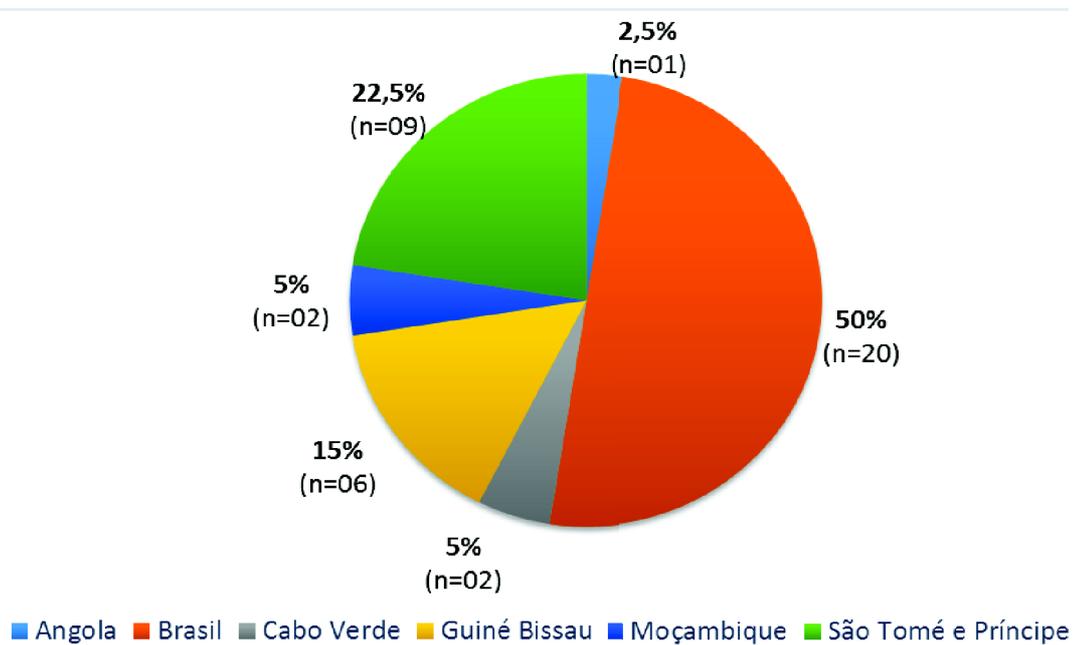
Vale ressaltar que os participantes da pesquisa contribuíram para o conhecimento do perfil socioeconômicos, demográfico e de higiene oral na saúde bucal dos acadêmicos de diferentes nacionalidades e cursos da UNILAB. Essa participação poderá colaborar ainda para a disseminação da promoção e da prevenção da saúde bucal entre os demais acadêmicos.

O projeto foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), sendo aprovado sob parecer de nº 1.183.883 (ANEXO A).

5 RESULTADOS

Participaram deste estudo 40 estudantes da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira – UNILAB, selecionados a partir de amostragem proporcional estratificada uniforme, distribuídos da seguinte forma: 50% brasileiros; 22,5% tomenses; 15% guineenses; 5% cabo verdeanos; 5% moçambicanos; 2,5% angolanos (Gráfico 01).

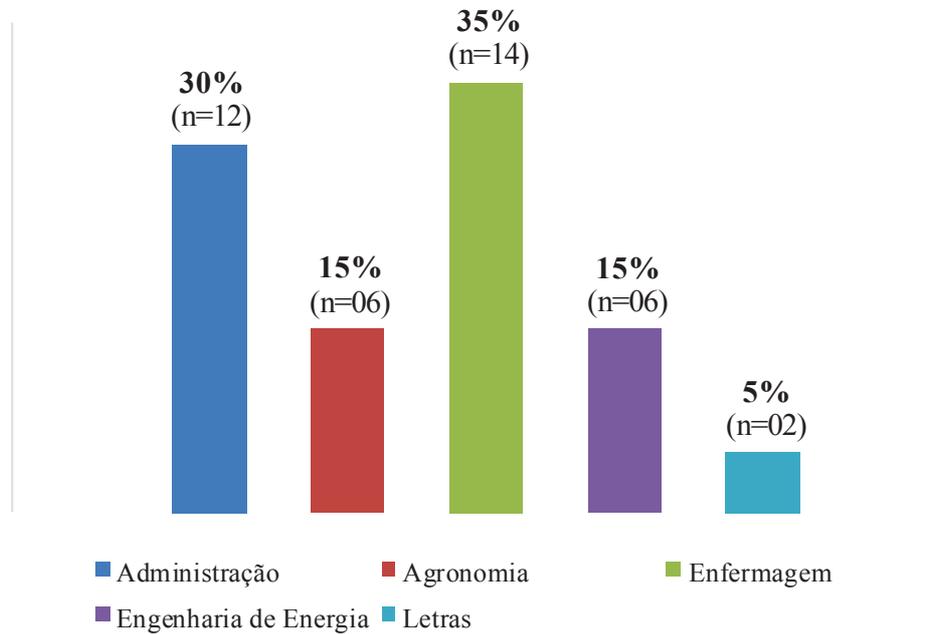
Gráfico 01 – Distribuição dos estudantes brasileiros e internacionais da UNILAB, campus do Ceará, segundo a nacionalidade, 2016.



Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

De acordo com o curso, os participantes do estudo apresentaram o seguinte perfil: 35% eram acadêmicos do Curso de Enfermagem; 30% cursavam Administração Pública; 15% eram estudantes do Curso de Agronomia; 15% frequentavam o Curso de Engenharia de Energias; 5% eram discentes do Curso de Letras–Língua Portuguesa (Gráfico 02).

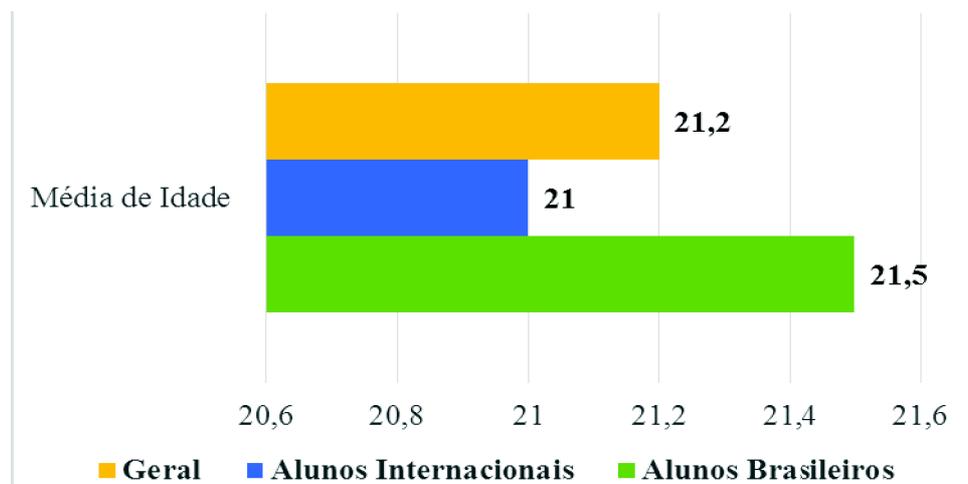
Gráfico 02 – Distribuição dos estudantes brasileiros e internacionais da UNILAB, campus do Ceará, segundo o curso, 2016.



Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

A média de idade dos estudantes brasileiros foi de 21,5 anos, e dos estudantes internacionais de 21 anos. No geral, a média de idade dos estudantes do estudo foi de 21,2 anos (Gráfico 03).

Gráfico 03 – Média de idade dos estudantes brasileiros e internacionais dos cursos presenciais da UNILAB, campus do Ceará, 2016.



Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

Ao se estudar o perfil epidemiológico dos estudantes quanto ao sexo, os dados mostraram uma leve predominância do sexo feminino, entre os estudantes brasileiros, e, do gênero masculino, entre os alunos internacionais. Quanto à raça/cor, 80% dos brasileiros e todos os estudantes internacionais declararam-se negros. O delineamento epidemiológico mostrou ainda que a quase totalidade das famílias de brasileiros e dos estudantes internacionais residia em casa própria. Quanto à localização, 60% das famílias dos estudantes brasileiros e 70% das famílias de estudantes internacionais habitavam a zona rural (Tabela 02).

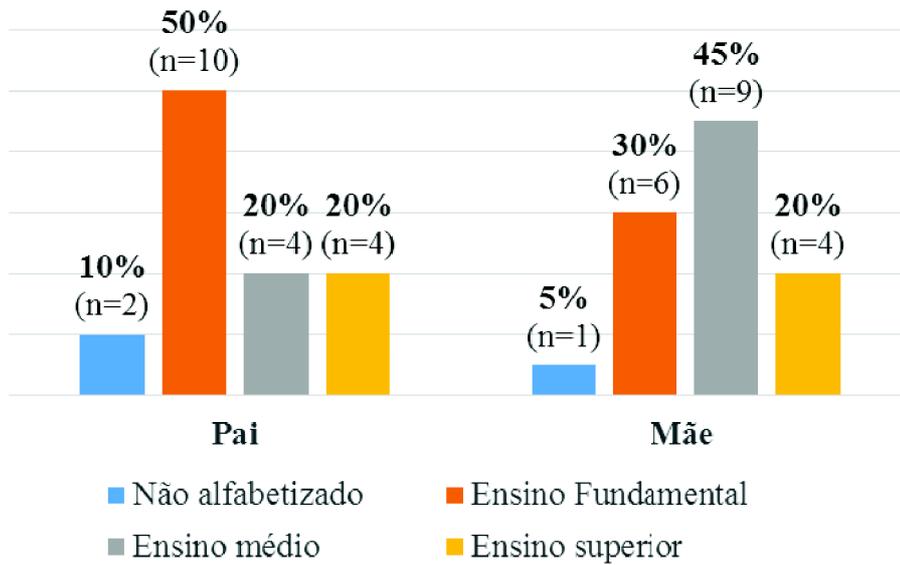
Tabela 02 – Fatores sócio demográficos dos estudantes brasileiros e internacionais da UNILAB, campus do Ceará, 2016.

FATORES SOCIAIS E DEMOGRÁFICOS	VARIÁVEIS	CLASSES	ALUNOS BRASILEIROS n=20 (100%)	ALUNOS INTERNACIONAIS n=20 (100%)
	Sexo		Feminino	11 (55%)
		Masculino	09 (45%)	11 (55%)
Raça/cor		Branco	04 (20%)	0 (0%)
		Negro	16 (80%)	20 (100%)
Moradia familiar		Própria	19 (95%)	19 (95%)
		Alugada	01 (5%)	01 (5%)
Localização moradia da família		Zona rural	12 (60%)	14 (70%)
		Zona urbana	08 (40%)	06 (30%)

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

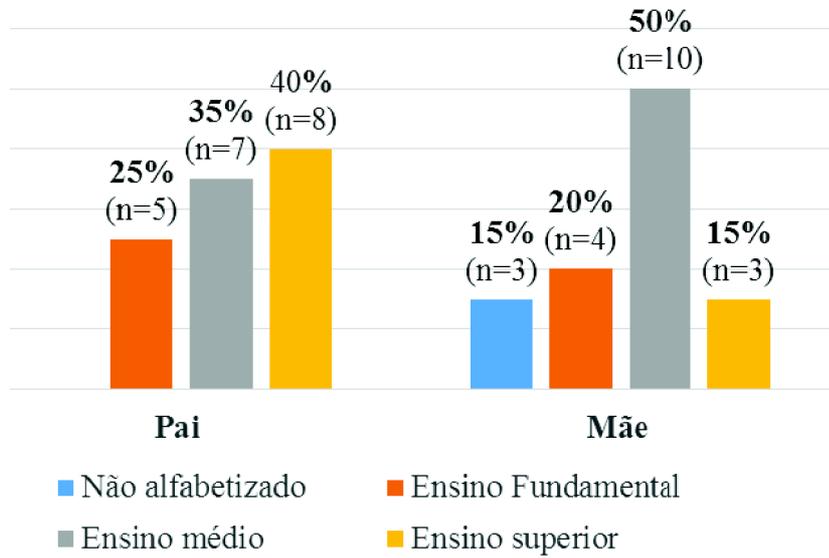
Quanto ao grau de escolaridade dos pais, os brasileiros tinham 10% dos pais não alfabetizados, 50% com Ensino Fundamental, 20% com Ensino Médio e 20% com Ensino Superior. Quanto às mães, 5% eram não alfabetizadas, 30% tinham Ensino Fundamental, 45% tinham Ensino Médio e 20% tinham Ensino Superior. Dos alunos internacionais, todos os pais eram alfabetizados, sendo 25% com Ensino Fundamental, 35% com Ensino Médio e 40% com Ensino Superior. Das mães alfabetizadas, 20% tinham Ensino Fundamental, 50% tinham Ensino Médio e 15% tinham Ensino Superior (Gráfico 04 e 05).

Gráfico 04 – Escolaridade dos pais dos estudantes brasileiros da UNILAB, campus do Ceará, 2016.



Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

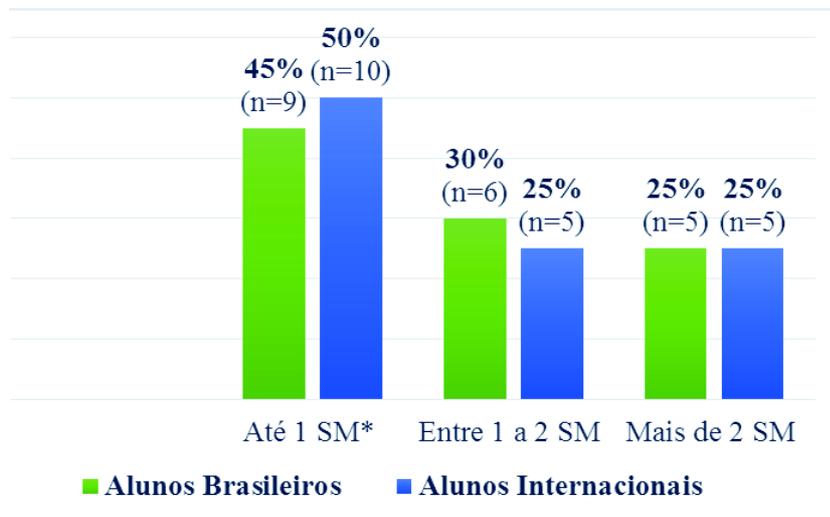
Gráfico 05 – Escolaridade dos pais dos estudantes internacionais da UNILAB, campus do Ceará, 2016.



Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

Em relação à renda familiar com base no salário mínimo do Brasil em 2016, 45% dos estudantes brasileiros tinham renda de até um salário mínimo, 30% entre 1 a 2 salários mínimos e 25% mais de 2 salários mínimos. Dos alunos internacionais, 50% apresentavam renda de até um salário mínimo, 25% entre 1 a 2 salários mínimos e 25% mais de 2 salários mínimos. Dos estudantes, 70% dos brasileiros e todos os estudantes internacionais não exerciam atividade remunerada (Gráfico 06 e 07).

