



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

ETNA KALIANE PEREIRA DA SILVA

**SAÚDE BUCAL DE ADOLESCENTES RURAIS QUILOMBOLAS E
NÃO QUILOMBOLAS DE VITÓRIA DA CONQUISTA – BA**

Vitória da Conquista, BA
2018

ETNA KALIANE PEREIRA DA SILVA

**SAÚDE BUCAL DE ADOLESCENTES RURAIS QUILOMBOLAS E
NÃO QUILOMBOLAS DE VITÓRIA DA CONQUISTA – BA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto Multidisciplinar em Saúde, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.
Área de Concentração: Epidemiologia

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Danielle Souto de Medeiros

Vitória da Conquista, BA
2018

Biblioteca Universitária Campus Anísio Teixeira – UFBA

Silva, Etna Kaliane Pereira da
Saúde bucal de adolescentes rurais quilombolas e não quilombolas de Vitória da
Conquista – BA
96 f.

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Danielle Souto de Medeiros.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Instituto Multidisciplinar
em Saúde, Programa de Pós-Graduação Graduação em Saúde Coletiva, 2018.

1. Profilaxia dental 2. Saúde Coletiva 3. Quilombolas - adolescentes I. Universidade Federal da Bahia. Instituto Multidisciplinar em Saúde. II. Medeiros, Danielle Souto de.

CDU: 616.314-084

Elaborado por Marcos Aurélio R. da Silva. CRB5 /1858

ETNA KALIANE PEREIRA DA SILVA

SAÚDE BUCAL DE ADOLESCENTES RURAIS QUILOMBOLAS E NÃO
QUILOMBOLAS DE VITÓRIA DA CONQUISTA – BA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva, Instituto Multidisciplinar em Saúde,
Universidade Federal da Bahia, como requisito para
obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.
Área de Concentração: Epidemiologia

Aprovada em 24/01/2018

BANCA EXAMINADORA

Danielle Souto de Medeiros

Prof.^a. Dr.^a. Danielle Souto de Medeiros - Orientadora
Universidade Federal da Bahia

Adriano Maia dos Santos

Prof. Dr. Adriano Maia dos Santos
Universidade Federal da Bahia

Ana Áurea Alécio de Oliveira Rodrigues

Prof.^a. Dr.^a. Ana Áurea Alécio de Oliveira Rodrigues
Universidade Estadual de Feira de Santana

Dedico este trabalho à população rural e quilombola, exemplos de força e resistência, que me acolheram com alegria e recarregaram minhas energias para continuar na luta por um mundo melhor.

Minha eterna gratidão e comprometimento!

AGRADECIMENTOS

Essa dissertação é uma das obras de um trabalho coletivo que iniciou há muitos anos com negras e negros anônimos que lutaram bravamente pela inserção de pessoas como eu, mulher, pobre e negra na universidade. E continua com cada um que me apoiou diretamente de alguma forma na minha trajetória pessoal e acadêmica. Gratidão! Essa vitória é nossa!

A minha família, Edna, Aparecido e Natália que não medem esforços para realização dos meus sonhos, meu porto seguro, minha força diária e meu amor eterno. E a todos os demais integrantes das famílias Pereira e Silva, gratidão por todos os momentos compartilhados. Amo vocês!

Ao meu irmão Raí e meus amigos anjos Brunão, Thai, Nanda, Letícia, Paulinho, Léo e Gabi que foram fundamentais na minha trajetória no mestrado, aguentando todas as minhas mensagens e áudios bem dramáticos, em nome deles eu agradeço a cada amigo e amiga que tenho a graça de ter espalhados por todo Brasil. Gratidão! Amo vocês!

A Dani, que muito além de minha orientadora, é meu exemplo. Sou sua primeira orientanda de mestrado e ninguém me tira essa honraria, aos próximos orientandos só tenho a dizer agradeçam muito, pois ter Danielle Medeiros como orientadora é uma dádiva. Grata por cada ensinamento, por cada incentivo, por cada reclamação (rs), por cada oportunidade, pela confiança e amizade. E nossa parceria continua... *'Quem ensina aprende ao ensinar. E quem aprende ensina ao aprender'* (Paulo Freire).

Aos meus adoleceres (integrantes do grupo de pesquisa e extensão ADOLESCER), entrevistadores Adelson, Alexandra, Aloísio, Amanda, André, Ana, Bruna, Camila, Gislane, Judicael, Lucas, Mateus, Paloma, Paulinho, Raisal, Rebeca, Renart, Robertinha e Tainan...Grata pela animação, garra e coragem, essa dissertação é mais um fruto de nosso trabalho árduo. E aos extensionistas Adriane, Bárbara Cabral, Bárbara Guimarães, Camila Silveira, Daniela, Daniele, Eduarda, Elder, Erico, Everton, Fábio, Flávia, Gislane, Grazielle, Ícaro, Jessica, Júlian, Larissa, Luana, Mateus Guirra, Mateus Santana, Micaele, Natália, Nilma, Paulinho, Pretinha, Renart, Renata, Stefanie, Tainan e Warley...aprendi muito com cada de vocês, o nosso trabalho com a educação popular é dos meus maiores orgulhos. E o trabalho continua...Saudações!

Ao 'team' do projeto HealthRise Poções, em especial Raisia e Stefanie, e a comissão organizadora do Estágio Nacional de Extensão em Comunidade – Edição Vitória da Conquista por toda garra, coragem, determinação, compreensão pela minha ausência em momentos importantes, e principalmente, pelo incentivo imprescindível nessa reta final do mestrado. Gratidão!

A todo movimento de ocupação estudantil, em especial ao Ocupa UFBA, vocês reacenderam a minha chama de revolução e com a força demonstrada em cada momento de dificuldade, vocês recarregaram minhas energias para continuarmos na luta por um mundo melhor. #OcuparResistir #NenhumDireitoaMenos

Ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do IMS/UFBA, amigos e amigas professores e colegas vocês me ensinaram muito com afeto e atenção. Tenho muito orgulho de fazer parte desse programa. Jamais esquecerei os momentos vividos com cada um de vocês.

Aos amigos e amigas estudantes, professores, técnicos administrativos e servidores terceirizados do Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia, minha segunda casa durante os últimos sete anos. Tenho muito orgulho de fazer parte dessa comunidade e de sua história!

A todos integrantes da Unidade de Saúde da Família do Pradoso, da Escola Municipal José Rodrigues do Prado e da Associação de Agricultores Familiares do Território Remanescente Quilombola do Baixão pela recepção e parceria.

A Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) pelo financiamento da Pesquisa Adolescer: Saúde do Adolescente da Zona Rural e seus Condicionantes e da minha bolsa de estudos.

As dentistas Katiuscya Santana, Tatiane Praxedes e Camila Melo, a discente Patrícia Reis e ao Prof Adriano Maia, Profª Gyselle Lemos, Profª Ana Áurea Rodrigues e Profª Maise Mendonça pela disponibilidade e excelentes contribuições a este trabalho. Gratidão!

Um agradecimento especial, a todos aqueles e aquelas, que me permitiram adentrar seu meio de vida, que confiou em mim, que me ensinou como é importante manter a força, a fé e a alegria,

a receptividade em meio a tanta adversidade, vocês me ensinaram tanto, é tudo isso que vi e vivi que me dar força para continuar lutando por um mundo melhor, e juntos seguiremos resistindo e vencendo as muitas batalhas da vida. Aos adolescentes e suas famílias residentes nas comunidades rurais Baixão, Baixa do Arroz, Barra do Mel, Caldeirão, Lagoa da Jiboia, Lagoa Rasa, Lagoa de Maria Clemência, Malhada, Manoel Antônio, Mocó, Monte Branco, Muritiba, Oiteiro, Poço de Aninha, Pradoso, Retiro, Riacho de Teofilo, Saguim I, Saguim II, Umburana, Tabua, minha eterna gratidão e comprometimento!

Por fim, aquele de variados nomes, que prefiro chamar de amigo...Gratidão!

E isso é só o começo.... Sonhar mais um sonho impossível. Lutar quando é fácil ceder, sendo que Sonho que se sonha só. É só um sonho que se sonha só. Mas sonho que se sonha junto é realidade.

E o sonho continua... Nós por nós!

NENHUM SORRISO A MENOS!

(Revista RADIS, nº 182, nov. 2017)

RESUMO

Este estudo objetivou investigar os hábitos de higiene bucal e a interferência da condição bucal na qualidade de vida de adolescentes rurais quilombolas e não quilombolas de Vitória da Conquista – BA. Foi um estudo transversal, de abordagem domiciliar, realizado em 2015, utilizando questionário estruturado construído a partir de inquéritos nacionais. Foram estimadas as prevalências, razões de prevalência e respectivos intervalos de confiança 95% por regressão de Poisson com variância robusta. Regressão de Poisson multivariada com variância robusta foi utilizada para obter estimativas das razões de prevalência para a escovação dentária insatisfatória, não utilização de fio dental e o impacto da condição bucal na qualidade de vida, ajustadas por potenciais fatores de confusão. O programa Stata, versão 15.0, foi utilizado para análises dos dados. Participaram do estudo 390 adolescentes rurais, 42,8% residentes em comunidades quilombolas. Escovação dentária insatisfatória, não utilização do fio dental foram encontrados em 33,3% e 46,7% dos adolescentes, respectivamente. Quanto aos impactos da condição bucal na qualidade de vida, 45,6% dos adolescentes relataram pelo menos um impacto negativo, sendo que o impacto mais prevalente foi a dificuldade de comer (32,6%). Após análise ajustada, mostraram aumentar a escovação dentária insatisfatória: sexo masculino, não morar com ambos os pais, menor hábito de lavar as mãos e pior autoavaliação da saúde bucal. Com o não utilização de fio dental, mostraram-se associados: nível econômico E, maior idade e pior autoavaliação da saúde bucal. E ao impacto negativo da condição bucal na qualidade de vida permaneceram associados após ajuste: maior idade, sentimento de solidão às vezes, pior autoavaliação da saúde bucal, necessidade de tratamento dentário e ocorrência de dor dentária nos últimos seis meses. Apesar de não haver diferenças estatisticamente significativas entre as prevalências dos hábitos de saúde bucal e da interferência da condição bucal na qualidade de vida entre quilombolas e não quilombolas, os fatores associados foram distintos. Achados que reforçam a singularidade existentes entre esses grupos e a importância de estratégias de promoção de saúde, prevenção, monitoramento e tratamento de agravos bucais que considerem o contexto sociocultural e familiar do adolescente.