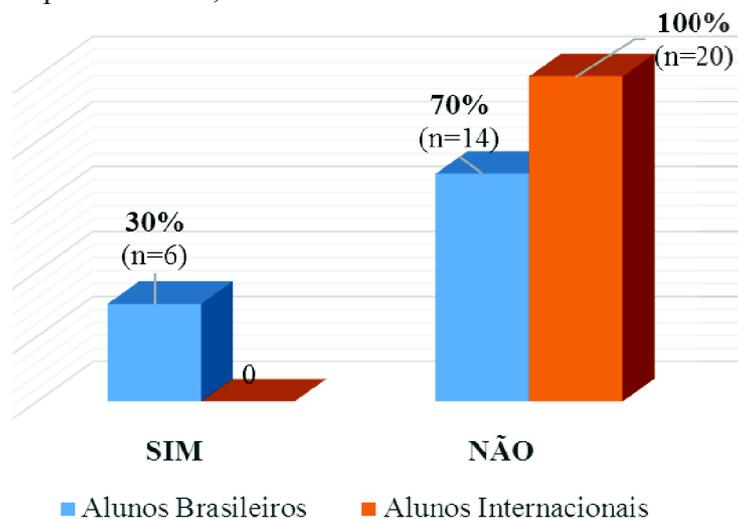
Gráfico 06 – Renda familiar dos estudantes brasileiros e internacionais da UNILAB, campus do Ceará, 2016.



* SM-Salário Mínimo no Brasil de R\$ 880,00 (2016).

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

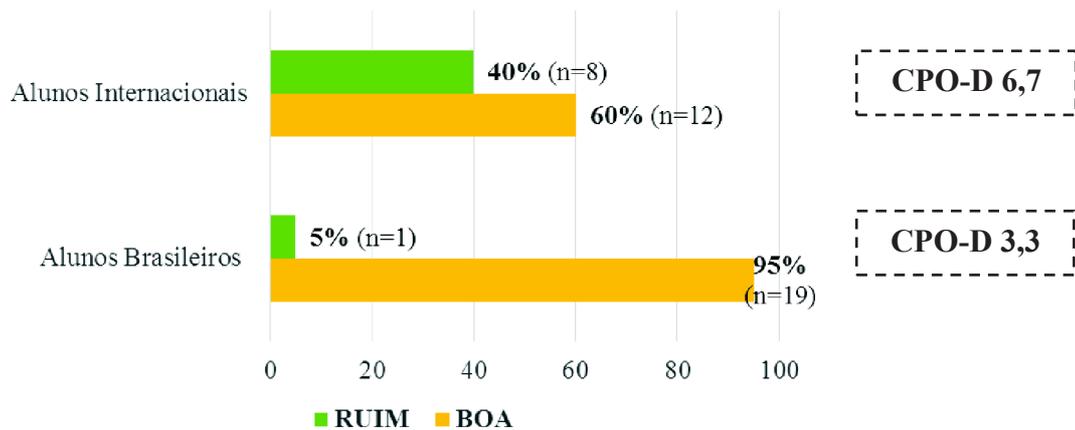
Gráfico 07 – Exercício de atividade remunerada pelos estudantes brasileiros e internacionais da UNILAB, campus do Ceará, 2016.



Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

No que diz respeito à auto percepção dos estudantes sobre a higiene bucal, 95% dos brasileiros e 60% dos alunos internacionais consideravam-na como boa, enquanto os demais a tinham como ruim. O resultado mostrou que a percepção da higiene bucal dos alunos brasileiros e internacionais foi diferente dos valores encontrado na prevalência de cárie através do índice de CPO-D (Gráfico 08).

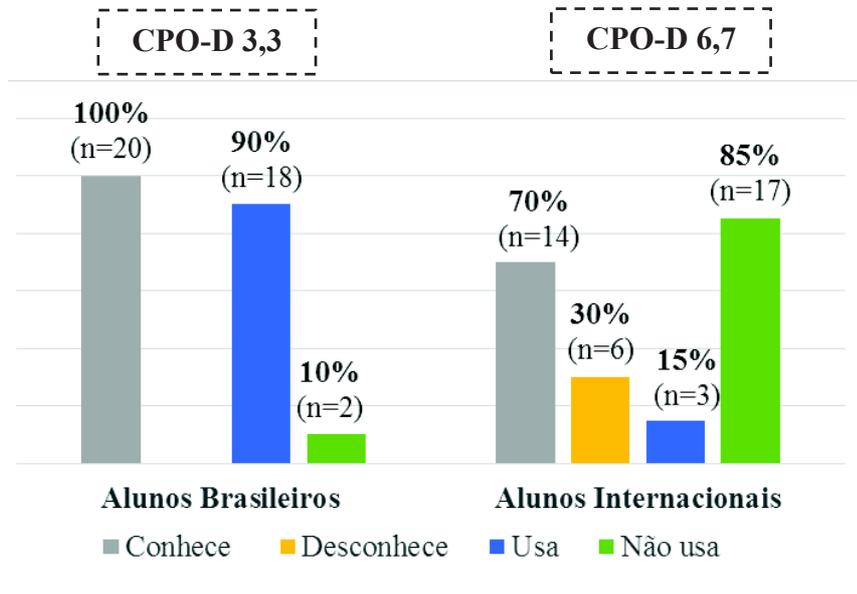
Gráfico 08 – Percepção da higiene bucal dos estudantes brasileiros e internacionais da UNILAB, campus do Ceará, 2016.



Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

No que se refere ao conhecimento sobre o fio dental, 100% dos brasileiros e 70% dos alunos internacionais mencionaram conhecer. Quanto ao seu uso, 90% dos estudantes brasileiros utilizavam-no e 15% dos alunos internacionais utilizavam. Observa-se que o conhecimento e uso do fio dental dos alunos brasileiros pode ter sido um fator do qual a prevalência de cárie foi menor, entretanto para os alunos internacionais pode ter sido maior em decorrência de relataram não fazerem a utilização do fio dental (Gráfico 9).

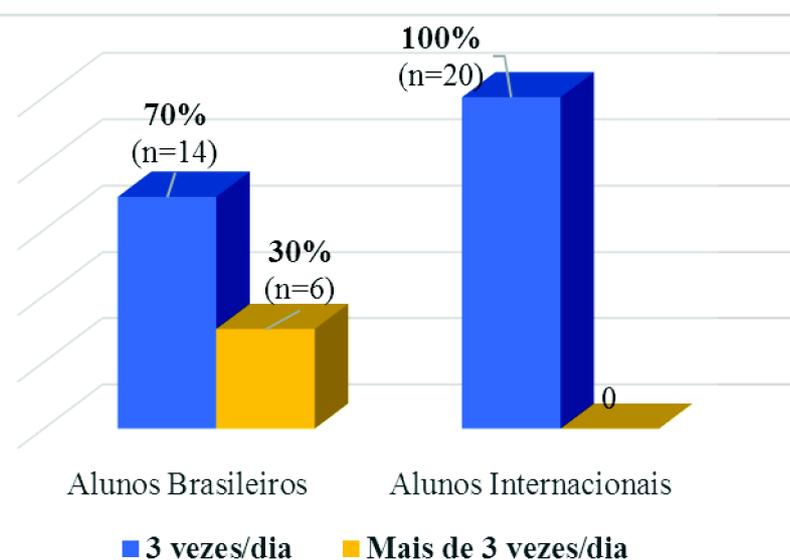
Gráfico 09 – Conhecimento e uso do fio dental pelos estudantes brasileiros e internacionais da UNILAB, campus do Ceará, 2016.



Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

Sobre os hábitos de higiene oral, 70% dos brasileiros e todos os alunos internacionais escovavam os dentes três vezes ao dia. (Gráfico 10).

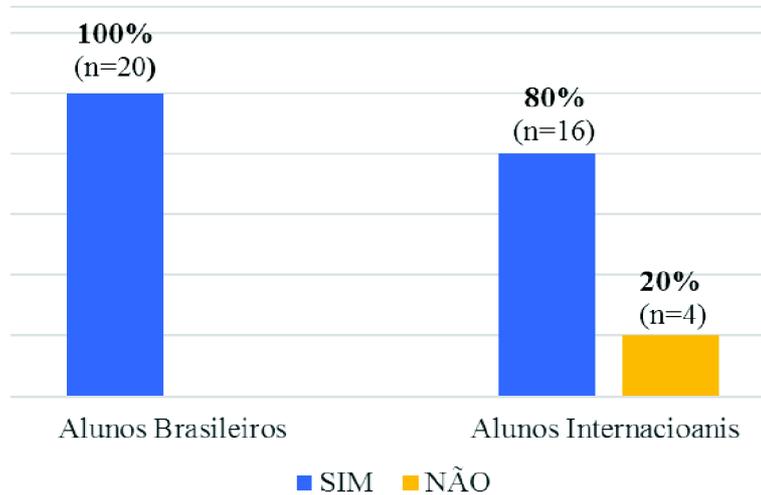
Gráfico 10 – Frequência de escovação dos estudantes brasileiros e internacionais da UNILAB, campus do Ceará, 2016.



Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

Dos participantes, todos os brasileiros e 80% dos alunos internacionais limpavam a língua durante a higienização da cavidade oral (Gráfico 14).

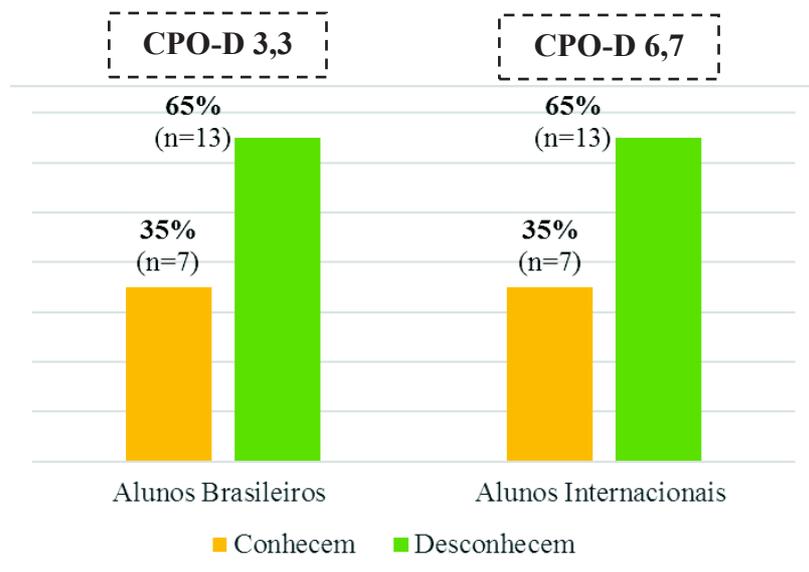
Gráfico 11 – Limpeza da língua durante a higiene bucal dos estudantes brasileiros e internacionais da UNILAB, campus do Ceará, 2016



Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

Com relação às doenças bucais, 65% dos alunos brasileiros e 65% dos alunos internacionais as desconheciam. A falta de conhecimento sobre as doenças bucais dos alunos brasileiros e internacionais pode ter sido um fator que influenciou na prevalência de cárie dentária (Gráfico 15).

Gráfico 12 – Conhecimento sobre as principais doenças bucais como cárie dentária e doença periodontal pelos estudantes brasileiros e internacionais da UNILAB, campus do Ceará, 2016.



Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

No último ano, 60% dos estudantes brasileiros e 40% dos alunos internacionais tinham procurado atendimento odontológico. Quanto à submissão a tratamentos odontológicos, 55% dos brasileiros e 45% dos estudantes internacionais já tinham realizado (Tabela 03).

Tabela 03 – Visita ao dentista no último ano e realização de tratamento odontológico dos estudantes brasileiros e internacionais da UNILAB, campus do Ceará, 2016.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	ALUNOS	ALUNOS
		BRASILEIROS n=20 (100%)	INTERNACIONAIS n=20 (100%)
Visita ao dentista no último ano	Sim	12 (60%)	08 (40%)
	Não	08 (40%)	12 (60%)
Realização tratamento odontológico	Sim	11 (55%)	09 (45%)
	Não	09 (45%)	11 (55%)

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

Os estudantes foram questionados sobre a existência e o uso de serviços odontológicos em seu país de origem. Sobre a presença do serviço público, todos os brasileiros e 80% dos estrangeiros confirmaram a oferta desse tipo de serviço em seu país de origem. Quanto ao privado, 50% dos brasileiros e 47,5% dos estrangeiros informaram não ter esse tipo de serviço. Dos estudantes, 75% dos brasileiros e 95% dos estrangeiros usavam o serviço odontológico público em seu país de origem. Os demais utilizavam o privado (Tabela 04).

Tabela 04 – Presença e uso dos serviços odontológicos no país de origem segundo os estudantes brasileiros e internacionais da UNILAB, campus do Ceará, 2016.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	ALUNOS	ALUNOS
		BRASILEIROS n=20 (100%)	INTERNACIONAIS n=20 (100%)
Presença de serviços odontológicos públicos	Sim	20 (100%)	16 (80%)
	Não	0 (0%)	04 (20%)
Presença de serviços odontológicos privados	Sim	20 (100%)	19 (95%)
	Não	0 (0%)	01 (5%)
Uso dos serviços odontológicos	Público	15 (75%)	19 (95%)
	Privado	05 (25%)	01 (5%)

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

Do total de estudantes examinados pelo Índice de CPO-D, foram diagnosticados 29 dentes cariados, 06 perdidos e 31 obturados (restaurados) nos estudantes brasileiros e 111 dentes cariados, 10 perdidos e 13 obturados (restaurados) nos estudantes internacionais (Tabela 05).

Tabela 05 – Componentes dos índices de CPO-D¹ dos estudantes brasileiros e internacionais da UNILAB, campus do Ceará, 2016.

COMPONENTES CPO-D	Alunos Brasileiros (n) %	Alunos Internacionais (n) %	Total (n)
Cariados	29 (21%)	111 (79%)	140 (100%)
Perdidos	06 (37,5%)	10 (62,5%)	16 (100%)
Obturados (restaurados)	31 (70%)	13 (30%)	44 (100%)

¹CPO-D: número de dentes permanentes cariados, perdidos e restaurados (obturados)

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

Ao analisar o índice de CPO-D dos estudantes da pesquisa, o valor registrado foi a média de 5,0. Quando estratificado por nacionalidade, a média do CPO-D dos estudantes brasileiros foi de 3,3 e dos estudantes internacionais 6,7, conforme a Tabela 06.

Tabela 06 – Índice de CPO-D dos estudantes brasileiros e internacionais da UNILAB, campus do Ceará, 2016.

VARIÁVEIS	CPO-D
Alunos Brasileiros e Internacionais	5,0
Alunos Brasileiros	3,3
Alunos Internacionais	6,7

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

6 DISCUSSÃO

Este estudo foi o primeiro a investigar o perfil socioeconômicos, demográficos, e as condições de saúde bucal de estudantes brasileiros e internacionais da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira – UNILAB.

A comparação dos resultados obtidos no presente estudo com outras pesquisas foi particularmente restrita, em decorrência da carência de dados na literatura retratando achados da população africana. A discussão foi apresentada em tópicos, uma vez que este estudo envolveu diferentes fatores, requerendo, portanto, uma abordagem fragmentada dos resultados obtidos.

6.1 FATORES SÓCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS

De acordo com a Diretoria de Registro e Controle Acadêmico – DRCA da UNILAB (2016) atualmente o número de alunos da UNILAB por nacionalidade é de 2.084 Brasil, 72 alunos de Angola, 87 alunos de Cabo Verde, 473 de Guiné-Bissau, 26 alunos de Moçambique, 77 alunos de São Tomé e Príncipe e 69 alunos do Timor Leste.

Embora os dados tenham indicado uma participação igualitária dos gêneros na contagem geral, houve um maior número de estudantes do sexo feminino entre os brasileiros e do sexo masculino entre os alunos internacionais. A idade média dos estudantes do estudo foi de 21,2 anos de idade.

Os resultados obtidos entre os brasileiros refletem os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2015), nos quais as mulheres, com idade entre 18 e 24 anos, representam 57,1% dos estudantes universitários. Quanto aos alunos internacionais, a maior participação do gênero masculino pode decorrer do fato de que segundo IPEA (2013) o homem africano tem mais fácil acesso ao curso superior, estando a mulher mais dedicada à família.

Com base na concepção de raça/cor, o presente estudo mostrou que, do total de estudantes, 80% dos brasileiros e todos os alunos internacionais declararam-se negros. A importância desse achado é nítida ao se considerar que a identidade étnica pode ser definida e compreendida pelo sentimento de pertencimento a um grupo, que será originado da partilha de modos de vida e de traços históricos comuns (SAMPAIO, SANTOS E SOUZA, 2013).

Os dados observados nesse estudo contrastam com os da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) (IBGE, 2014), nos quais, no critério de declaração de cor ou raça, 45,5% da população brasileira se consideravam branca, 46% se consideravam de cor

parda e 8,5% se declararam de cor preta. Entretanto, podem refletir a lei de cotas étnico-raciais nas universidades brasileiras. De fato, a quantidade de jovens negros que ingressaram no ensino superior cresceu de 50.937 vagas, em 2013, para 60.731, em 2014 decorrente das leis de cotas (BRASIL, 2015).

No presente estudo o elevado percentual de pais e de mães de alunos brasileiros e internacionais alfabetizados foi surpreendente. Contudo, esse achado pode ser uma consequência da expansão do acesso à educação no Brasil, nos últimos 20 anos, aumentando a escolaridade média e reduzindo a desigualdade educacional (PNAD, 2013). Ainda, de acordo com os indicadores da PNAD, a escolaridade ligada à força de trabalho brasileira passou de uma média de 5,7 anos de estudo, em 1992, para aproximadamente 8,8 anos, em 2012 (IPEA, 2013).

Para o IBGE (2016), no período de 2007 a 2014, foi mantida a tendência de declínio das taxas de analfabetismo e de crescimento das taxas de escolarização do grupo etário de 6 a 14 anos, bem como do nível de educação da população brasileira. O diferencial por gênero persistiu em favor da população feminina. Na população de 25 anos ou mais, o número de pessoas com pelo menos 11 anos de estudo passou de 33,6% para 42,5%. O nível de instrução feminino manteve-se mais elevado que o masculino.

Quanto aos países africanos, na África Subsaariana, a população de analfabetos é de cerca de 38%, dos quais 61% são do gênero feminino. Ainda, entre os jovens de 15 e 24 anos, 23% não sabem ler nem escrever, dos quais 59% são do sexo feminino (MÁRIO E NANDJA, 2006). Ainda para Mário e Nandja (2006), é possível que as desigualdades de oportunidades e os tipos de programas oferecidos podem impedir a participação das mulheres africanas nos programas de alfabetização e de educação de adultos.

Reforçando essa suposição, Lind (2004) afirmou que as mulheres parecem ser mais interessadas nos programas educacionais, quando esses objetivam a melhoria de suas próprias vidas e o bem-estar de suas famílias. Nesse sentido, programas direcionados especialmente a mulheres contribuem para a redução da pobreza, por meio da alfabetização e educação de adultos (PARPA, 2001).

Observa-se no estudo que as mães dos alunos internacionais são bem instruídas, contrastando com a falta de instrução mencionada em alguns trabalhos encontrados. Ainda, assim, na literatura há uma escassez de dados relacionados a escolaridade de mulheres africanas em que você se possa comparar com os dados aqui obtidos.

Esses achados são importantes quando se observa que a família é a base para o desenvolvimento social, psicológico e emocional do ser humano, participando da formação de sua personalidade. É nela que acontecem e administram-se os cuidados básicos com o corpo, exercendo um papel fundamental na promoção e na manutenção da saúde (MARTIN e ANGELO, 1999; CORBACHO et al., 2001).

Ressalta-se ainda que, na maioria das vezes, é a mãe que se responsabiliza pelas questões que envolvem a saúde dos filhos, exercendo a função de formadora de saberes e de hábitos de saúde (MARTIN e ANGELO, 1999).

Para o crescimento saudável, Aquilante et al. (2002) enfatizam a responsabilidade dos pais, tendo em vista que estes apresentam um papel fundamental no desenvolvimento biopsicossocial dos filhos. Diante dessa responsabilidade, o autor considera que os pais são as figuras centrais para motivar os seus filhos sobre os hábitos de saúde bucal, pois é a família que ensina esses hábitos, e a reprodução dos hábitos familiares é uma característica marcante durante o período da infância.

Comparando com o acima descrito, embora os pais dos alunos apresentassem um certo nível de escolaridade, as condições de saúde bucal dos estudantes foram inadequadas, fenômeno registrado pelo índice de CPO-D.

O fato dos pais dos alunos terem grau de instrução e as condições de saúde de seus filhos serem inadequadas pode decorrer da falta de acesso a programas preventivos, falta de acesso à atendimento odontológico, condições socioeconômicas, etc. No caso dos alunos internacionais, falta de profissionais de odontologias, serviços de saúde bucal e outros.

No contexto da educação, a literatura aponta como um constituinte do capital cultural, associada à posição social, ocupação, nível de saúde e acesso aos cuidados de saúde. Indivíduos com melhor nível educacional têm, em geral, uma situação ocupacional mais elevada, melhores condições habitacionais e estilo de vida mais adequado (UITENBROEK, KEREKOVSKA e FESTCHIEVA, 1996).

O estudo mostrou que uma minoria das famílias dos estudantes brasileiros e dos alunos internacionais residia em casa alugada, o que pode decorrer do processo de ampliação da propriedade própria no Brasil. Para Alves (2004), as pesquisas mostram que houve um crescimento expressivo do percentual de domicílios próprios e uma redução dos domicílios alugados e cedidos no Brasil. Em termos absolutos, o número de domicílios próprios passou de 7,7 milhões (57%), em 1960, para 33,3 milhões (74%), em 2000.

De acordo com o censo de 2000, a necessidade de novas moradias em todo o país era de 6,6 milhões, sendo 5,4 milhões nas áreas urbanas e 1,2 milhão na área rural. Em números absolutos, a maior parte dessa necessidade concentrava-se nos estados do Sudeste (41%) e do Nordeste (32%), regiões que agregavam a maioria da população urbana do país e dispunham da maior parte dos domicílios urbanos duráveis (BONDUKI, 2008).

Em todo o mundo, as características da moradia variam de acordo com o grau de desenvolvimento econômico e a identidade cultural. Nos países em desenvolvimento, vários são os fatores que contribuem não só para a escassez da habitação, mas também para a pouca qualidade. Essas características são: as condições de vida existentes nas zonas rurais e nos arredores, bairros pobres das grandes cidades, índices de desenvolvimento humano escasso, os baixos salários, a falta de apoio aos pequenos agricultores, fraco desenvolvimento das técnicas agropecuárias e a migração das populações para as cidades, criando uma série de problemas urbanos. Tais problemas são resultados de um fenômeno urbano característico de muitos países menos desenvolvidos, nomeadamente a sobrelotação das cidades com todas as suas consequências (incapacidade de criação de empregos, altas taxas de natalidade e elevado crescimento demográfico) (LANGA, 2010).

No estudo realizado por Langa (2010), verificou-se que a maioria da população de Moçambique vivia em habitações particulares, sendo em grande parte palhotas (69,7%). Apenas 1,6% das habitações eram casas, 0,7% eram apartamentos e 0,5% eram habitações precárias. Relativamente ao regime de propriedade, a maior parte das pessoas vivia em habitações próprias (92,3%), 3,6% vivia em habitações alugadas e 2,8% em habitações cedidas.

Embora o perfil acima tenha se limitado a Moçambique, é possível que ele reflita a realidade de muitos outros países africanos, justificando o fato de que a minoria das famílias dos alunos internacionais residia em habitações alugadas.

Inúmeros estudos destacam que o conjunto de fatores, como saneamento básico, acesso às informações de saúde e as condições de moradia, são primordiais para se determinar os índices de saúde bucal. Fatores como estes são preponderantes para o aumento das desigualdades, assim também como para a prevalência da cárie dental. De fato, essa última é considerada uma doença muito prevalente entre pessoas de menor poder aquisitivo. Dessa forma, é entendido que pessoas privilegiadas com melhor poder aquisitivo têm melhores condições de saúde bucal (LAURIS, 2015).

Sujeitos que residem nas áreas rurais são consideravelmente mais propensos a apresentar problemas relacionados à saúde bucal, quando equiparados aos moradores das áreas urbanas. As áreas rurais são frágeis quando se trata de saúde devido à dificuldade de acesso aos equipamentos e aos serviços públicos de saúde (BRASIL, 2012).

No presente estudo, a maioria das famílias dos estudantes habitava em zona rural. Esse achado pode decorrer do processo de interiorização do ensino superior brasileiro, proposto pelo Ministério da Educação, no ano de 2007, levando à criação da UNILAB. Para os alunos internacionais, é possível que a proposta da UNILAB tenha promovido ou ampliado o acesso de cidadãos africanos, especialmente os residentes à zona rural, ao ensino superior de qualidade e gratuito.

A maioria dos estudantes brasileiros e internacionais tinham renda familiar inferior a 1 salário mínimo. Para o IBGE (2015), o rendimento nominal domiciliar *per capita* médio do brasileiro no ano de 2014 foi de R\$ 1.052. Os maiores rendimentos nominais domiciliares estão todos localizados nas regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste. Todos os estados do Norte e Nordeste têm rendimento nominal familiar *per capita* abaixo dos R\$ 1mil.

Os dados do IPEA (2006) afirmam que, de 2001 a 2004, a desigualdade de renda familiar *per capita* da população brasileira caiu de forma contínua e substancial, alcançando seu menor nível nos últimos trinta anos. Além de ser um resultado importante por si só, essa desconcentração levou a uma expressiva redução da pobreza e da extrema pobreza.

A associação entre as variáveis comportamentais, sociais e econômicas são nitidamente encontradas no contexto brasileiro, onde as escolas públicas são em sua maioria frequentadas por pessoas advindas de famílias menos privilegiadas, que vivem em ambientes privados socialmente e sem condições financeiras para usufruir de uma melhor qualidade de vida. Indivíduos privados socialmente tendem a ter maiores problemas relacionados à saúde bucal. Contudo, apesar dessa desigualdade social encontrada no Brasil, nos últimos anos, notou-se um resgate sociocultural na determinação e na distribuição de doenças, o que revelou um maior interesse dos pesquisadores da área da saúde (CARDOSO, 2013).

Destaca-se ainda que todos os alunos internacionais disseram não trabalhar por ser um dos pré-requisitos para o ingresso à UNILAB. Assim, pode-se supor que a maioria dos estudantes internacionais tem a consciência de que precisam se dedicar à universidade para terem uma boa formação.

6.2 PERCEPÇÃO E HÁBITOS DE SAÚDE BUCAL

Em estudo realizado com adolescentes, em Vitória de Santo Antão (PE), Granville-Garcia et al. (2009) avaliaram a importância da saúde bucal e constataram que 28,7% dos participantes da pesquisa a consideravam ótima e 24,9% achavam-na boa, enquanto 4,4% dos pesquisados a tinham como ruim.

Em pesquisa avaliando os aspectos de higiene, cárie dentária e doença periodontal de adolescentes, os autores verificaram que 80% da população masculina estudada consideraram sua condição de saúde bucal satisfatória. Entretanto, 57,9% da população feminina considerou-a insatisfatória (SANTOS et al., 2007).

No que diz respeito à auto percepção dos estudantes sobre a higiene bucal, o resultado mostrou uma boa percepção pela maior parte dos estudantes brasileiros e mais da metade dos acadêmicos internacionais. Embora os estudantes tivessem uma boa impressão sobre a saúde bucal os resultados do Índice de CPO-D dos grupos pesquisados podem ser em decorrência da falta de conhecimento dos alunos de uma adequada higiene bucal.

Quanto à frequência de escovação, o estudo mostrou que 70% dos alunos brasileiros e todos os alunos internacionais escovavam os dentes três vezes ao dia. Resultado semelhante foi obtido por Mendes (2013), em Moçambique, no qual 80% dos participantes do estudo relataram escovar os dentes 2 vezes ao dia, 10,83% escovavam apenas uma vez ao dia e 9,17% escovavam 3 vezes ao dia. No estudo de Freire et al. (2012), a maioria dos participantes relatou escovar os dentes até 3 vezes ao dia.

Em estudo realizado por Freire, Sheiham e Bino (2007), todos os participantes escovavam seus dentes por motivos que envolviam a busca pela saúde e a limpeza dos dentes. Segundo eles, a escovação era necessária para a prevenção da cárie, a saúde dos dentes e a prevenção de doenças, incluindo aquelas relacionadas ao tecido gengival.

Apesar da frequência de escovação da maioria dos estudantes brasileiros e internacionais ser três vezes ao dia, os dados mostraram que a prevalência de cárie dos estudantes brasileiros foi de CPO-D 3,3 e dos alunos internacionais o CPO-D de 6,7.

A importância da escovação dos dentes reside no fato de que é a forma mais comum de limpá-los, sendo amplamente aceita como um comportamento social desejável pela população dos países industrializados (FRANDSEN, 1986). Ela interfere ainda no desenvolvimento de doenças periodontais, ao remover a placa bacteriana (SHEIHAM, 1988).

Quanto ao conhecimento sobre o fio dental, todos os alunos brasileiros e 70% dos alunos internacionais o conheciam. Entretanto, apenas 15% dos alunos internacionais o utilizavam. Sugerindo, assim, a necessidade da intensificação de ações de Educação em Saúde Bucal para esse público.

De fato, a motivação na utilização do fio dental pode aumentar quando informações sobre os riscos das doenças, os benefícios e a facilidade de uso são dadas (BLAY, ASTROM e HAUGEJORDEN, 2000; VARENNE e PETERSEN, 2006).

Os dados do presente estudo apontaram para a necessidade de, ao se planejar, desenvolver e executar programas de Educação em Saúde Bucal para estudantes, deve-se incluir conteúdos que proporcionem maiores informações sobre o uso do fio dental, motivando-os para o uso e incorporação desse hábito.

A efetividade dessas ações é evidente no estudo de Stewart e Wolfe (1989), no qual, após sessões educativas, os participantes aperfeiçoaram suas habilidades nas técnicas de escovação e uso do fio dental. Como consequência, houve uma redução significativa no índice de placa. Entretanto, após um ano, esse índice retornou ao seu valor inicial, o que despertou para o fato de que, se a educação sobre higiene bucal não for constante, ocorre uma diminuição na motivação do paciente.