Palavras- chave: Saúde Bucal; Adolescente; Saúde da População Rural; Quilombolas; Grupo com Ancestrais do Continente Africano.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REVISÃO DA LITERATURA	15
2.1 SAÚDE BUCAL DO ADOLESCENTE	15
2.1.1 Hábitos de saúde bucal na adolescência	15
2.1.2 Agravos e doenças bucais em adolescentes	16
2.2 IMPACTOS DA SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA DOS ADOLESCENTES	17
2.2.1 Saúde bucal e qualidade de vida na adolescência	17
2.2.1.2 <i>Índice de impacto odontológico no desempenho diário</i>	17
2.3 ADOLESCENTE RURAL E QUILOMBOLA	20
3 MÉTODOS	22
3.1 DESENHO E LOCAL DO ESTUDO	22
3.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO E AMOSTRA	23
3.3 COLETA DE DADOS	23
3.3.1 Instrumentos de coleta de dados	24
3.3.2 Treinamento	24
3.3.3 Estudo piloto	24
3.3.4 Sensibilização	25
3.3.5 Mapeamento	25
3.3.6 Campo principal	25
3.4 ANÁLISES DOS DADOS	26
3.5 ASPECTOS ÉTICOS	28
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	29
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA	29
4.2 ARTIGO ORIGINAL 1 – HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL ENTRE ADOLESCENTES RURAI QUILOMBOLAS E NÃO QUILOMBOLAS ¹	32
4.3 ARTIGO ORIGINAL 2 – INTERFERÊNCIA DA CONDIÇÃO BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA DE ADOLESCENTES RURAI QUILOMBOLAS E NÃO QUILOMBOLAS DO INTERIOR DA BAHIA ¹	55
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
6 PERSPECTIVAS DE ESTUDOS	71
ANEXOS	78
ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO	78

ANEXO 2 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	86
ANEXO 3 - TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	90
ANEXO 4 - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	94
ANEXO 5 – SUBMISSÃO DE ARTIGO A REVISTA CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA ..	96

1 INTRODUÇÃO

A adolescência, fase da vida situada entre a infância e a idade adulta, é considerada um período em que se requisita atenção diferenciada no que tange à saúde geral e bucal (SILVA JÚNIOR et al., 2016). Transformações fisiológicas, psicológicas e sociais típicas dessa fase, delimitada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a faixa etária entre 10 e 19 anos, tornam esse grupo populacional mais vulnerável a situações de risco à sua saúde (SILVA JÚNIOR et al., 2016; WHO, 2005).

A saúde bucal é um aspecto relevante na vida dos adolescentes, principalmente no que diz respeito ao domínio social. Condições bucais desfavoráveis podem interferir na qualidade de vida, influenciando na autoestima e socialização desse grupo (BARBOSA et al., 2013; SILVEIRA et al., 2014). Além da dimensão social, as condições bucais podem ter impactos negativos na qualidade de vida em dimensões físicas como dificuldade para comer e escovar os dentes e psicológicas a exemplo de dificuldade para dormir, vergonha ao sorrir, entre outros (ADULYANON; SHEIHAM, 1997).

Entre os agravos bucais que podem interferir na qualidade de vida dos adolescentes estão as lesões de cárie não tratadas, a perda dentária, a dor de dente e a oclusopatia grave (PERES et al., 2013). Uma das formas de prevenção dos agravos e doenças bucais é a higiene bucal adequada, sendo a escovação dentária e o uso de fio dental ferramentas indispensáveis (SILVA JÚNIOR et al., 2016).

Os hábitos de higiene bucal são influenciados por diferentes fatores relacionados ao indivíduo e à sua família, como sexo, cor, idade, condições econômicas, local de residência, escolaridade materna, sentimento de discriminação e solidão, entre outros (DAVOGLIO et al., 2009; FREIRE et al., 2015; PEREIRA et al., 2013; VETTORE et al., 2012).

Entre esses fatores, destaca-se que o local de residência se configura uma dimensão constitutiva da situação de saúde bucal de grupos sociais. Indivíduos com perfis sociais semelhantes (sexo, escolaridade, grupo etário, entre outros) podem apresentar diferentes níveis de saúde bucal a depender da localidade de moradia e atributos desse local (MOREIRA; NICO; TOMITA, 2007).

Os adolescentes residentes em áreas rurais possuem influências culturais próprias e convivem com iniquidades sociais que podem interferir na saúde bucal desse grupo populacional. Entre os adolescentes rurais, ainda são encontrados grupos mais específicos, como os residentes em comunidades tradicionais, a exemplo dos remanescentes de quilombos.

Quilombolas são povos remanescentes de quilombos com presunção de ancestralidade negra, que mantêm vivas as tradições culturais e religiosas, laços de parentesco e uma identidade marcada pela resistência à opressão, pela negação de direitos e segregação racial (BRASIL, 2003). Apesar dos avanços das políticas públicas destinadas a essas populações, ainda são encontradas condições socioeconômicas desfavoráveis, como o acesso precário aos serviços educacionais e de saúde, e o pouco ou nenhum acesso à terra (FREITAS et al., 2011; BRANDÃO; JORGE, 2013; SILVA et al., 2017).

Estudo com adolescentes rurais quilombolas e não quilombolas evidenciou a existência de distinções entre esses grupos devido ao contexto sociocultural, por exemplo, embora ambos tenham relatado a preocupação por trabalhar ainda na adolescência para ajudar a família, essa preocupação foi maior entre os quilombolas. Os adolescentes quilombolas percebem a adolescência como um período passageiro e assumem precocemente as responsabilidades da vida adulta, sendo que essa concepção é reflexo da vulnerabilidade social e econômica dessa população (SANTANA et al., 2017).

Condições sociais críticas na adolescência podem influenciar no cuidado e nas condições da saúde bucal dos indivíduos, e por sua vez, ter um impacto negativo na qualidade de vida. Contudo, apesar dos adolescentes que vivem em áreas rurais constituírem aproximadamente 17% da população adolescente brasileira, seus hábitos de saúde bucal e o impacto negativo das condições bucais na sua qualidade de vida são pouco conhecidos, principalmente quando se tratam de adolescentes rurais quilombolas.

Diante disso, propõe-se a realização dessa pesquisa, com o objetivo de investigar os hábitos de higiene bucal e a interferência da condição bucal na qualidade de vida de adolescentes rurais quilombolas e não quilombolas de Vitória da Conquista – BA.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 SAÚDE BUCAL DO ADOLESCENTE

2.1.1 Hábitos de saúde bucal na adolescência

A adolescência é considerada uma fase de experimentação, formação e consolidação de valores, atitudes e hábitos que persistirão no futuro (WHO, 2005). Nessa fase, os valores e comportamentos dos pares adquire importância crescente, à medida que se inicia um natural distanciamento dos pais em direção a uma maior autonomia (BRASIL, 2010).

Essa relativa independência, associada ao momento de transição e experimentação de comportamentos, torna o adolescente mais susceptível a adquirir ou consolidar hábitos prejudiciais à sua saúde bucal, como higienização inadequada, maior consumo de alimentos cariogênicos (tais como guloseimas e refrigerantes), experimentação de tabaco, entre outros (FREIRE et al., 2015; WHO, 2005).

A escovação dentária e o uso de fio dental são considerados hábitos essenciais para uma higiene bucal adequada. A higienização inadequada da cavidade oral na adolescência influencia no advento de doenças bucais nessa fase da vida e na idade adulta (SILVA JÚNIOR et al., 2016).

Freire et al (2015), ao comparar as prevalências de escovação dentária encontrada na Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) nos anos de 2009 e 2012, observaram uma alteração significativa nas frequências de escovação dentária (igual ou superior a duas vezes por dia) entre os estudantes brasileiros, com diminuição da prevalência de 95,2%, em 2009, para 91,7%, em 2012. Dados divulgados em 2016, referentes a PeNSE 2015, utilizando o ponto de corte de escovação dentária igual ou superior a três vezes por dia, evidenciou uma prevalência de 72,6% (BRASIL, 2016).

Outros estudos nacionais e internacionais encontraram prevalências variando entre 47,1% e 98,1% de escovação entre adolescentes (DAVOGLIO et al., 2009; GAO et al., 2014; GRANVILLE-GARCIA et al., 2010; MELO; CAVALCANTE, 2009; PENGPID & PELTZER, 2011; PEREIRA et al., 2013; SHAILLEE et al., 2012). Contudo, alguns fatores limitam a comparação direta entre os estudos, como os diferentes pontos de corte (escovação uma vez ao dia; duas vezes ou mais; três vezes ou mais) e as distintas faixas etárias incluídas nos estudos.

O uso do fio dental, em comparação com a escovação, é um hábito pouco difundido e incorporado no dia a dia da população brasileira (DAVOGLIO et al., 2010; MELO; CAVALCANTE, 2009). Estudos realizados com adolescentes em diversas regiões do Brasil encontraram prevalências entre 0,5% e 51,0% (DAVOGLIO et al., 2009; GRANVILLE-GARCIA et al., 2010; MELO; CAVALCANTE, 2009).

Os hábitos de higiene bucal são influenciados por diversos fatores relacionados ao indivíduo e ao grupo familiar, como sexo, cor, idade, condições econômicas, local de residência, escolaridade materna, compreensão dos pais, sentimento de discriminação e solidão (DAVOGLIO et al., 2009; FREIRE et al., 2015; PEREIRA et al., 2013; VETTORE et al., 2012).

2.1.2 Agravos e doenças bucais em adolescentes

O comportamento dos adolescentes em relação aos cuidados com sua saúde bucal é um fator determinante na prevenção de doenças bucais, como a cárie, a gengivite e a doença periodontal (SILVA JÚNIOR et al, 2016). Segundo resultados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – SBBrasil 2010, os adolescentes brasileiros de 12 anos e de 15 a 19 anos, apresentaram, em média, 2,07 e 4,25 dentes com experiência de cárie dentária, com distribuição desigual entre as regiões brasileiras, em que as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste tiveram situações piores que as regiões Sudeste e Sul (BRASIL, 2011).

A cárie dentária é uma das doenças bucais mais prevalentes e um dos principais fatores responsáveis pela dor de dente (NORO et al., 2014), o que possibilita que o monitoramento da dor dentária seja um indicativo da prevalência de cárie em uma população, servindo como estratégia para vigilância em saúde bucal (FREIRE et al., 2012).

O relatório da PeNSE 2015 revelou que cerca de 21,0% dos escolares brasileiros relataram ter sentido dor de dente nos 6 meses anteriores à entrevista (BRASIL, 2016). Em 2010, a SBBrasil apresentou resultados superiores entre os adolescentes de 12 anos e entre 15 e 19 anos, 24,6% e 24,7% respectivamente (BRASIL, 2011).

A dor dentária é considerada um problema de saúde pública, pois sua ocorrência gera impacto negativo na qualidade de vida dos indivíduos e na sociedade devido aos custos envolvidos em seu tratamento, assim como dificuldades dos indivíduos realizarem suas atividades habituais (PERES et al., 2013). Sua prevalência na adolescência está diretamente relacionada às condições dos serviços de saúde bucal (NORO et al., 2014).

2.2 IMPACTOS DA SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA DOS ADOLESCENTES

2.2.1 Saúde bucal e qualidade de vida na adolescência

A saúde bucal é um componente da saúde geral e é essencial para a qualidade de vida (TESH et al., 2007). Entre os adolescentes, essa relação é ainda mais forte, pois os mesmos encontram-se mais sensíveis aos impactos das condições bucais, como exemplo, a percepção da aparência e da dor (PERES et al., 2013).

Na adolescência, a saúde bucal pode interferir não só na qualidade de vida, como no desenvolvimento psicológico e nas interações sociais. Nessa fase, o indivíduo encontra-se à procura de sua identidade, preocupando-se com os aspectos estéticos, assim, algum tipo de comprometimento bucal pode tornar-se motivo de ansiedade e baixa autoestima, interferindo em seus relacionamentos pessoais (BARBOSA et al., 2013; ELIAS et al., 2001).