Corroborando com a pesquisa aqui apresentada, Matos et al. (2009), em seu estudo com adolescentes de escolas públicas e privadas de Salvador, constataram que o uso do fio dental não constitui um hábito para esse público. Segundo os pesquisadores, os motivos que justificavam a não utilização desse instrumento de higienização bucal compreendem desde o desânimo e a falta de acesso, até o custo, lesão à gengiva e falta de conhecimento quanto ao manuseio.

É importante enfatizar que os profissionais de odontologia devem oferecer informações adequadas e mostrar que o uso correto do fio dental é capaz de prevenir lesões de cárie e gengivite na região interproximal dos dentes. Reforçando essa necessidade, Bottan (2010) afirmou que o desconhecimento sobre cuidados quanto aos dispositivos utilizados na higiene bucal é um fator a ser considerado pelo cirurgião-dentista, uma vez que a informação, embora disponível na mídia, não chega a todas as camadas da população da mesma forma.

Além do fio dental, os colutórios/enxaguantes bucais são meios utilizados para a higienização bucal, especialmente para o controle químico da placa bacteriana, como substitutos ou adjuntos aos procedimentos mecânicos. Cabe a eles também contribuir na veiculação de compostos ativos para o tratamento de afecções específicas (BUGNO et al.,

2006). No entanto, eles não devem substituir os métodos mecânicos de remoção da placa, mas apenas auxiliá-los (CARRANZA e NEWMAN, 1996; RAMACCIATO, 2000; ROJAS, SANTOS-ALEMANY, 2005).

Quanto aos hábitos de limpeza da língua durante a higienização bucal, o presente estudo mostrou que todos os alunos brasileiros e 80% dos alunos internacionais a praticavam. A importância desse resultado reside no fato de que a língua é um importante nicho de origem da halitose, bem como de outros problemas que podem decorrer da presença de bactérias no dorso lingual. Dessa forma, uma técnica eficiente de limpeza da língua apresenta-se como uma etapa importante da manutenção da saúde e higiene bucal (MAROCCHIO, CONCEIÇÃO e TÁRZIA, 2009).

A literatura ressalta ainda que a língua é uma das estruturas bucais pouco estudadas, incluindo a sua colonização no universo da microbiota bucal e a sua interferência na saúde geral (SANTOS et al., 2013). Nesse contexto, é importante destacar a “língua saburrosa”, uma alteração relativamente comum, formada basicamente por restos alimentares, células descamadas, fungos, bactérias e enzimas ativas que participam do processo da digestão. Para a sua resolução, Seemann et al. (2001) sugerem a limpeza da língua.

6.3 CONHECIMENTO DAS DOENÇAS BUCAIS

O presente estudo avaliou a quantidade de alunos que conhecia as doenças bucais. Os dados apontaram que apenas 35% dos alunos brasileiros e 35% dos internacionais tinham conhecimento sobre a cárie dentária e a doença periodontal. Pode-se verificar que esse achado condiz com o resultado obtido com o CPOD dos grupos estudados, sugerindo que a falta de conhecimento pode se relacionar com a condição de saúde bucal apresentada pelos participantes. A deficiência no conhecimento pode decorrer da escassez de acesso a esse tipo de informação no ambiente acadêmico e a falta de atividades de educação em saúde bucal do cirurgião-dentista, quando em contato com o paciente.

Em um estudo realizado por Santos, Rodrigues e Garcia (2002), quando questionada a etiologia da cárie, 34,1% dos participantes a associaram a má higiene. Apenas 20,4% responderam corretamente, associando-a a múltiplos fatores (dieta rica em açúcares, má higiene e bactérias). Dos participantes, 22,7% mencionaram a má escovação associada ao consumo excessivo de doces e 9,1% citaram apenas as bactérias.

No estudo de Unfer e Saliba (2000), para 23,1%, dos participantes, a cárie dentária é um microrganismo presente nos dentes, expressado pelos termos “bactéria”, “fungo”, “bichinho” e “verme”. Expressões como “falta de higiene”, “falta de cuidado”, “dente sem escovar”, “dente malcuidado” e “relaxamento” definem a cárie para 22,6% da população estudada. Por outro lado, 15,2% não sabem defini-la.

Baseado nos resultados aqui obtidos, sugere-se a implementação de programas de Educação em Saúde Bucal no espaço do ensino superior, uma vez que é de extrema importância para aqueles que estão nas universidades conhecerem essas doenças, consideradas problemas de saúde pública.

Vale ressaltar que possuir informação é fundamental para a realização das práticas do cuidado em saúde bucal, mas não constitui elemento suficiente. É necessário mais que informação disponível e de qualidade, a pessoa detentora da informação precisa processá-la e incorporá-la para que seja transformada em ação. Para tanto, faz-se necessário desenvolver recursos prévios para possibilitar a aquisição da informação disponível, processá-la e traduzi-la em práticas (MELLO e ERDMANN, 2007).

Além da renda familiar, a inserção social tem influência na prevalência das doenças bucais. Por exemplo, as crianças de pais com grau de escolaridade maior começam a ter seus dentes higienizados mais precocemente, com impacto significativo na saúde bucal. Além disso, a disponibilidade de instalações sanitárias adequadas favorece as práticas de higiene pessoal (PERES, BASTOS e LATORRE, 2000).

6.4 VISITA AO CIRURGIÃO-DENTISTA E EXISTÊNCIA/USO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS

Quanto à visita ao cirurgião-dentista, 60% dos brasileiros e 40% dos alunos internacionais o fizeram no último ano. Já a realização de tratamento odontológico foi relatada por 55% dos alunos brasileiros e 45% dos alunos internacionais. Com isso, o resultado aqui obtido corrobora com o estudo de Freire et al. (2012), no qual 55,9% dos participantes tinham procurado atendimento odontológico há menos de um ano. O principal motivo da consulta foi revisão, prevenção ou check-up.

Verificou-se, no presente estudo, que os brasileiros são os que mais buscam atendimento odontológico. A submissão ao tratamento odontológico é superior para os brasileiros entre os quais pode nos basear pela quantidade de dentes obturados (restaurados)

dos alunos brasileiros que foi maior, 31 dentes restaurados, quando comparado aos alunos internacionais, 13 dentes restaurados.

Quanto ao uso dos serviços de saúde, já afirmava Anderson e Newman (1973) que os fatores que facilitam a sua utilização incluem características socioeconômicas como renda, plano ou seguro de saúde, fonte regular de cuidados com a saúde, características da comunidade, preço dos serviços de saúde, região do país e área urbana ou rural. Em relação às características associadas às necessidades do uso, elas incluem: sintomas, diagnóstico, estado de saúde e percepção da saúde.

Estudos para examinar os fatores associados ao uso de serviços odontológicos, utilizando o modelo proposto por Andersen e Newman, em 1973, ainda são raros em países em desenvolvimento. Um estudo desenvolvido na cidade de Bambuí (Minas Gerais) mostrou que, entre adultos, o uso regular de serviços odontológicos, pelo menos uma visita ao cirurgião-dentista no último ano, estava associado às características de escolaridade, renda familiar e de percepção de necessidade de tratamento dentário (MATOS et al., 2001).

Com a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente), uma das metas a ser atingida é a de melhoria das condições de saúde da população, partindo de princípios e práticas, dentre as quais, inserem-se o aumento do atendimento, qualificação e amplificação do acesso aos serviços odontológicos a todas as faixas etárias (BRASIL, 2004).

O acesso à saúde envolve múltiplos aspectos, de ordem socioeconômica e cultural, que extrapolam a assistência em saúde. Acesso implica garantia de ingresso do indivíduo no sistema de saúde ou o uso de bens e serviços considerados socialmente importantes, sem obstáculos físicos, financeiros ou de outra natureza (ANDRADE et al, 2004).

Em relação à existência de serviços odontológicos públicos, os resultados mostraram que todos os brasileiros e 80% dos alunos internacionais responderam que existia esse tipo de serviço em seu país. O mesmo foi questionado para o serviço odontológico privado e os dados mostraram que todos os alunos brasileiros e 95% dos alunos internacionais relataram existir. Sobre o uso dos serviços em seus países, 75% dos alunos brasileiros e 95% dos alunos internacionais usavam o serviço odontológico público e apenas 25% dos brasileiros e 5% dos alunos internacionais utilizavam o privado. O fato da maioria dos estudantes do nosso estudo utilizar os serviços odontológicos públicos pode decorrer da baixa renda familiar por eles relatada.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde é tido como a política de maior inclusão social implementada no Brasil e representa, em termos constitucionais, uma afirmação política do compromisso do Estado brasileiro para com a população. Seus avanços são significativos, mas persistem problemas a serem enfrentados para consolidá-lo como um sistema público universal e equânime (BRASIL, 2011).

Entre 2010 e 2014, houve no Brasil um crescimento de 19,8% do total de equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), passando de 31.660 para 37.944 no período. Ao todo, 112,5 milhões de brasileiros, o equivalente a 56,2% da população, estão cadastrados nas equipes da ESF. Os investimentos federais na atenção básica mais que dobraram (crescimento de 106% nos últimos quatro anos), chegando a R\$ 20 bilhões em 2014. Esta é uma área de atenção prioritária para o governo, uma vez que consegue resolver até 80% dos problemas de saúde sem necessidade de encaminhamento do paciente para um hospital ou unidade especializada, tornando a assistência em toda a rede mais eficiente (BRASIL, 2015).

Segundo o Departamento de Atenção Básica-DAB (2013), ao final do ano de 2012, a população brasileira contava com 22.139 equipes de saúde bucal operando em 4.907 municípios. Também nesse exercício registrou-se a doação de 2.596 equipamentos odontológicos para apoio à implantação de novas equipes. A atuação governamental em saúde bucal foi expandida, em 2012, com a intensificação da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Entre 2004 e 2012, foram implantados 943 CEO em 771 municípios brasileiros. No ano de 2012, também foi atingido o número de 1397 Laboratórios de Prótese Dentária (LPD) em funcionamento, distribuídos em 1.351.

Afirma Bryan et al. (2013) que, em alguns países africanos, as unidades de saúde muitas vezes não têm trabalhadores com as competências para realizar os padrões básicos de atendimento. De acordo com as diretrizes do governo, instituições de saúde devem ser compostas por oito profissionais de saúde, mas na prática a maioria tem apenas um ou dois. Os centros de saúde devem ter cerca de 30 funcionários, mas geralmente têm menos da metade disso. Muitas vezes, os trabalhadores de saúde nestes estabelecimentos de saúde não têm formação ou acesso à educação médica continuada apropriada. Além disso, a produtividade é baixa: em média, os funcionários gastam apenas cerca de 40% do seu tempo de trabalho na assistência ao paciente.

O continente africano enfrenta a mais dramática crise de saúde pública do mundo, onde o Relatório Regional Africano da Saúde mostra que existem soluções de saúde pública que funcionam no contexto africano. Estas soluções podem ser alargadas a todos os africanos

em necessidade, caso os governos façam uso das lições aprendidas com as intervenções que obtiveram êxito, ao mesmo tempo que tentam alcançar uma melhor coordenação com os esforços dos parceiros internacionais (OMS, 2015).

Segundo Mendes (2013), em países africanos, observa-se que os sistemas de saúde têm características comuns entre si, incluindo o predomínio de hospitais e cuidados especializados de saúde em áreas urbanas, embora a maioria da população viva em áreas de zona rural. Existem aproximadamente 2 cirurgiões-dentistas para cada 100.000 habitantes no continente africano, com uma distribuição heterogênea dos serviços odontológicos especializados dentre os diferentes países.

Para Peres et al. (2009), a maior concentração de serviços públicos de saúde em zona urbana compromete e dificulta o acesso da população residente em zona rural aos atendimentos odontológicos. Acredita-se que estes indivíduos possam representar um importante polo de concentração dos agravos à saúde bucal. Estas concepções precisam ser melhor estudadas com os estudantes participantes desse estudo, já que a maior parte deles reside na área rural.

O perfil da saúde bucal do continente Africano hoje parece ser bem diferente daquele observado há alguns anos, não sendo homogêneo entre os países. Desta forma, as doenças existentes em cada comunidade precisam ser avaliadas individualmente em termos de epidemiologia, prevalência e severidade, o que se constitui em pré-requisito para a enumeração lógica das necessidades de tratamento odontológico das comunidades e o desenvolvimento de programas de intervenção para o seu tratamento (MENDES, 2013).

De um modo geral, os determinantes da utilização dos serviços de saúde podem ser descritos como aqueles fatores relacionados à: (a) necessidade de saúde – morbidade, gravidade e urgência da doença; (b) usuários – características demográficas (idade e sexo), geográficas (região), socioeconômicas (renda, educação), culturais (religião); (c) prestadores de serviços – características demográficas (idade e sexo), tempo de graduação, especialidade, características psíquicas, experiência profissional, tipo de prática, forma de pagamento; (d) organização – recursos disponíveis, características da oferta (disponibilidade de médicos, hospitais, ambulatórios), modo de remuneração, acesso geográfico e social; (e) política – tipo de sistema de saúde, financiamento, tipo de seguro de saúde, quantidade, tipo de distribuição dos recursos, legislação e regulamentação profissional e do sistema.

A influência de cada um dos fatores acima mencionados varia em função do tipo de serviço (ambulatório, hospital, assistência domiciliar) e da proposta assistencial (cuidados preventivos, curativos ou de reabilitação) (TRAVASSOS e MARTINS, 2004).

6.5 ÍNDICE DE DENTES CARIADOS, PERDIDOS E OBTURADOS (CPO-D)

Com relação ao índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D), o componente “dente cariado” foi o que mais contribuiu para o cálculo do CPO-D. A média CPO-D dos estudantes aqui pesquisados foi de 5,0, o que implica em um valor elevado. Quando comparado por nacionalidade, o CPO-D dos brasileiros foi de 3,3, e dos alunos internacionais 6,7, segundo a escala de severidade de cárie.

O uso dessa escala se justifica pelo fato de ter sido utilizada em diferentes populações, com o objetivo de se analisar a situação de saúde bucal relacionada à cárie, por meio de levantamentos epidemiológicos. Ela permite ainda comparações, auxiliando na busca pelas metas propostas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), para os anos de 2000 e 2020 (PERTERSEN, 2004).

Corroborando com nosso estudo, Pertersen (2004) afirma que, apesar da grande melhora na saúde bucal mundial, os problemas bucais persistem em muitas comunidades e populações a nível mundial, especialmente entre os desfavorecidos em países desenvolvidos e em desenvolvimento. A distribuição e severidade das doenças bucais variam em diferentes partes do mundo e dentro do mesmo país ou região. A cárie continua sendo o maior problema de saúde bucal nos países mais industrializados.

No Brasil, na área da saúde bucal, já houve quatro grandes levantamentos epidemiológicos de âmbito nacional realizados nos anos de 1986, 1996, 2003 e 2010. Este último, concluído em 2011, levantou dados primários das seguintes condições: cárie dentária, condição periodontal, traumatismo dentário, oclusão dentária, fluorose dentária, edentulismo (uso e necessidade de prótese), condição socioeconômica, utilização de serviços odontológicos e auto percepção de saúde bucal (BRASIL, 2012).