A avaliação da saúde bucal por critérios exclusivamente clínicos não permite a determinação da repercussão integral das condições bucais na vida diária dos indivíduos. Assim, surgiu a necessidade de instrumentos de avaliação da interferência das condições bucais na qualidade de vida, os quais mensuram os impactos negativos através da percepção dos indivíduos (CASTRO et al., 2008; TESH et al., 2007).

São comumente mensurados por esses instrumentos impactos negativos, divididos em domínios: físicos (dificuldades para comer ou dor ao escovar os dentes, por exemplo), psicológicos (preocupação, insônia, vergonha ao sorrir, entre outros) e social (dificuldade para realização de atividades diárias e de relacionamento interpessoal) (ADULYANON; SHEIHAM, 1997; GIFT, 1997; TESH et al., 2007).

2.2.1.2 Índice de impacto odontológico no desempenho diário

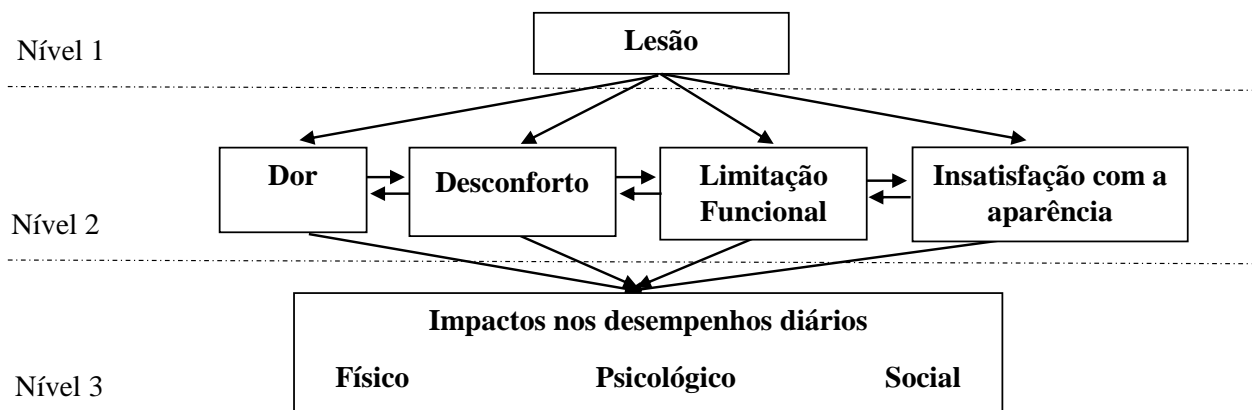
Os impactos negativos da condição bucal na qualidade de vida podem ser avaliados a partir de diversos indicadores sociodentais construídos com essa finalidade. A maioria desses indicadores foram desenvolvidos para serem aplicados na população adulta, no entanto, alguns vêm sendo utilizados por diversos pesquisadores com o público adolescente, entre eles, o índice de impacto odontológico no desempenho diário (OIDP, sigla do inglês *Oral Impacts on Daily Performances*).

O OIDP consiste em um indicador que tem como propósito aferir os impactos significativos que as condições orais podem provocar na realização de determinadas atividades diárias pelo indivíduo (ADULYANON; SHEIHAM, 1997). Sua base teórica é o modelo conceitual proposto por Locker (1988), fundamentado na *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps* (ICDH) da OMS (1980). O modelo compreende as consequências das condições orais, distribuídas em três níveis (Figura 1).

O primeiro nível apresenta as condições orais, incluindo lesões e outras características habitualmente mensuradas por indicadores clínicos. O segundo nível é composto pelos impactos intermediários que consistem em limitação funcional, dor, desconforto e insatisfação com a aparência. Essa última foi incluída nesse nível por Adulyanon e Sheiham (1997), ao ser considerada por diversos estudos como relevante para a saúde bucal (Figura 1).

O terceiro nível é o resultado das interações do nível 2, sendo composto pelos impactos sobre a capacidade de realização das atividades diárias, que compreende dimensões físicas, psicológicas e sociais (Figura 1). Esse nível consiste no foco de análise do OIDP, no entanto, esse indicador não deixa de levar em conta os impactos apresentados no nível anterior (ADULYANON; SHEIHAM, 1997).

Figura 1. Modelo teórico dos impactos odontológicos no desempenho diário



* Adaptado de ADULYANON e SHEIHAM, 1997.

O OIDP foi originalmente desenvolvido na língua inglesa e validado em população adulta rural da Tailândia (ADULYANON et al., 1996). Nos últimos anos, foi validado em diversos países em diferentes faixas etárias, incluindo os adolescentes (ASTROM et al., 2005; ASTROM; OKULLO, 2003; HOBDELL et al., 2009). No Brasil, esse instrumento foi validado em uma população de 12 a 14 anos (CORTES et al., 2002) e utilizado com adolescentes entre 15 e 19 anos na SBBrazil 2010 (PERES et al., 2013).

As principais vantagens desse instrumento são decorrentes do seu foco no nível 3 das distribuições dos impactos da saúde bucal, pois essa abordagem torna a medida mais concisa, evita a repetição da pontuação de um mesmo impacto, além da maior facilidade existente em aferir comportamentos do que dimensões psicológicas, como desconforto ou preocupação (ADULYANON; SHEIHAM, 1997).

O instrumento foi originalmente desenvolvido contendo nove itens relacionados às atividades diárias que abrangem dimensões físicas, psicológicas e sociais. No entanto, após o teste de validação, a medida relacionada a “fazer atividade física” foi considerada redundante e excluída do instrumento final, composto por oito itens (Tabela 1). São considerados no instrumento os impactos ocorridos nos seis meses anteriores à sua aplicação (ADULYANON; SHEIHAM, 1997).

Tabela 1. Desempenhos diários avaliados no *Oral Impacts on Daily Performances* (OIDP)*

Desempenho Físico
1. Comer
2. Escovar os dentes
3. Falar
Desempenho Psicológico
4. Dormir
5. Sorrir
6. Estabilidade emocional
Desempenho Social
7. Realização de atividade principal (trabalho)
8. Contato com pessoas

* Adaptado de ADULYANON et al, 1996.

A avaliação do OIDP pode ser realizada de duas maneiras. Como proposto originalmente, através de escore calculado pela multiplicação da frequência com o escore da gravidade em cada desempenho. O escore total é a soma de todos os scores de desempenho em um indivíduo, dividida pela pontuação máxima possível (8 desempenhos X 5 escores de frequência X 5 escores de gravidade = 200) e multiplicada por 100 para um resultado em porcentagem (ADULYANON; SHEIHAM, 1997). A segunda maneira consiste na avaliação dicotomizada em ocorrência ou não ocorrência de pelo menos um impacto em um desempenho diário avaliado (ASTROM; OKULLO, 2003; BRASIL, 2011; CORTES et al., 2002).

O impacto negativo das condições bucais na vida diária de adolescentes brasileiros, foi avaliada por Peres et al (2013), utilizando dados da SBBrasil 2010 para a faixa etária de 15 a

19 anos, revelando que 39,4% dos pesquisados apresentaram pelo menos um impacto negativo. Prevalências ainda maiores foram encontradas em estudos internacionais, como 62,0% na Uganda (ASTROM; OKULLO, 2003), 66,8% na Itália (BIANCO et al., 2009) e 54,6% no Sudão (NURELHUDA et al., 2010).

A interferência negativa das condições bucais na qualidade de vida de adolescentes está associada segundo estudos, tanto a agravos e doenças bucais como cárie não tratada, perda dentária, dor de dente, doença periodontal e má oclusão, quanto a características do indivíduo como gênero, raça e condições econômicas (BARBOSA et al., 2013; PERES et al., 2013; SILVEIRA et al., 2014).

2.3 ADOLESCENTE RURAL E QUILOMBOLA

A adolescência é uma fase da vida vivenciada de diferentes maneiras a depender de aspectos culturais de cada sociedade e do contexto e momento histórico no qual o adolescente está inserido (BRASIL, 2010; SANTOS; FÉLIX; MORAIS, 2012). Há uma multiplicidade de significações constituídas sobre o que é “ser adolescente” e essas definições variam de uma classe social para outra, entre espaços rurais e urbanos, entre outros aspectos (SANTANA et al., 2017).

Diversas relações sociais podem aumentar o grau de vulnerabilidade na adolescência, destaca-se as relações de gênero associadas à raça/etnia e classe social, as condições de vida, de saúde, de acesso ou não às informações, e a insuficiência de políticas públicas em saúde e educação e outros (BRÊTAS, 2010). Assim, ao discutir a saúde dos adolescentes, as pluralidades de adolescências existentes devem ser consideradas em função das distinções de condições de vida na sociedade.

Além dessas questões relacionadas a adolescência, é importante frisar que o local de residência configura uma dimensão constitutiva da situação de saúde bucal de grupos sociais. Indivíduos com perfis sociais semelhantes (sexo, escolaridade, grupo etário, entre outros) podem apresentar diferentes níveis de saúde bucal, a depender das condições de moradia e atributos desse local (disponibilidade de serviços odontológicos, equipamentos e rede de apoio social) (MOREIRA; NICO; TOMITA, 2007)

O adolescente residente em áreas rurais possui condições de vida distinta dos demais adolescentes. Iniquidades em saúde são encontradas em áreas rurais, como condições precárias de acesso e qualidade dos serviços de educação e saúde, e condições socioeconômicas

desfavoráveis (BRASIL, 2013). No meio rural, existem ainda grupos populacionais de maior vulnerabilidade, como os quilombolas (SILVA et al., 2017).

As comunidades remanescentes de quilombos estão localizadas em sua maioria em áreas rurais do Nordeste brasileiro, possuem trajetórias históricas próprias com presunção de ancestralidade negra, com costume e relações territoriais específica marcada pela segregação racial e resistência a opressão (BRASIL, 2003; BRASIL, 2017). Os adolescentes residentes nessas comunidades, convivem com vulnerabilidades sociais relacionadas ao seu local de moradia, como menor cobertura de abastecimento de água por rede geral de distribuição e de coleta regular de lixo, baixo grau de escolaridade e nível econômico (SILVA et al., 2017; SOUSA et al., 2017), assim como dificuldades no acesso ao serviço odontológico (SILVA et al, 2011).

Estudo com adolescentes rurais quilombolas e não quilombolas evidenciou que o contexto sociocultural traz diferenças entre esses adolescentes, embora ambos tenham relatado a preocupação por trabalhar ainda na adolescência para ajudar a família, essa preocupação foi maior entre os quilombolas. Os adolescentes quilombolas percebem a adolescência como um período passageiro e assumem precocemente as responsabilidades da vida adulta, sendo que essa concepção é reflexo do contexto social, econômico e cultural e da história de lutas para a melhoria das condições de vida que os quilombolas vêm buscando ao longo dos séculos (SANTANA et al., 2017).

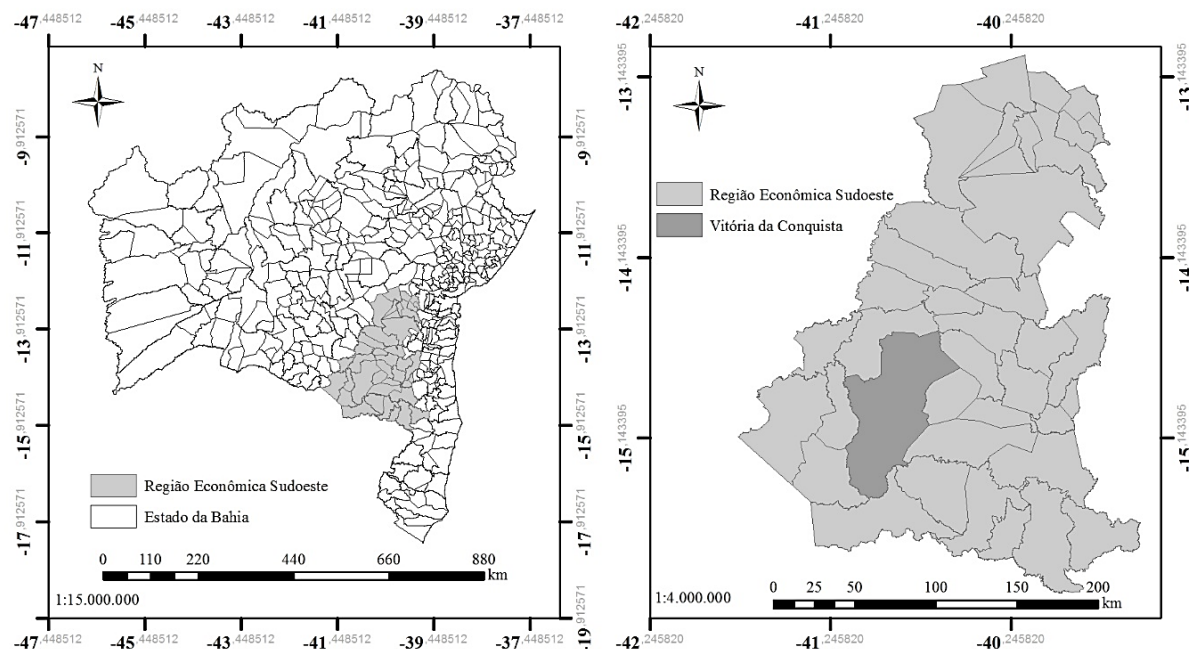
3 MÉTODOS

3.1 DESENHO E LOCAL DO ESTUDO

Este trabalho faz parte do Projeto ADOLESCER: Saúde do Adolescente da Zona Rural e seus Condicionantes, desenvolvido em 2015, com o objetivo de investigar os determinantes sociais, as condições de saúde, o acesso e utilização dos serviços de saúde por adolescentes residentes na zona rural de Vitória da Conquista - Bahia.

O município de Vitória da Conquista, de acordo com a divisão político-administrativa está localizado na macrorregião Sudoeste, à 510 km da capital do estado. Possui uma população estimada em 348.718 habitantes e uma área física de 3.704,018 km², é o terceiro maior município da Bahia e possui uma extensa área geográfica rural. O percentual de pobreza extrema é 39,7% da população, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal de 0,678 e o Índice de Gini de 0,47 (BRASIL, 2018).

Figura 2. Localização geográfica da macrorregião Sudoeste e do município de Vitória da Conquista, Bahia, 2017.



Projeção *Transverse Mercator*. Datum WGS 1984. Edição: 05/01/2017.

Fonte: Adaptado da Divisão Político-Administrativa da Bahia 2012: DIGEO/SEI - Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia - Coordenação de Cartografia e Geoprocessamento - CARTGEO, Coordenação de Recursos Naturais - CRNA, Divisão de Informação Geoambientais

3.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO E AMOSTRA

A população de estudo foi composta por adolescentes entre 10 e 19 anos de idade, residentes em 21 comunidades rurais. Foi dividida em dois estratos populacionais, quilombola e não quilombola. Sendo, o estrato quilombola formado pelos adolescentes residentes em nove comunidades remanescentes de quilombos reconhecidos pela Fundação Cultural Palmares (BRASIL, 2017).

A estimativa populacional foi realizada com base na identificação dos adolescentes adscritos na Estratégia de Saúde da Família, por meio das fichas A (ficha de cadastramento das famílias), preenchidas pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), e confirmada em posterior mapeamento. O universo amostral foi composto 811 adolescentes, sendo 350 quilombolas e 461 não quilombolas.

Para o cálculo amostral foram considerados como critérios: prevalência de 50%, dada à heterogeneidade dos eventos mensurados, precisão de 5%, nível de confiança de 95% e efeito de desenho igual a 1,0. Ao final, a amostra compreendeu 184 adolescentes quilombolas e 210 não quilombolas. Foram acrescidos 15% a estes totais para minimizar as possíveis perdas. Contudo, ao considerar que seria entrevistado apenas um adolescente por domicílio, e que no estrato quilombola o número de domicílios seria superado, foram acrescidos 7,1% para perdas nesse grupo.

A amostragem para o estrato não quilombola foi realizada em duas etapas. Primeiro, foram selecionados aleatoriamente os domicílios que tinham a presença de adolescentes, conforme a distribuição proporcional destes por comunidade. Posteriormente, houve seleção aleatória de adolescentes por domicílio. Já para o estrato quilombola, procedendo-se apenas seleção aleatória dos adolescentes por domicílio.

Foram determinadas como critério de exclusão, as situações em que os adolescentes e/ou responsáveis estavam impossibilitados de responder o questionário, por estarem alcoolizados no momento da coleta dos dados ou por apresentarem transtornos mentais graves com comprometimento cognitivo.

3.3 COLETA DE DADOS

3.3.1 Instrumentos de coleta de dados

O instrumento utilizado para a realização das entrevistas foi um questionário estruturado elaborado a partir de inquéritos realizados no Brasil. Para este estudo são utilizadas questões oriundas da Pesquisa Nacional de Saúde – PNS (BRASIL, 2013), Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE (BRASIL, 2012) e Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – SBBrasil (BRASIL, 2011) (Anexo 1).

O questionário foi dividido em dois blocos. O primeiro foi respondido pelo próprio adolescente (quando com idade maior ou igual a 18 anos) ou responsável, e abordou características gerais do domicílio, aspectos econômicos e escolaridade do chefe da família. O segundo bloco, foi respondido apenas pelo adolescente com questões relativas à saúde dos mesmos.

O instrumento sofreu adaptações pontuais para adequá-lo ao contexto rural e facilitar a compreensão por parte desta população, porém, mantendo ao máximo a estrutura original dos questionários já validados, para garantir a confiabilidade e comparabilidade das informações. Sua versão final foi submetida à pré-teste e estudo piloto, adequando quanto a: 1) linguagem; 2) sequência e coerência entre as questões; 3) instruções sobre as questões a serem saltadas; e, 4) o tempo necessário para a aplicação da entrevista.

3.3.2 Treinamento

A equipe de entrevistadores foi composta por estudantes de graduação dos cursos de Enfermagem, Farmácia, Nutrição, Medicina e Psicologia, que já haviam participado de projetos de pesquisa e/ou extensão anteriores na zona rural estudada. Foi realizado treinamento, ministrados por docentes, tendo como enfoques: abordagem ao adolescente, condução de entrevista, aspectos éticos, aferição de medidas antropométricas (peso e altura), manuseio e utilização de equipamentos e *softwares*, mapeamento territorial e identificação dos domicílios. As seguintes estratégias foram adotadas: dramatização de entrevistas; aferição de medidas antropométricas e aplicação das entrevistas em indivíduos internos e externos à comunidade universitária.

3.3.3 Estudo piloto

O estudo piloto foi realizado em dezembro de 2014, em uma comunidade rural não pertencente ao estudo principal. Os principais objetivos do estudo piloto foram avaliar o instrumento de coleta de dados, procedimento para obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido, abordagem e aplicação das entrevistas, protocolos operacionais, grau de participação, plano amostral, composição das equipes para execução da coleta de dados e identificar potenciais situações diferentes daquelas previstas inicialmente.

3.3.4 Sensibilização

A sensibilização englobou diversos dispositivos e atores sociais. A pesquisa ADOLESCER: Saúde do Adolescente da Zona Rural e seus Condicionantes foi apresentada em reuniões do Conselho Territorial Quilombola; da equipe da Estratégia de Saúde Família; e do Conselho Local de Saúde. O convite formal às famílias e adolescentes ocorreu concomitantemente ao mapeamento. Priorizou-se o diálogo com o (a) responsável pelo grupo familiar para apresentação sucinta dos objetivos do estudo e público alvo, ao tempo em que foi entregue material informativo impresso acerca da pesquisa. Procurou-se, sempre, dialogar brevemente com os adolescentes presentes no momento da sensibilização e mapeamento, com a finalidade de informar-lhes do estudo, e proporcionar a criação de vínculos.

3.3.5 Mapeamento

O mapeamento foi realizado pela equipe de trabalho com o apoio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Foram utilizados aparelho *Global Positioning System* - GPS (Garmin eTrex-30), com precisão de 10m e câmera digital. O registro de imagens (para auxiliar na posterior identificação) e a marcação dos pontos foram feitos em frente à porta principal dos domicílios e equipamentos das comunidades (igrejas, bares, escolas e campos de futebol). Os dados foram extraídos do GPS pelo programa *Easy GPS*, versão 5.21, e transferidos para o programa Google Earth®, versão 7.1.2.204, para a confecção dos mapas utilizados em campo.

3.3.6 Campo principal

O campo principal aconteceu entre os meses de janeiro e maio de 2015. Foram realizadas reentrevistas em 5% dos domicílios da amostra, no período de até sete dias após a primeira entrevista, no intuito de garantir a qualidade dos dados. Para aplicação dos instrumentos, a equipe foi dividida em duplas, formadas por um entrevistador e uma entrevistadora. Esse critério foi adotado com a finalidade de que os pares (entrevistador e entrevistado) fossem do mesmo sexo, como forma de minimizar possíveis constrangimentos e viés de informação.

Os entrevistadores utilizaram computadores portáteis (HP Pocket Rx5710) para aplicação dos instrumentos durante a coleta. O *software Questionnaire Development System* (QDS™; NOVA Research Company), versão 2.6.1, foi usado para programação e armazenamento dos dados. A utilização deste programa envolveu quatro funcionalidades: construção dos questionários, pelo aplicativo *Questionnaire Design Studio*; visualização dos questionários, por meio do CAPI e HAPI; e extração, armazenamento e gerenciamento do banco de dados, feito com o aplicativo *Warehouse Manager*.

A avaliação antropométrica foi realizada conforme parâmetros e pontos de cortes recomendados pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (BRASIL, 2011). O peso foi aferido em quilos (kg) utilizando balança eletrônica portátil da marca Marte (modelo LC 200pp), com capacidade de 200,0 kg e sensibilidade de 0,05 kg, estando os indivíduos descalços e vestindo roupas leves. A altura foi verificada através de um estadiômetro portátil da marca CauMaq (modelo est- 22), de extensão de 2 metros (m) e graduação em milímetros (mm), com os indivíduos descalços e em posição ereta.

3.4 ANÁLISES DOS DADOS

Questões referentes aos fatores socioculturais, ambientais, utilização de serviços odontológicos e comportamentos de risco para a saúde bucal foram utilizadas nesse trabalho. As variáveis dependentes foram escovação dentária insatisfatória, não utilização de fio dental e o impacto negativo da condição bucal na qualidade de vida.

A análise descritiva dos dados foi realizada por meio de distribuição de frequência simples para amostra total e por estrato quilombola e não quilombola. As diferenças entre as proporções foram avaliadas pelos teste qui-quadrado de Pearson e exato de Fisher (para categorias com $n < 5$).