Em um estudo realizado por Leão et al. (2015), em adolescentes, a média de CPO-D foi de $5,49 \pm 3,33$, resultado semelhante ao obtido em nosso estudo. Na pesquisa de Albini et al. (2015), em adultos, o índice de CPO-D foi de $15,2 \pm 5,8$. No estudo de Jones e Fatti (2006), o índice de cárie diminuiu na África Sub-sahariana, Oriente médio e norte da África.

Ao analisar o índice de cárie por componente, vários estudos no continente africano apresentam o componente cariado como o mais prevalente, seguido pelo perdido e obturado (VAN WYK; VAN WYK, 2004; BOJOMO; RUDOLH, OGUNBODEDE, 2004). O presente estudo também apresentou o componente cárie como o mais prevalente. Entretanto, ressalta-se a importância de se realizar mais levantamentos epidemiológicos em países africanos, tendo em vista o número reduzido de pesquisas presentes na literatura.

Alguns países africanos, como África do Sul, Ghana e Nigéria, apresentam prevalência de cárie maior na região rural que na urbana. Considerando que os municípios estão expandindo e está ocorrendo êxodo rural, deve-se relevar o perfil da população que vive na periferia das cidades (região suburbana) (BRUCE et al., 2002; AKPATA, 2004; VAN WYK e VAN WYK 2004).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da metodologia empregada pode-se determinar o perfil socioeconômicos, demográfico, percepção e hábitos de higiene oral na saúde bucal dos acadêmicos recém-ingressos na Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira – UNILAB. Com isso, o nosso estudo torna-se de extrema importância para o planejamento de atividades de Educação em Saúde Bucal com o propósito de melhorar os resultados enfraquecidos encontrados na pesquisa, como: o conhecimento dos estudantes brasileiros e estrangeiros sobre as doenças bucais, a importância do uso do fio dental para os alunos internacionais e a visita periódica ao dentista.

A severidade de cárie dentária foi alta, constituindo-se em um grande problema de saúde pública na população do estudo. O índice de CPO-D dos estudantes internacionais foi muito alto comparando aos brasileiros.

As atividades de educação em saúde bucal nas universidades são ferramentas de motivação que conduzem ao aumento no nível de conhecimento dos estudantes, estando os mesmos intimamente relacionados com as mudanças de comportamentos de higiene bucal. Assim, o cuidado, enquanto preocupação com a vida, irradia-se e, simultaneamente, integra-se por todos os saberes que compõem o campo da saúde e estabelece fortes relações com o ambiente. Numa visão sistêmica em que múltiplos elementos interagem para produzir um resultado, o cuidado com a saúde bucal é compreendido como um dos componentes essenciais do sistema de cuidado integral com a saúde.

Conclui-se ainda que se faz necessário realizar mais pesquisas envolvendo os fatores socioeconômicos e saúde bucal dos estudantes da UNILAB, afim de instituir programas institucional de acompanhamento odontológico e educação continuada em saúde na UNILAB, bem como realizar um levantamento epidemiológico com um contingente maior principalmente de alunos internacionais, tendo em vista a diversidade sociocultural presente na universidade, o que poderá contribuir para a promoção de saúde além de levar as mudanças, quando necessárias, de atitudes e comportamentos em relação à saúde bucal.

REFERÊNCIAS

- ABEGG, C. Oral hygiene among Brazilian adults in an urban area of Southern Brazil. Department of Public Health, Federal University of Santa Catarina. Florianópolis, SC – Brazil. **Journal of Public Health**, v. 31, n. 6, p. 586-93, 1997.
- _____; AERTS, D. R. G. C.; DAVOGLIO, R. S. D.; FREDDO, L.; MONTEIRO, L. Factors associated with oral health habits and use of dental services by adolescents. **Magazine Public Health**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 655-667, mar, 2009.
- _____; LISBÔA, I. C. Oral hygiene habits and use of dental services by adolescents and adults in the Municipality of Canoas, Rio Grande do Sul State, Brazil. **Epidemiology and Health Services**, Brasília, v.15, n.4, dez. 2006.
- ALBANDAR, J.M.; RAMS, T. E. Global epidemiology of periodontal diseases: an overview. **Periodontology**. v. 2000, n.29, p. 7-10, 2002.
- ALBINI, M. B.; COUTO, A. C. A. F.; INVERNICI, M. S. M.; MARTINS, M. C.; LIMA, A. A. S.; GABARDO, M. C. L.; MACHADO, M. A. N. Sociodemographic profile and oral condition of drug users in two municipalities of the State of Paraná, Brazil. **Rev. odontol. UNESP** v.44, n.4, Araraquara July/Aug. 2015.
- ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. N. Popular education in primary care: in search of comprehensive health care. **Interface - Communication, Health and Education.**, v.8, n.15, p.259-74, mar/ago 2004.
- ALVES, M. U.; VOLSCHAN, B. C. G.; HAAS, N. A. T. Oral Health Education: Attended Awareness of Parents of Children in Clinical Two Universities Private Integrated. **Brazilian research Integrated Clinical Dentistry**, João Pessoa, v. 4, n. 1, p. 47-51, jan./abr. 2004.
- ALVES, J. E. D. **As Características dos domicílios brasileiros entre 1960 e 2000** / José Estáquio Diniz Alves. - Rio de Janeiro: Escola Nacional de Ciências Estatísticas, 2004.
- AKPATA, E. S. Oral health in Nigeria. **Int Dent J**. 2004.
- ANDERSEN, R.; NEWMAN, J. F. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. **Milbank Mem Fund Quar**; v 51, p. 95-124, 1973.
- ANDRADE, J. J. C. et al. **Acesso à atenção em Saúde Bucal nas áreas de abrangência do Programa Saúde da Família em Camaragibe**. Camaragibe, 2004. 32p. Monografia (Especialização em Saúde da Família). Faculdade de Ciência Médicas, Universidade Estadual de Pernambuco. 2004.

ANTUNES, J. L. F.; NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P.; RONCALLI, A. G. Dental caries in Brazil: decline, polarization, inequality and social exclusion. Ver. Panam Salud Publica/Pan Am **J Public Health** v. 19, n. 6, 2006.

AQUILANTE, A. G.; BASTOS, J. R. M.; SALES PERES, S. H. C.; LEAL, R. B.; HIGA, A. M. Análise do nível de educação odontológica dos pais/responsáveis de escolares da 3ª série do 1º grau e sua relação na motivação e educação odontológica de seus filhos. **Rev. Odontol. UNICID**, v. 14, n. 1, p. 25-34, jan./abr. 2002

ARENDORF, T. M.; BREDEKAMP, B.; CLOETE, C.A.; JOSHIPURA, K. Seasonal variation of acute necrotizing ulcerative gingivitis in South Africans. **Oral Disiases**, v. 7, p. 150-154, 2001.

BAELUM, V.; SCHEUTZ, F. Periodontal diseases in Africa. **Periodontology**. v. 2000, n. 29, p. 79-103, 2002.

BAELUM, V.; SCHEUTZ, F. **Periodontal diseases in Africa. Periodontology**. 2000, 29:79-103, 2002.

BAJOMO, A.; RUDOLPH, M.; OGUNBODEDE, E. O. Dental caries in six, 12 and 15 years old Venda Children In Southe Africa. **East Afr Med J**. 2004.

BARATA, R. B. Desigualdades sociais no acesso a serviços odontológicos. **Revista Saúde Pública**, v. 46, n. 2, p. 205-6, 2012.

BARMES, D.E.; ENWONWU, C.O.; LECLERCQ, M.H.; BOURGEOIS, D.; FALLDER, W.A. The need for action against oro-facial gangrene. **Tropical Medicine & International Health**, v. 2, p. 1111-1114, 1997.

BIAZEVIC, M. G. H. **Indicadores subjetivos em saúde bucal**: revisão sistemática. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2001.

BLAY, D.; ASTROM, A. N.; HAUGEJORDEN, O. Oral hygiene and sugar consumption among urban and rural adolescents in Ghana. **Community Dent Oral Epidemiol**, 2000.

BONDUKI, N. Habitation Politics and the social inclusion in Brazil: and orverview and new perspectives in the Lula Government. **Electronic Journal of Architecture and Urbanism**, 2008.

BOTTAN, E. R.; CAMPOS, L.; ODEBRECHT, C. M. L. R.; SILVEIRA, E. G.; SCHMITT, P.; ARAÚJO, S. M. Criteria adopted for the toothbrush choice: a study among consumers in Florianópolis, Santa Catarina (Brazil). **Rev Sul-Bras Odontol**. V. 7,Jun, n. 2, p. 173-81, 2010.

BRASIL 2010. **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília, Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011.

BRASIL. Ministério da Educação. **Lei nº 12.289, de 20 de julho de 2010**. Dispõe sobre a criação da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, p. 4, 21 jul. 2010.

_____. Ministério da Educação. **Lei das Cotas nas Universidades (Lei nº 12.711/2012)**. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cotas/perguntas-frequentes.html>. Acessado em 21.06.2016

BRASIL. Departamento de Atenção Básica. **Brasil sorridente**. Ministério da Saúde. Brasília, 2013. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php?conteudo=faq. Acessado em: 07.05. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica – Saúde Bucal**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Lei Nº 8.080 – Lei Orgânica da Saúde de 19 de setembro de 1990**, Diário Oficial da União: Brasília, 20 de setembro de 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Manual da Equipe de Campo – SB Brasil 2010**. Brasília, DF, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília, DF, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, n.12, p.59, 13 jun. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Projeto SB Brasil 2003** – Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília: MS-CNSB, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. 2004. Disponível em: www.saude.gov.br/bucal, Acessado em 20.02.2016.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde**. Portal Brasil. 2015. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2015/06/71-dos-brasileiros-tem-os-servicos-publicos-de-saude-como-referencia>. Acessado em: 10.05.2016.

_____. Supremo Tribunal Federal (STF). **Constituição Federal (Artigos 196 a 200)**. A Constituição e o Supremo [recurso eletrônico] / Supremo Tribunal Federal. – 4. ed. – Brasília: Secretaria de Documentação, 2011.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Rev. ciência e saúde coletiva**, ed. 5, v. 1, p. 163-177, 2000.

BRYAN, L.; CONWAY, M.; KEESMAAT, T.; MCKENNA, S.; RICHARDSON, B. Saúde Pública: um diagnóstico da saúde africana. **Mckinsey Quartely**. 2013.

BRUCE, I.; MAXWELL, E.; NDANU, A.; NDANU, T. Oral Health status of peri-urban schoolchildren in Acra, Ghana. **Int Dent J**. 2002.

BUGNO, A.; NICOLETTI, M. A.; ALMODÓVAR, A. A. B.; PEREIRA, T. C.; AURICCHIO, M. T. **Enxaguatórios bucais**: avaliação da eficácia antimicrobiana de produtos comercialmente disponíveis. **Rev Inst Adolfo Lutz**.; ed. 65, v. 1, p. 40-45. 2006

CARDOSO, L. Polarização da cárie em município sem água fluoretada. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, ed. 19, v. 1, p. 237-243, jan/fev, 2013.

_____; ROSING, C.K.; KRAMER, P.F. Doença periodontal em crianças: levantamento epidemiológico através dos índices de placa visível e de sangramento gengival. **Jornal Brasileiro de Odontopediatria e Odontologia do Bebê**, ed. 3, v. 11, p. 55-61, jan/fev, 2000.

CARRANZA, F. A.; NEWMAN, M. G. **Periodontia Clínica**. Rio de Janeiro: Ganabara Koogan, ed. 8, 1996.

CLEATON-JONES, P.; FATTI, P. Dental caries trends in Africa. **Community Dentistry Oral Epidemiology**., ed. 27, p. 316-320, 1999.

COSTA, A. H. C.; **Avaliação das Condições bucais e antropométricas em adolescentes soropositivos entre 12 a 19 anos de idade, atendidos no Hospital Central de Maputo-Moçambique**. Bauru, 2013.

COSTA, M. F. L.; MATOS, D. L. Self-rated oral health among Brazilian adults and older adults in Southeast Brazil: results from the SB-Brazil Project, 2003. **Journal of Public Health**, Rio de Janeiro, ed. 22, v. 8, p. 1699-1707, ago, 2006.

CORBACHO, M. M.; SOUZA, F.A.; ROCHA, M. C. B. S.; CANGUSSU, M. C. T.; ALVES, A. A. N. Percepção da saúde bucal: Uma análise de famílias participantes do programa de saúde. Universidade Federal da Bahia, Salvador-BA. **Rev Fac Odontol**, 2001.

COUTINHO, T.C.L.; AMARAL, M. A T. Gingivitis prevalence in children. **R.G.O.**, ed. 45, v. 3, p. 170-174, maio/jun. 1997.

COMISSÃO SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **Fechando a lacuna em uma geração**: igualdade na saúde através da ação sobre os determinantes sociais da saúde. Genebra, Suíça: Organização Mundial de Saúde; O Determinantes Sociais da Saúde: monitorização, investigação e formação; p. 177-193. 2008.

DAWES C. Factors influencing salivary flow rate and composition. In: Saliva and Oral Health. M. Edgar, C. Dawes, and D. O'Mullane, Eds., 3rd edition. **British Dental Association**, 2004.

DAVOGLIO, R. S.; CASTRO AERTS, D. R.L G.; ABEGG, C.; FREDDO, S. L.; LISIANE, M. Fatores associados a hábitos de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos entre adolescentes. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, ed. 25, vol. 3, p.655-667, mar, 2009.

DULIN, M. F.; TAPP, H.; SMITH, H. A.; HERNANDEZ, B. U.; COFFMAN, M. J.; LUDDEN, T.; SORENSEN, J.; FURUETH, O. J. A trans-disciplinary approach to the evaluation of social determinants of health in a hispanic population. **BMC Public Health**, v. 12, p. 769. 2012.

ENWONWU, C. O.; FALKLER, W. A.; JR IDIGBE, E. O. Oro-facial gangrene (noma/cancrum oris): pathogenic mechanisms. **Critical Reviews in Oral Biology & Medicine**, v. 11, p. 159-171, 2000.

_____. PHILLIPS, R. S.; IBRAHIM, C.D.; DANFILLO, I. S. Nutrition and oral health in Africa. **International Dental Journal**, v. 54, p. 344-351, 2004.

FERNANDES, L. S.; PERES, M. A. Association between primary dental care and municipal socioeconomic indicators. **Journal of Public Health**, ed. 39, v. 6, p 930-6, São Paulo, 2005.

FERREIRA, E. F.; MATOS, F.; PALMIER, A. C.; VASCONCELOS, M. **Módulo saúde bucal no contexto da atenção básica à saúde – saúde do adulto**. Nescon UFMG, Belo Horizonte. Coopmed, 2008.

FIGUEIREDO, A. B. G.; AZOUBEL, I. M.; CAVALCANTE, N. L.; GUSMÃO, E. S.; CIMÕES, R. Assessment of probable loss for dental periodontal disease. **International Journal of Dentistry**, v. 3, n. 1, p. 297-302, 2004.