Para identificação dos fatores associados aos hábitos inadequados de higiene bucal e ao impacto negativo da condição bucal na qualidade de vida foram utilizados modelos conceituais baseado em Petersen (2005), composto por dois blocos de variáveis (Figura 3 e 4). As estimativas de razão de prevalência e respectivos intervalos de confiança foram feitos por meio do modelo de Poisson com variância robusta para a amostral total e por estrato, quilombola e não quilombola. Todas as variáveis com nível de significância de menos de 20% ($p < 0,20$) foram incluídas na análise múltipla.

Foi adotada na análise múltipla a entrada hierárquica das variáveis em blocos. As variáveis do primeiro bloco permaneceram como fatores de ajuste para o segundo bloco hierarquicamente inferior, permanecendo no modelo aquelas que apresentaram nível de significância de 5% ($p < 0,05$). A comparação entre modelos foi feita pelo critério de Akaike (AIC) e de informação Bayesiana (BIC). A adequação dos valores preditos pelos modelos aos valores observados foi avaliada pelo qui-quadrado. O programa Stata, versão 15.0 (*Stata Corporation, College Station, USA*) foi utilizado para as análises.

Figura 3. Modelo conceitual para análise múltipla dos fatores associados aos hábitos de higiene bucal.

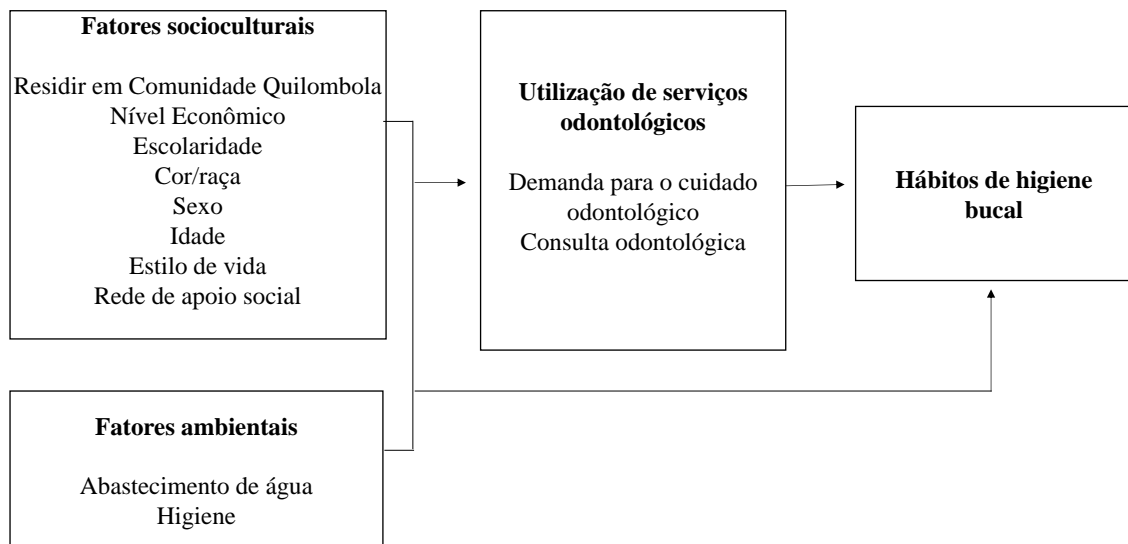
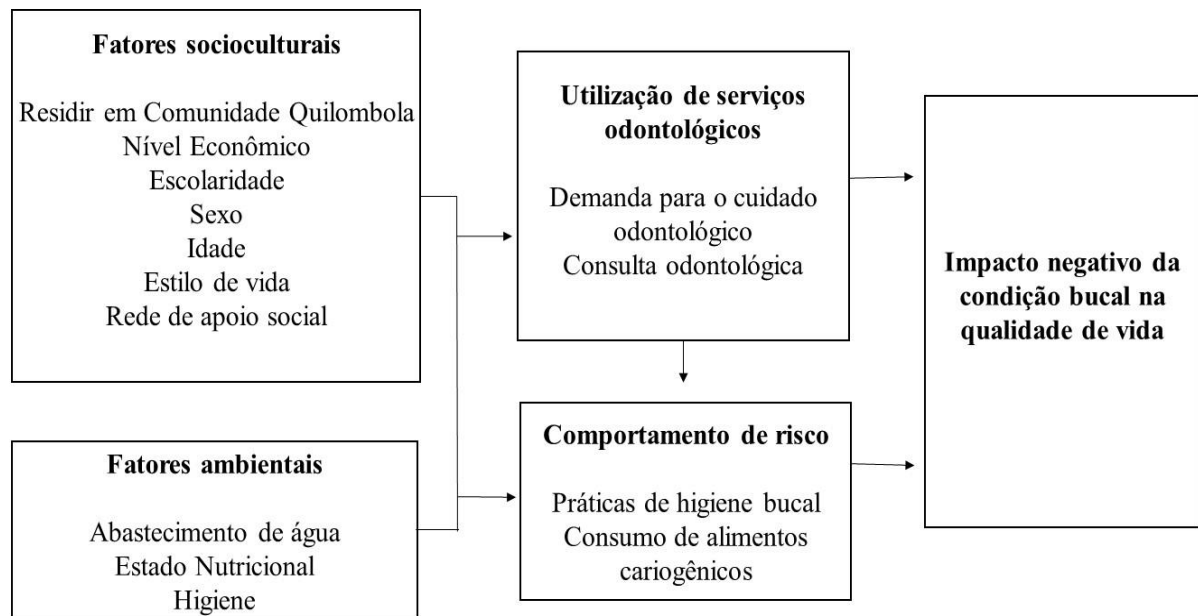


Figura 4. Modelo conceitual para análise múltipla dos fatores associados ao impacto negativo da condição bucal na qualidade de vida



3.5 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa ADOLESCER: Saúde do adolescente da zona rural e seus condicionantes foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos do Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia sob parecer de número 639.966 (Anexo 2). O termo de consentimento livre e esclarecido foi assinado pelos entrevistados maiores de 18 anos (pais/responsáveis ou adolescentes) (Anexo 3) e termo de assentimento livre e esclarecido para adolescentes menores de 18 anos (Anexo 4).

Conforme previsto na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, a privacidade e o anonimato dos adolescentes foram garantidos em todas as fases da pesquisa, inclusive na elaboração dos resultados (BRASIL, 2012). Foram também observados itens do Estatuto da Criança e do Adolescente, quando a abordagem aos adolescentes (BRASIL, 1990). Durante o procedimento da entrevista, os entrevistadores foram orientados a buscar um ambiente que garanta a confidencialidade das respostas e no qual o informante sentia-se confortável para responder o questionário.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA

Ao todo, foram realizadas 420 entrevistas domiciliares, 179 em domicílios quilombolas e 241 não quilombolas. Entre os adolescentes, foram realizadas 390 entrevistas e, destes, 167 residiam em comunidades quilombolas e 223 não quilombolas. Houve perdas diferenciais em relação ao sexo, com maior predominância no sexo masculino, para os adolescentes não quilombolas (p valor 0,038). Entretanto, a estimativa dos desfechos com e sem calibração para esta variável não apresentou diferenças significativas, assim as análises não levaram em consideração esse aspecto.

As famílias dos adolescentes entrevistados foram classificadas entre os níveis econômicos B e C (38,7%), D (46,9%) e E (14,4%). Destas, 67,6% eram beneficiárias do Programa Bolsa Família e 43,7% possuíam 5 ou mais residentes no domicílio. Tais características diferiram significativamente entre as duas populações (Tabela 2).

Quanto às características de moradia, 35,5% dos domicílios possuíam piso de cimento, terra ou outros, 17,5% tinham outras formas de abastecimento de água, que não a rede geral de distribuição, 31,9% não tinham água canalizada, 14,9% consumiam água sem tratamento, 55,0% possuíam 1 a 6 cômodos, 39,2% utilizavam predominantemente fogão a lenha, 22,6% não possuíam nenhum banheiro e 55,5% destinavam o lixo a ser queimado, enterrado ou jogado em rio ou lago ou outro. Variáveis como o tipo de piso do domicílio, utilização de água canalizada, tipo de tratamento da água para beber, tipo de fogão utilizado predominantemente, a quantidade de banheiros e a forma de destino do lixo evidenciaram diferenças estatisticamente significativas entre quilombolas e não quilombolas ($p < 0,05$) (Tabela 2).

A maioria dos adolescentes era do sexo feminino (51,3%), negros (76,4%), com idade ≤ 12 anos (33,8%) e ≥ 16 anos (35,9%), 91,0% frequentavam a escola, 61,2% tinha 6 anos ou mais de estudos. Destes, 28,2% já tinha experimentado uma dose de bebida alcoólica, 5,1% experimentado tabaco e 1,8% drogas ilícitas, 54,1% eram classificados como inativos com relação a prática de atividade física, 35,3% e 6,7% consumiam regulamente guloseimas e refrigerantes, respectivamente. Foram encontradas diferenças significativas referentes à raça/cor entre os estratos quilombola e não quilombola (Tabela 3).

A maior parte dos adolescentes afirmaram ter 3 ou mais amigos próximos (83,1%) e mora com pai e mãe (67,7%). Com relação aos aspectos psicossociais, 36,7% relataram terem

sentindo-se sozinhos às vezes, na maioria das vezes ou sempre nos últimos doze meses e 32,2% e 25,5% afirmaram que seus pais compreendiam seus problemas às vezes e nenhuma vez ou raramente, respectivamente. Dos adolescentes avaliados, 77,9% foram classificados com o estado nutricional eutrófico e 69,7% tinham o hábito de higienizar as mãos antes das refeições (Tabela 3).

Tabela 2. Características dos núcleos familiares dos adolescentes estudados na amostra total, estrato não quilombola e quilombola. Bahia, 2015.

Variáveis	Total		Não Quilombola		Quilombola		p valor [‡]
	n*	(%) [†]	n*	(%) [†]	n*	(%) [†]	
Nível econômico							<0,001
B e C	151	38,7	111	49,8	40	23,9	
D	183	46,9	92	41,3	91	54,5	
E	56	14,4	20	9,0	36	21,6	
Participação no programa bolsa família							<0,001
Sim	263	67,6	132	59,2	131	78,9	
Não	126	32,3	91	40,8	35	21,1	
Número de residentes no domicílio							0,123
1 a 4 residentes	219	56,3	133	59,6	86	51,8	
5 residentes e mais	170	43,7	90	40,4	80	48,2	
Tipo de piso							<0,001
Cimento/ Terra/ Outros	138	35,5	56	25,1	82	49,4	
Cerâmica, lajota ou pedra	251	64,5	167	74,9	84	50,6	
Abastecimento de Água							0,015
Rede geral de distribuição	321	83,6	193	86,5	128	77,1	
Outras formas	68	17,5	30	13,5	38	22,9	
Água canalizada							0,000
Sim	265	68,1	178	79,8	87	52,4	
Não	124	31,9	45	20,2	79	47,6	
Tratamento da água para beber							<0,001
Filtrada e outras formas	331	85,1	207	92,8	124	74,7	
Sem tratamento	58	14,9	16	7,2	42	25,3	
Números de cômodos no domicílio							0,046
1 a 6 cômodos	214	55,0	113	50,7	101	60,8	
7 cômodos e mais	175	45,0	110	49,3	65	39,2	
Tipo de fogão utilizado predominantemente							<0,001
Lenha	152	39,2	58	26,1	94	57,0	
Gás de botijão	236	60,8	165	73,9	71	43,0	
Quantidade de Banheiros							<0,001
Nenhum	88	22,6	31	13,9	57	34,4	
1 e mais	301	77,4	192	86,1	109	65,7	
Destino do lixo							<0,001
Coletado por serviço	173	44,5	144	64,6	29	17,5	
Queimado/ enterrado/ jogado em rio ou lago/Outro	216	55,5	79	35,4	137	82,5	

* n: número de indivíduos; [†]Frequência relativa; [‡] Valor de p calculado pelo qui-quadrado para comparação entre os estratos quilombola e não quilombola.