FONTANA, M.; ZERO, D. T. Assessing patients' caries risk. **J Am Dent Association**, 2006.

FRANDBSEN, A. **Mechanical oral hygiene practices: state-of-the-science-review**. In: LÖE, H.; KLEINMAN, D.V. Dental plaque control measures and oral hygiene practices. Oxford, IRL, p.93-116, 1986.

_____. MARTINS, A. B.; SANTOS, C. R.; MARTINS, N. O.; FILIZZOLA, E. M.; JORDÃO, L. M. R.; NUNES, M. F. Oral health status, behaviours, self-perception and associated impacts among university students living in student residences. **Rev Odontol UNESP**. May-June; v. 41, n. 3, p. 185-191, 2012.

_____. SHEIHAM, A.; BINO, Y. A. Oral hygiene habits and socioeconomic factors in adolescents. **Rev Bras Epidemiol.**, v. 10, n. 4, p. 606-614, 2007.

GRANVILLE-GARCIA. A. F.; CAVALCANTI, A. L.; LORENA SOBRINHO, E.; ARAÚJO, J. C; MENEZES, V. A; BARBOSA, A. M. F. Importância da Saúde bucal: um enfoque em adolescentes de Vitória de Santo Antão –PE. **Cad. Saúde Coletiva**, 2009.

HADDAD N. **Metodologia de estudos em ciências da saúde**. ed. 1, Sao Paulo: Roca; 2004.

HART, T. C.; KORNMAN, K. S. Genetic factors in the pathogenesis of periodontitis. **Periodontology**. ed. 2000, v.14, p. 202-15, 1997.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2015. Portal Brasil. **Cidadania e justiça**. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2015/03/mulheres-sao-maioria-da-populacao-e-ocupam-mais-espaco-no-mercado-de-trabalho>. Acessado em 20.02.2016.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2015. Censo demográfico. **Acarape**. Disponível <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/default.shtm>, acessado em: 13.04.2016

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2015. Censo demográfico. **Redenção**. Disponível <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/default.shtm>, acessado em: 13.04.2016

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Educação**. Disponível em: <http://brasilemsintese.ibge.gov.br/educacao.html>. Acessado em: 03.05.2016.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínuo (2015). **Economia**. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística–IBGE. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pnad_continua/default.shtm. Acessado em: 13.05.2016.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Volume 1. Rio de Janeiro, 2014.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Desigualdade de renda no Brasil: uma análise da queda recente / organizadores: Ricardo Paes de Barros, Miguel Nathan Foguel, Gabriel Ulyssea**. – Brasília: Ipea, 2 v. 2006.

_____. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (2013). **Escolaridade média do brasileiro**. Disponível em:
http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=20012.
 Acessado em: 13.05.2016.

_____. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Retrato das desigualdades de gênero e raça / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. ed. 4ª - Brasília: Ipea, 39 p. 2011.

IPECE. Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE). **Perfil básico municipal 2013 Acarape** – Fortaleza, Ceará, 2013.

JAHN, M. R.; JAHN, R. S. Fique atento: criança também tem gengivite. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**, v. 51, n. 4, p. 355-358, jul/ago. 1997.

JONES, P. C.; FATTI, P. Dental caries trends in 5 to 6 year old and 11 to 13 year old children in three UNICEF desingnated regions, Sub Sahara Africa, Middle East and North Africa, Latin America an Caribbean: 1770-2006. **Int Dent J**. v. 56, p. 294-300, 2006.

KAIMENYI, J. T. Demography and seasonal variation of acute necrotizing gingivitis in Nairobi, Kenya. **International Dental Journal**, v. 49, p. 347-351, 1999.

KETABI, M.; TAZHIBI, M.; MOHEBRASOOL, S. The Prevalance and Risk Factors of Gingivitis Among the Children Referred to Isfahan Islamic Azad University (Khorasgan Branch), Dental School, In Iran. **Dental Research Journal**, v. 3, n. 1, p. 1-4, 2006.

KEYNES, P. H. Present and Future Measures for Dental Caries Control. **J Am Dent Association**, 1960.

KLEIN, H.; PALMER, C. E. Dental caries in american indian children. **Public Health Bulletin**, V. 239. Washington, GPO. 1937.

KOTZER, R. D.; LAWRENCE, H. P. CLOVIS, J. B.; MATTHEWS, D. C. ORAL health-related quality of life in an aging canadian population. **Health Qual Life Outcomes**, v. 10, n.1, p. 50-62, 2012.

LANGA, F. J. L. **Atlas do perfil habitacional de Moçambique (1997 a 2007), uma abordagem do SIG**. Instituto Superior de Estatística e Gestão de informação. Universidade Nova de Lisboa. Junho, 2010.

LAURIS, J. R. P. **Cárie dentária em crianças de 12 anos no Brasil**: estudo retrospectivo dos levantamentos epidemiológicos. Tese apresentada à Faculdade de Bauru. Bauru 2015.

LEÃO, M. M.; GARBIN, C. A. S.; MOIMAZ, S. A. S.; ROVIDA, T. A. S. Oral health and quality of life: an epidemiological survey of adolescents from settlement in Pontal do Paranapanema/SP, Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n. 11, p. 3365-3374, 2015.

LEITE, F.; CORREIA, A. Quality evaluation of websites with information on childhood dental caries in portuguese language. **Magazine Science and Dentistry**. Porto Alegre. vol. 26, no. 2, 2011.

LEE, J. W. **Public health is a social issue**. *Lancet*. v. 365, n. 9464, p. 6-1005. 2005.

LIND, A. **Reflections on Gender Equality and National Adult Basic Education Programmes**. Seminarian “Beyond Access: Developing Gender Equality in Adult Education”, 29th of June 2004, University of East Anglia, Norwich, UK. 2004.

LOCKER, D.; ALLEN, F. What do measures of oral health-related quality of life measure?. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 35, n. 6, p. 401-411, 2007.

_____. GIBSON, B. Discrepancies between self-ratings of and satisfaction with oral health in two older populations. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 33, n. 4, p. 280-288, ago. 2005.

MACIEL, S. M. **Saúde bucal infantil**: a participação da mãe. Tese de Doutorado. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 1994.

MANJI, F.; FEJERSKOV, O. Dental caries in developing countries in relation to the appropriate use of fluoride. **J Dent Res.**, n. 69, p. 733-741, 1990.

MARMOT, M. **Economic and Social determinants of disease Bulletin of the World Health Organization**, v. 79, n. 10, p. 988 -989. 2001.

_____. **Social determinants of health inequalities**. *Lancet*. v. 365, p. 1099–1104. 2005.

_____. WILKINSON, R. **Social Determinants of Health**. ed. 2. Oxford: Oxford University Press; 1998.

MÁRIO, M.; NANDJA, D. **A Alfabetização em Moçambique: Desafios da Educação Para Todos**. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), 2006.

MARTINS, E. S. **A saúde bucal do adulto**: uma proposição de plano de ação na atenção à saúde bucal do adulto no município de Augusto de Lima/MG. Núcleo de educação em saúde coletiva da Faculdade de medicina da UFMG – Nescon. Minas Gerais, 2010.

- MARTIN, V. B.; ANGELO M. A organização familiar para o cuidado dos filhos: percepção das mães em uma comunidade de baixa renda. **Rev Latino-Am Enfermagem**; v. 7, n. 4, p 89-95, 1999
- MAROCCHIO, L. S.; CONCEIÇÃO, M. D.; TÁRZIA, O. Tongue coating removal: comparison of the efficiency of three techniques. **RGO**, Porto Alegre, v. 54, n. 4. P. 443-448, out/dez, 2009.
- MATOS, D.L.; LIMA-COSTA, M.F.; GUERRA, H.L.; MARCENES, W. Projeto Bambuí: estudo de base populacional dos fatores associados com o uso regular de serviços odontológicos em adultos. **Cad Saúde Pública**, 2001.
- MATOS, M. S.; MONTEIRO, L. S.; BOMFIM, R. T.; MATOS, R. S. Hábitos de Higiene Bucal e Dieta de Adolescentes de Escolas Públicas e Privadas em Salvador, Bahia. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 13, n. 2, p. 7-14, 2009.
- MCGRATH, C.; BEDI, R. A national study of the importance of oral health to life quality to inform scales of oral health related quality of life. **Qual Life Res**, v. 13, n. 4, p. 813-818, mai. 2004.
- MELLO, A. L. S. F.; ERDMANN, A. L. **Revelando contradições e incorporando melhores práticas no cuidado à saúde bucal de idoso**. **PHYSIS: Rev Saúde Coletiva**. v. 17, n. 1, p. 56-139, jan/abr, 2007.
- MIOTTO, M. H. M. B.; ALMEIDA, C. S.; BARCELLOS, L. A. **The impact of oral conditions in the quality of life of municipal civil servants**. **Science and Public health**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 9, p. 3931-3940, set. 2014.
- _____. BARCELLOS, L. A.; VELTEN, D. B. Evaluation of the impact on quality of life caused by oral health problems in adults and the elderly in a southeastern Brazilian city. **Science and Public health**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 397-406, fev. 2012.
- MENDES, A. C. **Prevalência de doenças periodontais em amostra populacional da província de Maputo, Moçambique**. Bauru, 2013.
- NADANOVSKY, P.; PINTO, V.G. **Promoção da Saúde e a Prevenção das Doenças Bucais**. In: PINTO, V.G. Saúde bucal coletiva. 5. ed. São Paulo: Santos, 2008.
- NARVAI, P. C. **Saúde bucal e incapacidade bucal**. *Jornal Site Odonto*, 2001. Disponível em: <http://www.jornaldosite.com.br/>. Acessado em 21.04.2015.
- NEWBRUN, E. **Cariologia**. São Paulo: Santos, 1988.
- _____. **Cariology**. Baltimore: Williams & Wilkins, p. 326, 1978.

NITHILA, A.; BOURGEOIS, D.; BARMES DE MURTOMMA, H.; WHO Global oral data bank, 1986-96: an overview of oral health surveys at 12 years of age. **Bull World Health Organ.** v. 76, n. 3, p. 237-44, 1998.

OLIVEIRA, M. S.; ARTMANN, E. Regionalization of health services: challenges for the Angolan case. **Journal of Public Health**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 751-760, abr, 2009.

OMS. Organização Mundial da Saúde, 1947. **Definição de saúde.** In: Revista de saúde pública. v. 33, n. 2, p. 198-205, 1999.

_____. Organização Mundial da Saúde. **Carta Magna.** 7 de abril, 1947.

_____. Organização Mundial da Saúde. **Relatório de Saúde na Região Africano.** Relatório Regional Africano da Saúde novo Relatório da OMS conclui que África está a Desenvolver soluções para o combate às Doenças e para a Melhoria da Saúde. 2015.

PARPA. República de Moçambique. **Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta**, PARPA (2000-2004), Ministério do Plano e Finanças. Maputo: QuartoPress. 2001.

PALMIER, A. C.; FERREIRA, E. F.; MATTOS, F.; VASCONCELOS, M. **Saúde Bucal:** aspectos básicos e atenção ao Adulto. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.

PERES, M. A. A.; ROSA, A. G. F. As causas da queda da cárie. **Revista Gaúcha Odontologia**, v. 43, n. 3, p. 4-160-, 1995.

PERES, K. G. A.; BASTOS, J. R. M.; LATORRE, M. R. D. O. Severidade de cárie em crianças e relação com aspectos sociais e comportamentais. **Rev Saúde Publ.** 2000.

PERES, M. A.; BARROS, A. J.; PERES, K. G.; ARAÚJO, C. L. P.; MENEZES, A. M. B. Life course dental caries determinants and predictors in children aged 12 years: a population based birth cohort. **Community Dental Oral Epidemiol.** 2009.

PETERSEN, P. E. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 31, n. 1, p. 3-23, dez. 2003.

_____. Improvement of oral health in Africa in the 21st century: the role of the WHO Global Oral Health Program. **African Journal of Oral Health**, v. 1, n. 1, p. 2-16, 2004.

PETRY P. C.; PRETTO, S.M. **Promoção de saúde bucal.** São Paulo: Artes Médicas; 1999.

PHILIPPUS J. V. W.; CANDICE, V. W. Oral health in South Africa. **International Dental Journal**, v. 54, p. 373–377, 2004.

PINTO, V. G. **Saúde Bucal Coletiva.** 4^a ed. Brasil, 2008.

PNAD. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Síntese de indicadores**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Rio de Janeiro, 2013.

RAPHAEL, D. Social determinants of health: present status, unanswered questions, and future directions. **Int J Health Serv.** v. 36, n. 4, p. 651–677. 2006.

RAMACCIATO, J. C. **Atividade antimicrobiana de soluções à base de alho (*Allium sativum*), óleo de melaleuca (*melaleuca alternifolia*) e clorexidina sobre microorganismos totais e estreptococos do grupo mutans**. Estudo in vivo. Dissertação (mestrado) - Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Mestrado em Odontologia, Farmacologia, Anestesiologia, e Terapêutica, Piracicaba, 2000.

ROJAS, F. J. E.; SANTOS-ALEMANY, A. Colutorios para el control de placa y gingivitis basados en la evidencia científica. **RCOE**, v. 10, n. 4, p. 445-452, 2005.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1989.

SAMPAIO, R. M. A.; SANTOS, E. A.; SOUZA, R. M. **Gênero, raça e diversidade na escola: a auto-afirmação da identidade**. 10 Seminário Internacional Fazendo Gênero, Florianópolis, 2013.

SANTOS, C. N. S.; ALVES, T. D. B.; FREITAS, V, S. A saúde bucal de adolescentes: aspectos de higiene, de cárie dentária e doença periodontal nas cidades de Recife, Pernambuco e Feira de Santana, Bahia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 5, p. 1155-1166, 2007.

SANTOS, P. S. S.; MARIANO, M.; KALLAS, M. S.; VILELA, M. C. N. Impact of tongue biofilm removal on mechanically ventilated patients. **Rev Bras Ter Intensiva**. v. 25, n. 1, p. 44-48, 2013.

SANTOS, P. A.; RODRIGUES, J. A. GARCIA, P. P. N. S. **Avaliação do conhecimento dos professores do ensino fundamental de escolas particulares sobre saúde bucal**. Departamento de Odontologia Social – Faculdade de Odontologia – UNESP – 14801-903 – Araraquara – SP. *Rev. Odontol. UNESP, São Paulo*, v. 31, n. 2, p 205-214, 2002.

STEWART, J. E.; WOLFE, G. R. The retention of newlyacquired brushing and flossing skills. **J Clin Periodontol.** v. 16, p. 331-2. 1989.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Quality of life and health: conceptual and methodological issues. **Journal of Public Health**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p.580-588, mar/abr, 2004.

SEEMANN, R.; KISON, A.; BIZHANG, M.; ZIMMER, S. Effectives of mechanical tongue cleaning on oral levels of volatile sulfur compounds. **J Am Dent Assoc.** v. 132, n. 9, p. 1263-7, 2001.

_____. **The epidemiology, etiology, and public health aspects of periodontal disease.** In: GRANT, D. A.; STERN, I. B.; LISTGARTEN, M. A. Periodontics in the tradition of Gottlieb and Orban. LOUIS, S. T.; MOSBY, C.V. p.216-51, 1988.