Tabela 3. Características da população estudada na amostra total, adolescentes quilombolas e não quilombolas. Bahia, 2015.

Variáveis	Total		Não Quilombola		Quilombola		Valor de p [‡]
	n*	(%) [†]	n*	(%) [†]	n*	(%) [†]	
Sexo							0,273
Feminino	200	51,3	109	48,9	91	54,5	
Masculino	190	48,7	114	51,1	76	45,5	
Cor							0,003
Não negro	92	23,6	65	29,1	27	16,2	
Negro	298	76,4	158	70,9	140	83,8	
Idade							0,748
≤ 12 anos	132	33,8	79	35,4	53	31,8	
13 a 15 anos	118	30,3	66	29,6	52	31,1	
≥ 16 anos	140	35,9	78	35,0	62	37,1	
Frequenta a escola							0,281
Sim	355	91,0	206	92,4	149	89,2	
Não	35	9,0	17	7,6	18	10,8	
Anos de estudo							0,505
Até 5 anos	151	38,8	83	37,4	68	40,7	
6 ou mais	238	61,2	139	62,6	99	59,3	
Experimentação de uma dose de bebida alcoólica							0,106
Não	280	71,8	153	68,6	127	76,0	
Sim	110	28,2	70	31,4	40	24,0	
Experimentação de tabaco							0,794
Não	370	94,9	211	94,6	159	95,2	
Sim	20	5,1	12	5,4	8	4,8	
Experimentação de drogas ilícitas							0,704
Não	383	98,2	218	97,7	165	98,8	
Sim	7	1,8	5	2,3	2	1,2	
Prática de atividade física							0,781
Maior ou igual 300 min/semana	179	45,9	101	45,3	78	46,7	
Menor que 300 min/semana	211	54,1	122	54,7	89	53,3	
Consumo regular de guloseimas							0,353
Não	253	64,9	149	66,8	104	62,3	
Sim	137	35,3	74	33,2	63	37,7	
Consumo regular de refrigerante							0,642
Não	364	93,3	207	92,8	157	94,0	
Sim	26	6,7	16	7,2	10	6,0	
Amigos próximos							0,731
Até dois amigos	66	16,9	39	17,5	27	16,2	
3 ou mais	324	83,1	184	82,5	140	83,8	
Composição familiar							0,186
Mora com pai e mãe	264	67,7	157	70,4	107	64,1	
Não mora com ambos os pais	126	32,3	66	29,6	60	35,9	
Sentimento de solidão							0,793
Nunca ou raramente	247	63,3	140	62,8	107	64,1	
Às vezes / Na maioria das vezes / Sempre	143	36,7	83	37,2	60	35,9	
Compreensão dos problemas pelos pais							0,984
Na maior parte do tempo ou sempre	163	42,3	93	42,5	70	42,2	
Às vezes	124	32,2	71	32,4	53	31,9	
Nenhuma vez ou raramente	98	25,5	55	25,1	43	25,9	
Estado Nutricional							0,655
Eutrofia	297	77,9	169	76,8	128	79,5	
Magreza/Desnutrição	13	3,4	9	4,1	4	2,5	
Sobrepeso/Obesidade	71	18,6	42	19,1	29	18,0	
Hábitos de higienização das mãos antes das refeições							0,319
Na maior parte do tempo ou sempre	272	69,7	160	71,7	112	67,1	
Às vezes / nenhuma vez / raramente	118	30,3	63	28,3	55	32,9	

*n: número de indivíduos; [†]Frequência relativa; [‡] Valor de p calculado pelo qui-quadrado para comparação entre os estratos quilombola e não quilombola.

4.2 ARTIGO ORIGINAL 1 – HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL ENTRE ADOLESCENTES RURAIS QUILOMBOLAS E NÃO QUILOMBOLAS¹

RESUMO

Este estudo avaliou os hábitos de higiene bucal e sua associação com fatores socioculturais, ambientais e relacionados à utilização de serviços odontológicos entre adolescentes rurais quilombolas e não quilombolas do interior da Bahia. Foi um estudo transversal realizado em 2015. Estimaram-se prevalências e razões de prevalências para os desfechos e foi conduzida análise múltipla por regressão de Poisson com variância robusta. Foram entrevistados 390 adolescentes, 42,8% quilombolas. Escovação dentária insatisfatória e não uso do fio dental foram encontrados em 33,3% e 46,7% dos adolescentes, respectivamente. Mostraram aumentar a escovação dentária insatisfatória: sexo masculino (RP=1,45), não morar com ambos os pais (RP=1,45), menor hábito de lavar as mãos (RP=1,72) e pior autoavaliação da saúde bucal (RP=1,38). Com o não uso de fio dental, mostraram-se associados: nível econômico E (RP=1,54), maior idade (RP=0,91) menor hábito de lavar as mãos (RP=1,53) e pior autoavaliação da saúde bucal (RP=1,33). Distintos fatores associados foram observados entre quilombolas e não quilombolas. Ressalta-se a necessidade de se considerar as especificidades das populações para a promoção da saúde bucal dos adolescentes e a importância da intersetorialidade entre educação e saúde e a atenção às famílias.

Palavras-Chave: Saúde Bucal; Adolescente; Saúde da População Rural; Origem Étnica e Saúde.

1. Artigo submetido ao número temático Adolescência e Juventude: condições de vida e saúde, protagonismo social e subsídios para políticas públicas no Brasil e em Portugal da revista *Ciência & Saúde Coletiva*.

INTRODUÇÃO

A adolescência, fase da vida situada entre a infância e a idade adulta, é considerada um período em que se requisita atenção diferenciada no que tange a saúde geral e bucal¹. Transformações fisiológicas, psicológicas e sociais, típicas dessa fase, tornam esse grupo populacional mais vulnerável a situações de risco à sua saúde².

A saúde bucal é um aspecto relevante na vida dos adolescentes. Uma percepção desfavorável da saúde bucal influencia na autoestima e na socialização desse grupo^{3,4}. Entre os agravos bucais que podem interferir na qualidade de vida dos adolescentes estão a cárie dentária não tratada, ocorrência de dor dentária, oclusopatia grave, perda dentária e sangramento gengival^{5,6}.

Uma das formas de prevenção das doenças e agravos bucais é a higiene bucal adequada, sendo a escovação dentária e o uso de fio dental ferramentas indispensáveis¹. Estudos brasileiros evidenciam que as prevalências de escovação dentária (três vezes ou mais por dia) variam entre 49,8 a 77,0% entre os adolescentes. Entretanto, o uso de fio dental ainda não é um hábito consolidado quando comparado com a escovação, com frequências que variam de 0,5% a 51,0%^{7,8}.

Os hábitos de higiene bucal são influenciados por diferentes fatores relacionados ao indivíduo e à sua família. Observam-se maiores prevalências de hábitos insatisfatórios nos adolescentes do sexo masculino, com menor nível econômico e grau de escolaridade materna, que relatam sentir-se sozinhos^{7,9,10}. Estudos internacionais têm revelado que baixas prevalências de escovação dentária e uso de fio dental estão associados à residência em áreas rurais^{11,12}. No Brasil, um estudo com crianças e adolescentes rurais de 6 a 12 anos evidenciou escovação dentária de três vezes ou mais ao dia em 56,4% e uso de fio dental em 26,4% dos entrevistados¹³.

O local de residência configura-se uma dimensão constitutiva da situação de saúde bucal de grupos sociais. Indivíduos com perfis sociais semelhantes podem apresentar diferentes níveis de saúde bucal a depender da localidade de moradia e atributos desse local¹⁴.

Os adolescentes quilombolas residem em sua maioria em comunidades rurais com relações territoriais específicas, relacionadas com a resistência à opressão histórica sofrida por essa população^{15,16}. Convivem com vulnerabilidades sociais relacionadas ao seu local de moradia, como menor cobertura de abastecimento de água por rede geral de distribuição e de

coleta regular de lixo, baixo grau de escolaridade e renda familiar, quando comparada com as demais comunidades rurais¹⁷, assim como dificuldades no acesso ao serviço odontológico¹⁸.

Diante do exposto, este trabalho teve como objetivo avaliar os hábitos de higiene bucal e sua associação com fatores socioculturais, ambientais e relacionados à utilização de serviços odontológicos entre adolescentes rurais quilombolas e não quilombolas de uma área rural do interior da Bahia.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, de base populacional e abordagem domiciliar, realizado com adolescentes entre 10 e 19 anos de idade, residentes em 21 comunidades rurais quilombolas reconhecidas pela Fundação Cultural Palmares (FCP)¹⁵ e não quilombolas de Vitória da Conquista, BA. Este estudo faz parte da pesquisa *Adolescer: Saúde do Adolescente da Zona Rural e seus Condicionantes*, aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos do Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia sob parecer de número 639.966.

A estratégia amostral considerou a extensão territorial e a população de adolescentes residentes nas comunidades rurais, a fim de garantir a representatividade e viabilidade da pesquisa. Foram utilizados como princípios amostrais: selecionar domicílios proporcionalmente ao número de adolescentes por comunidade e entrevistar apenas um adolescente por domicílio. Além disso, para possibilitar a obtenção de estimativas válidas para as populações quilombolas e não quilombolas, a amostra foi calculada separadamente para cada estrato.

A população de pesquisa foi estimada em 811 adolescentes, divididos em dois estratos: quilombolas (n=350) residentes nas comunidades quilombolas reconhecidas pela FCP e não quilombolas (n=461). Esse universo amostral foi obtido a partir de um levantamento realizado nas Unidades de Saúde da Família e confirmado em posterior mapeamento das comunidades.

Para o delineamento amostral foram considerados como critérios: prevalência de 50%, dada à heterogeneidade dos eventos mensurados, precisão de 5%, nível de confiança de 95% e efeito de desenho igual a 1,0, totalizando 184 adolescentes quilombolas e 210 não quilombolas. Foram acrescidos 15% para minimizar as possíveis perdas. Contudo, ao considerar que seria entrevistado apenas um adolescente por domicílio e, entre os quilombolas, o número de domicílios seria superado, foram acrescidas 7,1% para perdas nesse grupo.

A amostragem para o estrato não quilombola foi realizada no primeiro momento selecionando aleatoriamente os domicílios que tinham a presença de adolescentes, seguido a distribuição proporcional destes por comunidade. Posteriormente, houve seleção aleatória de adolescentes por domicílio. Já para o estrato quilombola, procedeu-se apenas seleção aleatória dos adolescentes por domicílio. Considerou-se como critério de exclusão a presença de transtornos mentais graves com comprometimento cognitivo entre os adolescentes e/ou responsáveis.