_____. Changing trends in dental caries. **Int J Epidemiol.** v. 13, p. 142-7, 1984.

SILVA, R. H. A.; CASTRO, R. F. M.; BASTOS, J. R. M.; CAMARGO, L. M. A. Analysis of different cultural aspects regarding oral health care in citizens of the rural riverside region in Rondônia State, Brazil. **Science and Public Health**, v. 15, n. 1, p. 1475-1480, 2010.

SILVA, G. M. D. Ações afirmativas no Brasil e na África do Sul. **Revista Tempo Social de Sociologia**, Universidade de São Paulo, v. 18, n. 2, novembro, 2006.

SOLAR, O.; IRWIN, A. **Rumo a um Modelo Conceitual para Análise e Ação sobre os Determinantes Sociais de Saúde.** Comissão de Determinantes Sociais de Saúde (CDSS). Organização Mundial de Saúde, Genebra. 2005.

SOUSA, E. M.; MENEGHIM, M. C.; PEREIRA A. C. Health Promotion: a strategy to reinforce oral health practices. **RFO**, v. 12, n. 2, p. 20-26, mai/ago. 2007.

_____; LAGO, S.B. Educação para a saúde na terceira idade: relato de experiência. **Revista Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 4, n. 1, p. 125-33, 2002.

STRONKS, K; GUNNING-SCHEPERS, L. Should equity in health be target number 1?. **European Journal of Public Health.** v. 3, p. 104-111, 1993.

STEYN, N.P.; MYBURGH, N.G.; NEL, J.H. Evidence to support a food-based dietary guideline on sugar consumption in South Africa. **Bull WHO**, v. 81, p. 599-608, 2002.

TENUTA L. M. A.; CURY, J. A. **Fluoreto: da ciência à prática clínica.** In: Assed S. (Org.). Bases científicas para a prática clínica. São Paulo: Artes Médicas, 2005.

THYLSTRUP, A.; FEJERSKOV, O. **Cariologia Clínica.** ed. 2. São Paulo: Santos, 2001.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. **Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde.** **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, p.190-198, 2004.

UCHÔA, E; VIDAL, J. M. Medical Anthropology: Conceptual and Methodological Elements for an Approach to Health and Disease. **Cad Governm Health**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 497-504, oct/dec 1994.

UNILAB. Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira. **Lei no. 12.289, de 20 de julho de 2010.** Dispõe sobre a criação da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira – UNILAB e dá outras providências. 2010.

_____. Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira. **Número de alunos**. Disponível em: <http://www.unilab.edu.br/unilab-em-numeros/>. Acesso em 16 de junho de 2015.

_____. Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira. Diretoria de Registro e Controle Acadêmico – DRCA. **Unilab em números**. Disponível em: <http://www.unilab.edu.br/unilab-em-numeros/>. Acessado em: 05.04.2016

UITENBROEK, D. G.; KEREKOVSKA, A.; FESTCHIEVA, N. Health lifestyle behaviour and socio-demographic characteristics. A study of Varna, Glasgow and Edinburgh. **Soc Sci Med**. v. 43, p. 367-77, 1996.

UNFER, B.; SALIBA, O. **Evaluate of popular knowledge and everyday practices in oral health**. Public Health Magazine. v. 34, n. 2, p. 190-5, 2000.

VAN WYK, P. J.; VAN WYK, C. Oral health in South Africa. **International Dental Journal**. 2004.

VERENNE, B.; PETERSEN, P. E. Oral health behavior of children and adults in urban and rural areas of Burkina Faso, Africa. **International Dental Journal**. 2006.

_____. PETERSEN, P. E.; OUATTARA, S. Oral health behaviour of children and adults in urban and rural areas of Burkina Faso, Africa. **International Dental Journal** v. 56, n. 2, 2006.

VIEIRA, T. R.; PÉRET, A.C.A.; PÉRET, F.L.A. Periodontal problems associated with systemic diseases in children and adolescents. **Paulista Journal of Pediatrics**, v. 28, n. 2, p. 237-43, 2010.

WILKINSON, R.; MARMOT, M. **The Social Determinants of Health**. The Solid Facts. Geneva: WHO; 1998.

WHO. World Health Organization. **Declaration on occupational health for all**. Beijing, China, October, 1994.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Caro (a) Senhor (a):

Eu, **Cosmo Helder Ferreira da Silva**, RG. nº 2006009221948, SSPDS-CE, cirurgião-dentista, estou realizando uma pesquisa na Unidade Básica de Saúde Canto Galo do município de Acarape-CE, sob a orientação do **Prof. Dr. Daniel Freire de Sousa**, farmacêutico e docente da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (Unilab), e co-orientação da **Profa. Dra. Ana Caroline Rocha de Melo Leite**, cirurgiã-dentista e docente da referida universidade, intitulada **“FATORES BIO-SOCIOECONÔMICOS E CULTURAIS ASSOCIADOS À SAÚDE BUCAL DOS ACADÊMICOS DA UNILAB”**. A pesquisa tem como finalidade estudar a influência dos fatores biológicos (do organismo, do corpo), sociais (da sociedade), econômicos (do dinheiro) e culturais (do povo, da raça) na saúde bucal (boca) de estudantes, como você, recém-ingressos na Unilab. Ela busca ainda avaliar a influência dos seus hábitos (costumes) alimentares (o que você costuma comer) e de higiene bucal (o que você costuma usar para a limpeza da sua boca) na sua saúde oral (boca).

Espera-se, com essa pesquisa: -conhecer os aspectos sócio-econômico-demográficos (da população) e culturais dos estudantes brasileiros e estrangeiros da Unilab; -determinar o estado de saúde bucal desses estudantes e conhecer as suas doenças bucais; -conhecer os hábitos alimentares e de higiene bucal e a influência deles na saúde oral desses estudantes; -comparar o estado de saúde bucal dos estudantes-avaliar a influência das mudanças sócio-econômico-demográficas e culturais, causadas pela convivência na Unilab e em outra cidade/país, sobre a saúde bucal;-

Para isso, será pedido que você responda um questionário contendo perguntas objetivas (de marcar com um X). Essas envolverão os seguintes aspectos: -biológicos; -demográficos; -sociais; -culturais; -econômicos; -hábitos alimentares; -hábitos e meios utilizados (o que utiliza) para a higiene bucal; -acesso aos serviços (atendimento) de saúde bucal. Em seguida, você será realizado por mim o exame de cariados, perdidos e obturados (CPOD). Será agendada uma reunião com os estudantes convidados que deverão receber as orientações e as explicações sobre higiene oral.

Essa pesquisa não trará desconfortos (aflições) ou riscos (perigos) esperados para você no aspecto físico (corpo), moral (princípios, regras), intelectual (inteligência), social (sociedade, comunidade), psíquico (mente), cultural (costumes) ou espiritual (alma); nem em curto, nem em longo prazo. Os desconfortos e riscos serão mínimos, já que apenas os pesquisadores do projeto terão acesso às respostas do seu questionário e aos resultados dos seus exames dos dentes.

Caso ocorra alguma complicação durante a pesquisa, eu farei o que for necessário para resolvê-la. No caso de você sentir algum desconforto em casa, peço a você que entre em contato comigo o mais rápido possível, pelo telefone (88) 9945-5500. Caso você apresente algum dano (prejuízo) moral e ou físico, você receberá todo o apoio dos profissionais necessário para diminuir esses danos, incluindo o reembolso do profissional que tenha colaborado para aliviar esse dano. As complicações e desconfortos podem ser: dor, sangramento, hematoma (área de descoloração da pele que ocorre quando pequenos vasos sanguíneos se rompem e há um vazamento do seu conteúdo para o tecido mole abaixo da pele), trismo (impossibilidade de abrir a boca completamente).

A sua colaboração nessa pesquisa poderá ajudar a ampliar (aumentar) as informações sobre as condições de saúde bucal de diferentes nacionalidades, a conhecer a influência dos fatores bio-socioeconômicos, culturais e dos hábitos alimentares e de higiene oral sobre a saúde oral e a integrar (unir) os estudantes de diferentes nacionalidades e cursos da UNILAB. Essa participação poderá colaborar ainda para a disseminação (divulgação) da promoção e da prevenção da saúde bucal entre os demais acadêmicos.

Informa-se ainda, que:

- ✓ Você tem o direito de não participar dessa pesquisa;
- ✓ O seu nome nem qualquer outra informação que possa identificá-lo (a) serão divulgados;

- ✓ Mesmo que você, tendo aceitado participar dessa pesquisa, se por qualquer motivo, durante o andamento da pesquisa, resolver desistir, você tem toda a liberdade para retirar a sua participação (sair do estudo);
- ✓ A sua colaboração e participação poderão trazer benefícios (melhorias) para a assistência (atendimento) prestada aos estudantes da Unilab;
- ✓ Essa pesquisa apresenta riscos (perigos) mínimos aos participantes, a saber: - constrangimento (aflição) social, particularmente se considerado o preconceito associado à participação em pesquisas; - constrangimento cultural, pela exposição das crenças, costumes e hábitos relacionados ao cuidado da saúde bucal. Entretanto, esses possíveis riscos serão diminuídos pelo projeto ao garantir a confidencialidade (segredo), privacidade (vida particular) e proteção da imagem dos participantes, além de permitir o acesso às respostas do questionário e aos resultados dos exames apenas pela equipe da pesquisa;
- ✓ Não haverá nenhum gasto para você;
- ✓ Você não será recompensado (a) financeiramente pela sua participação na pesquisa (não receberá dinheiro pela sua participação no projeto);
- ✓ A qualquer momento, você poderá ter acesso aos dados (informações) dessa pesquisa;
- ✓ Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para o esclarecimento de dúvidas inesperadas;
- ✓ Eu, **Cosmo Helder Ferreira da Silva**, estarei disponível para qualquer outro esclarecimento pelo telefone: (88) 9945-5500 ou pelo e-mail: helderferreira_18@yahoo.com.br, O **Daniel Freire de Sousa** poderá ser contatado no Instituto de Ciências da Saúde da Unilab – Campus dos Palmares – Rodovia CE 060 – km 51 – CEP 62.785-000 – Acarape – CE, pelo telefone (85) 3332-1414 e pelo e-mail Daniel@unilab.edu.br. A **Ana Caroline Rocha de Melo Leite** estará disponível no Instituto de Ciências da Saúde da Unilab – Campus dos Palmares – Rodovia CE 060 – km 51 – CEP 62.785-000 – Acarape – CE, pelo telefone (85) 3332-1414 e pelo e-mail acarolmelo@unilab.edu.br;
- ✓ Você tem o direito de ser mantido (a) atualizado (a) sobre os resultados parciais dessa pesquisa;
- ✓ Os resultados obtidos serão apresentados aos alunos, aos professores e pesquisadores, respeitando a sua identidade;
- ✓ Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Unilab - Campos da Liberdade, localizado à Avenida da Abolição, 3 - Centro - Redenção - CE - CEP- 62.790-000. Fone: (85) 3332-1387. E-mail: cpq@unilab.edu.br.

Eu, _____, acredito ter sido suficientemente informado (a) a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim sobre o estudo acima. Ficaram claros para mim quais são os propósitos (objetivos) do estudo, os procedimentos (métodos) a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade (sigilo) e de esclarecimentos (explicações) permanentes. Ficou claro também que a minha participação é isenta (livre) de despesas. Concordo em participar voluntariamente desse estudo e que poderei retirar o consentimento (permissão) a qualquer momento, antes ou durante a pesquisa, sem penalidades (punição) ou prejuízo no meu processo de aprendizagem na Unilab.

Acarape, dede 20.....

Data ____ / ____ / ____

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

Dr. Cosmo Helder Ferreira da Silva
Cirurgião-dentista CRO-CE: 7307

Data ____ / ____ / ____

APÊNDICE B – Questionário

QUESTIONÁRIO DE PESQUISA SOBRE FATORES BIO-SOCIOECONÔMICOS, DEMOGRÁFICOS, CULTURAIS E SAÚDE BUCAL DOS ACADÊMICOS RECÉM- INGRESSOS NA UNILAB

Nome - _____ Data - ___/___/_____

Você está sendo convidado (a) a responder esse questionário que contém perguntas sobre a sua saúde oral (saúde da boca). Por favor, responda os itens abaixo, marcando com um “X” a resposta.

SEÇÃO 01 - Fatores bio-socioeconômicos, demográficos e culturais:

1 - Sexo:

Masculino Feminino

2 – Raça/cor:

Branco Negro Amarelo Pardo outros _____

4 - Idade: _____

5 - Qual a sua nacionalidade (País de origem)?

Angola Brasil Cabo Verde Guiné-Bissau Moçambique São Tomé e Príncipe Timor Leste Macau Outro. Especificar _____

6 – Qual o seu curso de graduação na UNILAB?

Administração Pública Agronomia Bacharelado em Humanidades Ciências da Natureza e Matemática Enfermagem Engenharia de Energias Letras – Língua Portuguesa

7 Qual o grau de escolaridade de seu pai?

Não alfabetizado Ensino fundamental Ensino médio Ensino superior

8 Qual o grau de escolaridade de sua mãe?

Não alfabetizado Ensino fundamental Ensino médio Ensino superior

10 A casa da sua família está localizada em?

Zona rural. Zona urbana Comunidade indígena. Comunidade quilombola.

11 – Qual é a renda da sua família:

Em reais. Especificar: R\$ _____

12 – Você trabalha/ocupação? Sim Não

SEÇÃO 02 – Hábitos alimentares e saúde bucal

1) Como você considera sua higiene bucal?

Muito boa Boa Ruim Muito ruim Não sei

2) Foi ao dentista no último ano?

Sim Não

3) Quantas vezes você escova seus dentes ao dia?

1 vez 2 vezes 3 vezes Mais de 3 vezes

4) Você sabe o que é fio dental?

Conhece Desconhece

5) Você utiliza o fio dental? Sim Não Às vezes

6) Você limpa a língua durante a escovação? Sim Não

7) No seu país existem serviços de odontologia públicos? Sim Não

8) No seu país existem serviços de odontologia privado? Sim Não

9) Que tipo de serviços odontológicos você utiliza no seu país?

Serviço Público Serviço Privado

10) Você conhece a cárie dentária e doença periodontal, principais doenças que acometem (atingem) a boca? Sim Não

11) Você já fez algum tratamento dentário? Sim Não

APÊNDICE C – Ficha odontológica para exame de CPO-D

NOME:

DN.: _____ IDADE: _____ () Masculino () Feminino

_____/_____/_____

ENDEREÇO: _____ FONE: _____

DATA DO 1º ATENDIMENTO: ____/____/____ NATURALIDADE: _____

CURSO: _____ P.A: _____

QUEIXA PRINCIPAL:

ANAMNESE	Sim	Não
1) Momento está sob tratamento médico? Se está, por quê? _____		
2) Está tomando alguma medicação no momento? Em caso de afirmativo, qual? _____		
3) Já foi operado alguma vez? Em caso afirmativo, de quê? _____		
4) Sabe de algum caso de diabetes, tuberculose, hipertensão ou câncer na família? Em caso afirmativo, qual o grau de parentesco? _____		
5) Já tomou anestesia local para tratar ou extrair dentes? Em caso afirmativo, sentiu alguma reação não-usual? _____		
6) Alguma vez tomou penicilina ou outro antibiótico? Em caso afirmativo, teve alguma reação? _____		
7) Tem alergia a algum medicamento? Se sim, qual? _____		
8) Tem algum problema no coração? Em caso afirmativo, qual? _____		
9) Sangra muito quando extrai um dente?		
10) Está grávida no momento? Em caso positivo, sabe quantos meses? _____		
11) Tem algum outro problema que julgue importante? Em caso afirmativo, qual? _____		

Eu, _____, conforme a veracidade de todas as informações relatadas, autorizo a realização do tratamento odontológico.

Acarape, ____ de _____ de 20 ____

Assinatura do paciente ou responsável

CPO-D

	➔			55	54	53	52	51		61	62	63	64	65	➔			
	18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28	
Coroa																		
Raiz																		
Trat.																		
	48	47	46	85	84	83	82	81		71	72	73	74	75				
Coroa																		
Raiz																		
Trat.																		
										31	32	33	34	35	36	37	38	

Total de dentes: _____

CPO-D: _____

Código		Condição
Dentes Permanentes		
Coroa	Raiz	
0	0	Hígido
1	1	Cariado
2	2	Restaurado mas com cárie
3	3	Restaurado e sem cárie
4	Não se aplica	Perdido devido à cárie
5	Não se aplica	Perdido por outras razões
6	Não se aplica	Apresenta selante
7	7	Apoio de ponte ou coroa
8	8	Não erupcionado - raiz não exposta
T	Não se aplica	Trauma (fratura)
9	9	Dente excluído

CÓDIGO	TRATAMENTO
0	NENHUM
1	RESTAURAÇÃO DE 1 SUPERFÍCIE
2	RESTAURAÇÃO DE 2 OU MAIS SUPERFÍCIES
3	COROA POR QUALQUER RAZÃO
4	FACETA ESTÉTICA
5	PULPAR + RESTAURAÇÃO
6	EXTRAÇÃO
7	REMINERALIZAÇÃO DE MANCHA BRANCA
8	SELANTE
9	SEM INFORMAÇÃO

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE DA
INTEGRAÇÃO
INTERNACIONAL DA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FATORES BIO-SOCIOECONÔMICOS E CULTURAIS ASSOCIADOS À SAÚDE BUCAL DOS ACADÊMICOS NA UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-BRASILEIRA - UNILAB

Pesquisador: Ana Caroline Rocha de Melo Leite

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 42412815.0.0000.5575

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.193.883

Data da Relatoria: 07/09/2015

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa tem como objetivo "Avaliar a influência dos fatores bio-socioeconômicos e culturais e dos hábitos alimentares e de higiene oral na saúde bucal dos acadêmicos recém ingressos na Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira – Unilab e a frequência de doenças bucais nesses indivíduos." Metodologicamente "Será realizado um estudo intervencionista, comparativo, descritivo, individuado e longitudinal. O projeto será do tipo prospectivo, com abordagem predominantemente qualitativa, a fim de avaliar a influência dos fatores bio-socioeconômicos e culturais e dos hábitos alimentares e de higiene bucal sobre a saúde oral dos acadêmicos brasileiros e estrangeiros recém ingressos na Unilab." que "Serão convidados os acadêmicos dos 7 cursos presenciais da Unilab. Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), será solicitado o preenchimento de um questionário contendo perguntas objetivas. Em seguida, será preenchida uma ficha clínica com odontograma, para avaliação das condições dentárias, e realizados os exames de Índice de Placa, Índice Gingival e periograma, para avaliação das condições periodontais, em Unidade Básica de Saúde de Acaraú – CE (São Benedito ou Santo Galo). As informações coletadas serão utilizadas para a instituição do tratamento odontológico necessário e conhecimento da saúde geral. Após

Endereço: Avenida da Abolição, 3

Bairro: Centro Redenção

CEP: 62.700-000

UF: CE Município: REDENÇÃO

Telefone: (85)3332-1381

E-mail: etica@unilab.edu.br

UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA



Continuação do Protocolo 1.183.863

essa etapa, os estudantes

serão divididos nos seguintes grupos: - brasileiros que não receberão orientação quanto aos hábitos alimentares e instrução de higiene bucal; - brasileiros que receberão orientação quanto aos hábitos alimentares e instrução de higiene bucal; - estrangeiros que não receberão orientação quanto aos hábitos alimentares e instrução de higiene bucal; - estrangeiros que receberão orientação quanto aos hábitos alimentares e instrução de higiene bucal. Os estudantes serão organizados de acordo com o curso, de modo que cada curso terá os 4 grupos acima mencionados. Os estrangeiros serão divididos de acordo com a sua nacionalidade. Após a formação dos grupos, será agendada uma reunião com todos os acadêmicos que deverão receber as orientações e as instruções. Novos exames clínico e periodontal serão feitos após 6 meses e 1 ano das orientações em todos os grupos estudados." Como critério de inclusão "Serão incluídos no estudo: - estudantes brasileiros e estrangeiros que compõem a Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP) (Angola, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique e São Tomé e Príncipe - e os asiáticos - Timor Leste e Macau) recém-ingressos nos 7 cursos presenciais (Administração Pública, Agronomia, Bacharelado em Humanidades, Ciências da Natureza e Matemática, Enfermagem, Engenharia de Energias, Letras – Língua Portuguesa) ofertados pela Unilab e que estejam devidamente matriculados no primeiro trimestre de 2014.3; - estudantes com idade igual ou superior a 18 anos;" e critério de exclusão, "Serão

excluídos do estudo: - estudantes do Campus dos Malês; - estudantes que necessitam de tratamento odontológico mais complexo (tratamento endodôntico ou ortodôntico, exodontia de terceiro molar, prótese dentária unitária, parcial ou total, cirurgia periodontal e ortognática e implante); - estudantes que não compareceram aos 6 meses e 1 ano após a primeira avaliação;" "Coleta de dados inicialmente, será feita uma apresentação do projeto aos acadêmicos e, caso seja aceita a participação, será agendada uma avaliação odontológica na Unidade Básica de Saúde (UBS) selecionada. Na UBS, será aplicado e devidamente assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após o que será solicitado o preenchimento de um questionário contendo perguntas objetivas. Essas envolverão os seguintes aspectos: - biológicos; - demográficos; - sociais; - culturais; - econômicos; - hábitos alimentares; - hábitos e meios utilizados para a higiene bucal; - acesso aos serviços de saúde bucal. Em seguida, será preenchida uma ficha clínica com odontograma para avaliação das condições dentárias e realizados os exames de Índice de Placa (IP), Índice Gingival (IG) e periograma para avaliação das condições periodontais. As

Endereço: Avenida da Abolição, 3

Bairro: Centro, Redenção

CEP: 62.790-000

UF: CE Município: REDENÇÃO

Telefone: (85) 3332-1361

E-mail: reflexaopessoal@unilab.edu.br

UNIVERSIDADE DA
INTEGRAÇÃO
INTERNACIONAL DA



Continuação do Projeto 1.183.863

Informações coletadas serão utilizadas para a instituição do tratamento odontológico necessário (restauração, raspagem, exodontia e outros procedimentos simples) e conhecimento da saúde geral (presença de hipertensão, de diabetes, de doenças articulares, gravidez e outros). Após essa etapa de coleta de informações, os estudantes serão divididos, por sorteio, em grupos, a saber: - brasileiros que não receberam orientação quanto aos hábitos alimentares e instrução de higiene bucal; - brasileiros que receberam orientação quanto aos hábitos alimentares e instrução de higiene bucal; - estrangeiros que não receberam orientação quanto aos hábitos alimentares e instrução de higiene bucal; - estrangeiros que receberam orientação quanto aos hábitos alimentares e instrução de higiene bucal. Caso seja possível, os estudantes serão organizados de

acordo com o curso, de modo que cada curso terá os 4 grupos acima mencionados. Caso seja factível, os estrangeiros serão divididos de acordo com a sua nacionalidade. Após a formação dos grupos, será agendada uma reunião com todos os acadêmicos que deverão receber as orientações e as instruções acima mencionadas. Essas ações serão realizadas simultaneamente para todos os estudantes para que tenham acesso às mesmas informações. Novos exames clínico e periodontal serão feitos após 6 meses e 1 ano das orientações em todos os grupos estudados. Durante a condução do estudo, serão agendados os estudantes que necessitarem de tratamento odontológico, passível de ser executado pelo projeto." "Os dados obtidos serão analisados pelo programa Epi Info. Será realizada análise descritiva, obtendo-se as frequências relativas e absolutas das variáveis categóricas, além de medidas de tendência central e dispersão, para variáveis quantitativas." A pesquisadora sugere que o estudo é relevante, pois "Os participantes da pesquisa poderão contribuir para o conhecimento da influência dos fatores biosocioeconômicos e culturais e dos hábitos alimentares e de higiene oral na saúde bucal e para a integração entre os acadêmicos de diferentes nacionalidades e cursos da Unilab. Essa participação poderá colaborar ainda para a disseminação da promoção e da prevenção da saúde bucal entre os demais acadêmicos."

Objetivo da Pesquisa:

- Avaliar a influência dos fatores bio-socioeconômicos e culturais e dos hábitos alimentares e de higiene oral na saúde bucal dos acadêmicos recém-ingressos na Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira – Unilab e a frequência de doenças bucais nesses indivíduos.
- Conhecer as características sócio-econômico-demográficas dos estudantes brasileiros e estrangeiros que compõem a Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP) (Angola, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique e São Tomé e Príncipe - e os asiáticos - Timor Leste e Macau);

Endereço: Avenida da Abolição, 3

Bairro: Centro, Redenção

CEP: 62.756-000

UF: CE

Município: REDENÇÃO

Telefone: (85)3332-1385

E-mail: trabalhoescola@unilab.edu.br

UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA



Continuação do Parecer 1.183.863

- Identificar os hábitos alimentares e de higiene bucal dos estudantes brasileiros e estrangeiros;
- Conhecer o acesso aos serviços de saúde bucal pelos estudantes brasileiros e estrangeiros;
- Avaliar as condições de saúde bucal dos estudantes brasileiros e estrangeiros e descrever a frequência de doenças bucais nesses indivíduos;
- Comparar as condições de saúde bucal dos estudantes brasileiros e estrangeiros, após 6 meses e 1 ano da primeira avaliação da saúde bucal;
- Avaliar a influência das alterações sócio-econômico-demográficas e culturais, proporcionadas pela estadia em outra cidade/país e convívio na Unilab, sobre a saúde bucal dos estudantes brasileiros e estrangeiros;
- Analisar a influência das orientações de hábitos alimentares e de instruções de higiene bucal sobre a saúde oral dos estudantes brasileiros e estrangeiros.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora refere que "Essa pesquisa minimizará os danos aos participantes e evitará os riscos previsíveis, no âmbito físico, moral, intelectual, social, psíquico, cultural ou espiritual, a curto e longo prazo, cumprindo a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Os possíveis riscos aos quais os participantes estarão susceptíveis compreendem: - sangramento após exodontia; - hematomas; - trauma pela administração de anestesia local; - alveolite; - fraturas alveolares; - comunicação sinusal; - injúria em tecido mole; - injúria dos nervos por injeção de anestésico local; - dor durante a remoção de processo carioso ou substituição de restauração, com exposição da polpa dentária; - constrangimento social, particularmente se considerada a estigmatização associada a participação em pesquisas; - constrangimento cultural, pela exposição das crenças, costumes e hábitos relacionados ao cuidado da saúde bucal e geral. Entretanto, esses possíveis riscos serão minimizados pelo fato do projeto assegurar a confidencialidade, a privacidade e a proteção da imagem dos participantes, além de garantir o acesso restrito (apenas da equipe do projeto) às informações coletadas. Caso o participante apresente algum dano moral e ou físico, o suporte profissional necessário para minimizar tais danos será feito, incluindo o ressarcimento do profissional que tenha contribuído para amenizá-los." E como benefício "Os participantes da pesquisa poderão contribuir para o conhecimento da influência dos fatores bio-socioeconômicos e culturais e dos hábitos alimentares e de higiene oral na saúde bucal e para a integração entre os acadêmicos de diferentes nacionalidades e cursos da Unilab. Essa participação poderá colaborar ainda para a disseminação da promoção e da prevenção da saúde bucal entre os demais acadêmicos."

Endereço: Avenida da Abolição, 3

Bairro: Centro Redenção

CEP: 62.200-000

UF: CE

Município: REDENÇÃO

Telefone: (85)3333-1321

E-mail: tabella.pessoa@unilab.edu.br

**UNIVERSIDADE DA
INTEGRAÇÃO
INTERNACIONAL DA**



Continuação do Parecer: 1.183.803

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa mostra-se relevante visto que apresenta uma proposta de avaliação da influência dos fatores bio-socioeconômicos e culturais e dos hábitos alimentares e de higiene bucal sobre a saúde oral dos acadêmicos brasileiros e estrangeiros recém-ingressos na Uniap e a frequência de doenças bucais nesses indivíduos, a fim de disseminar a promoção e de prevenção da saúde bucal entre os participantes e demais acadêmicos. Os objetivos e as hipóteses estão descritos de forma ampla e coerente com natureza do projeto. A metodologia está descrita de forma detalhada relatando todo o acompanhamento do aluno que participará da pesquisa e garantindo livre acesso aos pesquisadores com a descrição dos riscos e de como estes serão minimizados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de Risco está presente e assinada pelo pesquisador responsável, bem como assinada pela Instituição proponente. O T.C.I.E. está presente, com linguagem acessível, descreve os objetivos, mas necessita descrever como ocorrerá o transporte do estudante até os postos de saúde, como serão tratadas as complicações (caso ocorram), físicas e morais. Possui nome e campo para assinatura do sujeito da pesquisa. Garante a liberdade do sujeito se recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa. Considera o caráter voluntário da participação, ausência de custos e compensações financeiras. Há a garantia de sigilo que assegure a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa. Apresenta campo para local e data. Possui nome e campo para assinatura do pesquisador. E endereços/telefones de contato com o pesquisador.

Recomendações:

Não se aplica

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não se aplica

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Aprovação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

REDENCAO, 13 de Agosto de 2015

Assinado por:
Rafaela Passos Moreira
(Coordenador)

ANEXO B – Declaração de revisor ortográfico de língua portuguesa

DECLARAÇÃO

Eu, Nairton Ferreira de Sousa, professor licenciado em Letras pela Universidade Estadual do Ceará – UECE, declaro para os devidos fins de direito que fiz a revisão ortográfica da Dissertação de Cosmo Helder Ferreira da Silva, intitulado(a) "Fatores Bio-Socioeconômicos e Culturais Associados à Saúde Bucal dos Acadêmicos da UNILAB", apresentado ao Curso de Mestrado Acadêmico em Sociobiodiversidade e Tecnologias Sustentáveis da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira – UNILAB como requisito para obtenção do título de Mestre em Sociobiodiversidade e Tecnologias Sustentáveis.

Itapiúna-CE, 08 de julho de 2016.


Nairton Ferreira de Sousa
Graduado em Letras
CPF 863.266.003-91