O instrumento utilizado para a realização das entrevistas foi um questionário estruturado elaborado a partir de inquéritos realizados no Brasil. Para este estudo, foram utilizadas questões oriundas da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE)¹⁹, da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)²⁰ e da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SBBrasil)²¹.

O questionário foi dividido em dois blocos, o primeiro contendo questionamentos sobre características domiciliares e econômicas foi respondido pelo adolescente (quando com idade maior ou igual a 18 anos) ou por seu responsável. O segundo bloco, foi respondido apenas pelo adolescente, contendo informações sobre o mesmo.

Foi realizado o estudo piloto em dezembro de 2014 com adolescentes rurais não pertencentes ao estudo principal. A coleta de dados aconteceu entre os meses de janeiro e maio de 2015. Foram realizadas re-entrevistas em 5% dos domicílios da amostra, no período de até sete dias após a primeira entrevista, no intuito de garantir a qualidade dos dados.

Os hábitos de higiene bucal foram avaliados a partir da frequência de escovação dentária e a utilização de fio dental. A frequência de escovação dentária foi obtida a partir da pergunta *“Nos últimos 30 dias, quantas vezes por dia você usualmente escovou os dentes?”* com as seguintes opções de respostas: a) Não escovei meus dentes nos últimos 30 dias, b) Uma vez por dia, c) Duas vezes por dia, d) Três vezes por dia, e) Quatro ou mais vezes por dia e f) Não escovei meus dentes diariamente. Já o uso de fio dental foi obtido a partir do seguinte questionamento *“O que você usa para fazer a limpeza da sua boca?”*, em que uma das perguntas secundárias era *“Fio dental?”* (não; sim). Para fins de análises bivariada e multivariada foram consideradas como desfechos: (1) frequência insatisfatória de escovação dentária, quando inferior a três vezes ao dia; (2) não utilização do fio dental.

As variáveis independentes foram selecionadas levando em consideração um modelo conceitual baseado em Petersen²², organizado em dois blocos. O primeiro bloco foi constituído pelos fatores socioculturais e ambientais e o segundo bloco por variáveis relacionadas à utilização de serviços odontológicos.

Os fatores socioculturais foram: nível econômico²³ (B e C – níveis mais altos; D; E – nível mais baixo); sexo; cor/raça, categorizada em negro (pardos e pretos) e não negro (brancos, amarelos e indígenas); idade; escolaridade; experimentação de uma dose de bebida alcoólica; experimentação de tabaco; experimentação de drogas ilícitas; prática de atividade física; número de amigos próximos; composição familiar; sentimento de solidão nos últimos 12 meses; compreensão dos problemas pessoais pelos pais nos últimos 30 dias.

Possui como principal fonte de abastecimento de água a rede geral de distribuição foi considerado um fator ambiental, assim como o hábito de higienizar as mãos antes das refeições. O segundo bloco foi composto pelas seguintes variáveis: autoavaliação da saúde bucal; percepção da necessidade de tratamento dentário; dor dentária nos últimos 6 meses; e consulta odontológica no último ano.

Foi realizada uma análise descritiva das características relacionadas à saúde bucal por meio da distribuição de frequência absoluta e relativa para amostra total e por estrato quilombola e não quilombola, assim como estimativa da prevalência de escovação dentária e uso de fio dental. As diferenças entre as proporções foram avaliadas pelos testes qui-quadrado de Pearson e exato de Fisher (para categorias com $n < 5$).

Para identificar as variáveis associadas à escovação dentária menor que três vezes ao dia e a não utilização de fio dental realizou-se análise bivariada. As estimativas de razão de prevalência e respectivos intervalos de confiança foram feitos por meio do modelo de Poisson com variância robusta para a amostral total e por estrato, quilombola e não quilombola. Todas as variáveis com nível de significância de menos de 20% ($p < 0,20$) foram incluídas na análise múltipla.

Foi adotada na análise múltipla a entrada hierárquica das variáveis em blocos. As variáveis do primeiro bloco permaneceram como fatores de ajuste para o segundo bloco hierarquicamente inferior, permanecendo no modelo aquelas que apresentaram valor de $p < 0,05$. A comparação entre modelos foi feita pelo critério de Akaike e de informação Bayesiana. A adequação dos valores preditos pelos modelos aos valores observados foi avaliada pelo qui-quadrado. O programa Stata, versão 15.0 (*Stata Corporation, College Station, USA*) foi utilizado para as análises dos dados.

RESULTADOS

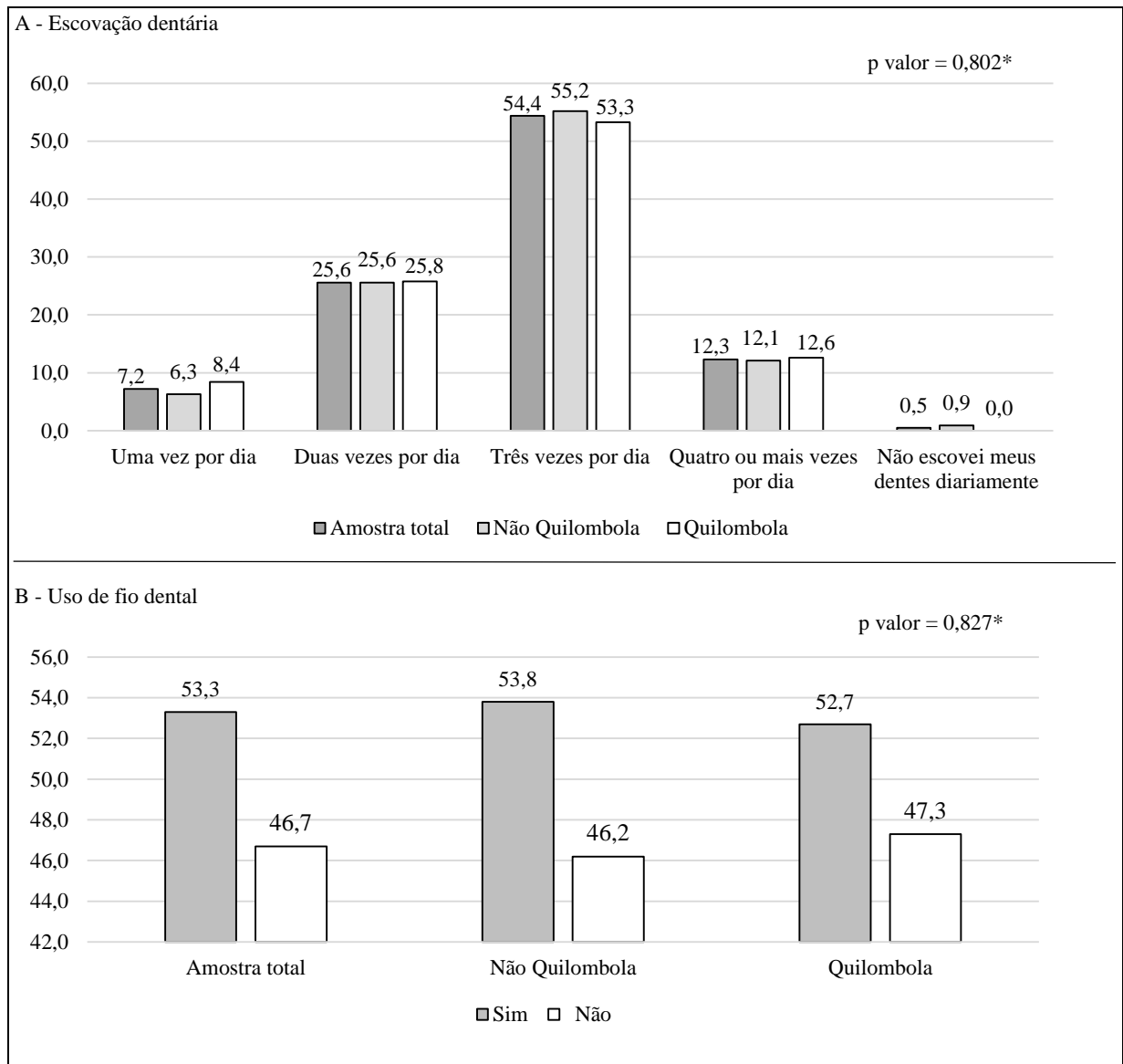
Foram entrevistados 390 adolescentes, dos quais 42,8% eram quilombolas. O hábito de escovação dentária menor que três vezes ao dia foi observado em 33,3% da amostra total, em 32,7% dos adolescentes não quilombolas e em 34,1% dos quilombolas (Figura 1A). A prevalência de não uso de fio dental foi de 46,7% para o total de adolescentes e de 46,2% e 47,3% entre não quilombolas e quilombolas, respectivamente (Figura 1B). Não foram encontradas diferenças significativas entre os dois estratos avaliados.

A maioria dos adolescentes relatou utilizar escova dental e dentifrício (99,7%) para realizar a higiene bucal e 49,5% afirmaram substituir a escova dental com menos de 3 meses de uso. Quanto à saúde bucal, 63,0% dos adolescentes consideraram sua saúde bucal boa ou muito boa, 48,1% relataram necessidade de tratamento dentário e 2,6% de prótese dentária total, 19,6% afirmaram dor dentária nos últimos seis meses e 73,1% disseram estar satisfeito ou muito satisfeito com seus dentes e boca (Tabela 1).

Do total de adolescentes, 15,6% relataram nenhuma consulta odontológica na vida e 33,2% nenhuma consulta odontológica no último ano. Dos adolescentes que já realizaram uma consulta odontológica, 67,8% utilizaram o serviço público e 66,8% foi uma Unidade de Saúde da Família, 50,8% realizaram por motivo de limpeza, manutenção, revisão ou prevenção, 41,9% devido a dor de dente, extração, problemas na gengiva e tratamento dentário e 7,3% para manutenção de aparelho ortodôntico ou orçamentos, 85,4% consideraram a última consulta boa ou muito boa. Diferenças entre adolescentes quilombolas e não quilombolas foram observadas apenas para a variável consulta odontológica alguma vez na vida em que 22,7% e 10,3% relataram nenhuma consulta, respectivamente (Tabela 1).

A escovação dentária insatisfatória foi significativamente superior nos adolescentes do sexo masculino, que moravam apenas com um ou com nenhum dos pais, não higienizavam as mãos antes das refeições frequentemente e consideravam sua saúde bucal regular, ruim ou muito ruim (Tabela 2).

Entre os adolescentes não quilombolas, observou-se associação positiva e significativa entre a escovação dentária insatisfatória e sexo masculino, morar apenas com um dos pais ou não morar com os pais, higienização das mãos antes das refeições às vezes, raramente ou nenhuma vez e não realização de consulta odontológica no último ano. Foi observada associação negativa com relatos de compreensão dos pais acerca de seus problemas pessoais às vezes nos últimos 30 dias. No estrato quilombola, a escovação dentária menor que três vezes ao dia foi mais prevalente entre os que não higienizavam as mãos antes das refeições frequentemente e os que afirmaram ter uma saúde bucal regular, ruim/muito ruim (Tabela 2).

Figura 1. Prevalência de escovação dentária e uso de fio dental na amostra total, não quilombola e quilombola. Bahia, 2015.

A – Escovação dentária. B – Uso de fio dental.

*p valor calculado pelo teste qui-quadrado de Pearson para comparação entre quilombolas e não quilombolas

Em relação a não utilização do fio dental, na amostra total foi observada associação positiva e significativa com nível econômico E, ausência da rede geral de distribuição como principal forma de abastecimento de água, higienização das mãos antes das refeições às vezes, raramente ou nenhuma vez, e saúde bucal regular, ruim ou muito ruim. Foi observada associação negativa e significativa com a maior idade e escolaridade (Tabela 3).

A não utilização do fio dental foi mais prevalente entre os adolescentes não quilombolas do nível econômico E, que relataram não higienizar as mãos antes das refeições frequentemente e não consultaram um dentista no último ano, e menos prevalente entre os adolescentes com maior idade e escolaridade. Entre os quilombolas, observou-se associação positiva com a

Tabela 1. Características relacionadas à saúde bucal na amostra total, adolescentes quilombolas e não quilombolas. Bahia, 2015.

Variáveis	Total		Não Quilombola		Quilombola		Valor de p [‡]
	n*	(%) [†]	n*	(%) [†]	n*	(%) [†]	
Uso de escova dental							1,000
Não	1	0,3	1	0,4	0	0,0	
Sim	389	99,7	222	99,6	167	100,0	
Uso de dentifrício							1,000
Não	1	0,3	1	0,4	0	0,0	
Sim	389	99,7	222	99,6	167	100,0	
Substituição da escova dental							0,156
Com menos de 3 meses	193	49,5	119	53,4	74	44,3	
Entre 3 meses e menos de 6 meses	155	39,7	84	37,7	71	42,5	
Entre 6 meses e mais / Nunca trocou	42	10,8	20	9,0	22	13,2	
Autoavaliação da saúde bucal							0,375
Muito boa/boa	245	63,0	144	64,9	101	60,5	
Regular / ruim / muito ruim	144	37,0	78	35,1	66	39,5	
Necessidade de tratamento dentário							0,577
Não	202	51,9	118	53,1	84	50,3	
Sim	187	48,1	104	46,9	83	49,7	
Necessidade de prótese dentária total							0,855
Não	380	97,4	217	97,3	163	97,6	
Sim	10	2,6	6	2,7	4	2,4	
Dor dentária nos últimos seis meses							0,521
Não	312	80,4	181	81,5	131	78,9	
Sim	76	19,6	41	18,4	35	21,1	
Satisfação com os dentes/boca							0,251
Muito satisfeito/ Satisfeito	285	73,1	165	74,0	120	71,9	
Nem satisfeito nem insatisfeito	71	18,2	43	19,3	28	16,8	
Insatisfeito/ Muito insatisfeito	34	8,7	15	6,7	19	11,4	
Consulta odontológica alguma vez na vida							0,001
Sim	329	84,4	200	89,7	129	77,3	
Não	61	15,6	23	10,3	38	22,7	
Consulta odontológica no último ano							0,431
Sim	260	66,8	152	68,5	108	64,7	
Não	129	33,2	70	31,5	59	35,3	
Tipo de serviço da última consulta odontológica							0,706
Serviço particular	106	32,2	66	33,0	40	31,0	
Serviço público	223	67,8	134	67,0	89	69,0	
Local da última consulta odontológica							0,231
Unidade Saúde da Família	219	66,8	126	63,3	93	72,1	
Consultório particular ou clínica privada	88	26,8	58	29,2	30	23,3	
Outros	21	6,4	15	7,5	6	4,6	
Motivo da última consulta odontológica							0,227
Limpeza, manutenção, revisão ou prevenção	167	50,8	106	53,0	61	47,3	
Dor de dente/ Extração/ Problemas na gengiva/ Tratamento dentário	138	41,9	77	38,5	61	47,3	
Aparelho ortodôntico/ Orçamento/ Outros	24	7,3	17	8,5	7	5,4	
Avaliação da última consulta odontológica							0,730
Muito bom/ Bom	281	85,4	170	85,0	111	86,0	
Regular	35	10,6	23	11,5	12	9,3	
Ruim / Muito ruim	13	4,0	7	3,5	6	4,7	

*n: número de indivíduos; [†]Frequência relativa; [‡] Valor de p calculado pelo qui-quadrado para comparação entre os estratos quilombola e não quilombola.

compressão dos problemas pessoais pelos pais nenhuma vez ou raramente nos últimos 30 dias e com ausência da rede geral de distribuição como principal forma de abastecimento de água e negativa com a maior idade e não terem consultado odontólogo no último ano (Tabela 3).

Os seguintes fatores mostraram-se independentemente associados à escovação dentária insatisfatória na amostra total: ser do sexo masculino (RP=1,45 IC95%=1,10–1,92); morar apenas com um dos pais ou não morar com os pais (RP=1,45 IC95%=1,11–1,90); higienizar as mãos antes das refeições às vezes, raramente ou nenhuma vez (RP=1,72 IC95%=1,32–2,24); e relatar saúde bucal ruim ou muito ruim (RP=1,38 IC95%=1,05–1,82). Para o estrato não quilombola, ser do sexo masculino (RP=1,96 IC95%=1,32–2,91), morar apenas com um dos pais ou não morar com os pais (RP=1,57 IC95%=1,12–2,21), higienizar as mãos antes das refeições às vezes, raramente ou nenhuma vez (RP=1,91 IC95%=1,36–2,68) e não ter consultado um dentista no último ano (RP=1,50 IC95%=1,04–2,16) estiveram positivamente associados. Para o quilombola, associação positiva foi encontrada com higienização as mãos antes das refeições às vezes frequentemente (RP=1,59 IC95%=1,05–2,40) e relato de uma saúde bucal ruim ou muito ruim (RP=1,72 IC95%=1,12–2,62) (Tabela 4).

A não utilização de fio dental na amostra total mostrou-se independentemente associado ao nível econômico E (RP=1,54 IC95%=1,19–2,01), idade (RP=0,91 IC95%=0,88–0,95), higienizar as mãos antes das refeições às vezes, raramente ou nenhuma vez (RP=1,53 IC95%=1,25–1,88) e relatar saúde bucal ruim ou muito ruim (RP=1,33 IC95%=1,09–1,64) (Tabela 4).

Entre os adolescentes não quilombolas, mantiveram-se independentemente associados ao não uso de fio dental: nível econômico E (RP=1,57 IC95%=1,12–2,22), idade (RP=0,91 IC95%=0,86–0,95), higienizar as mãos antes das refeições às vezes, raramente ou nenhuma vez (RP=1,71 IC95%=1,31–2,23) e não ter consultado um dentista no último ano (RP=1,31 IC95%=1,00–1,71). Nos quilombolas, encontrou-se associação positiva com compreensão dos problemas pessoais pelos pais às vezes, raramente ou nenhuma vez nos últimos 30 dias (RP=1,51 IC95%=1,04–2,20 às vezes e RP=1,64 IC95%=1,11–2,42) nenhuma vez ou raramente), ausência da rede de distribuição como principal forma de abastecimento de água (RP=1,46 IC95%=1,07–2,00) e relatar saúde bucal ruim ou muito ruim (RP=1,51 IC95%=1,12–2,05) e associação negativa com ter maior idade (RP=0,91 IC95%=0,86–0,97) (Tabela 4).

Tabela 2. Prevalência, razão de prevalência e intervalo de confiança 95% de escovação dentária menor que três vezes ao dia para a amostra total, não quilombola e quilombola. Bahia, 2015.

Variáveis	Amostra Total				Não Quilombola				Quilombola			
	n*	P (%)†	RP‡	IC95%§	n*	P (%)†	RP‡	IC95%§	n*	P (%)†	RP‡	IC95%§
Fatores socioculturais												
Nível econômico												
B e C	46	30,5	1,00	-	34	30,6	1,00	-	12	30,0	1,00	-
D	64	35,0	1,15	0,84 – 1,59	33	35,9	1,17	0,79 – 1,73	31	34,1	1,13	0,65 – 1,98
E	20	35,8	1,17	0,76 – 1,80	6	30,0	0,97	0,47 – 2,02	14	38,9	1,29	0,69 – 2,43
Sexo												
Feminino	56	28,0	1,00	-	25	22,9	1,00	-	31	34,1	1,00	-
Masculino	74	38,9	1,39	1,04 – 1,85	48	42,1	1,83	1,22 – 2,75	26	34,2	1,00	0,65 – 1,53
Cor												
Não negro	31	33,7	1,00	-	22	33,8	1,00	-	9	33,3	1,00	-
Negro	99	33,2	0,98	0,70 – 1,37	51	32,3	0,95	0,63 – 1,44	48	34,3	1,03	0,57 – 1,84
Idade												
	130	-	0,98	0,93 – 1,03	73	-	0,99	0,93 – 1,06	57	-	0,95	0,88 – 1,03
Escolaridade												
	130	-	0,98	0,93 – 1,03	73	-	0,98	0,91 – 1,05	57	-	0,98	0,90 – 1,07
Experimentação de bebida alcoólica												
Não	88	31,4	1,00	-	48	31,4	1,00	-	40	31,5	1,00	-
Sim	42	38,2	1,21	0,90 – 1,63	25	35,7	1,13	0,77 – 1,69	17	42,5	1,34	0,86 – 2,10
Experimentação de tabaco												
Não	124	33,5	1,00	-	68	32,3	1,00	-	56	35,2	1,00	-
Sim	6	30,0	0,89	0,45 – 1,78	5	41,8	1,29	0,64 – 2,60	1	12,5	0,35	0,05 – 2,25
Experimentação de drogas ilícitas												
Não	127	33,2	1,00	-	70	32,1	1,00	-	57	34,5	-	-
Sim	3	42,9	1,29	0,54 – 3,07	3	60,0	1,86	0,89 – 3,93	0	0,00	-	-
Prática de atividade física												
Maior ou igual 300 min/semana	63	35,2	1,00	-	37	36,6	1,00	-	26	33,3	1,00	-
Menor que 300 min/semana	67	31,7	0,90	0,68 – 1,19	36	29,5	0,80	0,55 – 1,17	31	34,8	1,04	0,68 – 1,60
Amigos próximos												
Até 2 amigos	18	27,3	1,00	-	12	30,7	1,00	-	6	22,2	1,00	-
3 ou mais	112	34,6	1,26	0,83 – 1,93	61	33,1	1,07	0,64 – 1,80	51	36,4	1,63	0,78 – 3,44
Composição familiar												
Mora com pai e mãe	77	29,2	1,00	-	44	28,0	1,00	-	33	30,8	1,00	-
Mora apenas com o pai e com a mãe / Não mora com os pais	53	42,1	1,44	1,09 – 1,90	29	43,9	1,57	1,08 – 2,27	24	40,0	1,30	0,85 – 1,98
Sentimento de solidão												
Nunca ou raramente	77	31,2	1,00	-	44	31,4	1,00	-	33	30,9	1,00	-
Às vezes / Na maioria das vezes / sempre	53	37,1	1,19	0,89 – 1,58	29	34,9	1,11	0,76 – 1,63	24	40,0	1,30	0,85 – 1,98
Compreensão dos problemas pelos pais												
Na maior parte do tempo ou sempre	56	34,4	1,00	-	36	38,7	1,00	-	20	28,6	1,00	-
Às vezes	35	28,3	0,82	0,58 – 1,17	15	21,1	0,54	0,32 – 0,92	20	37,7	1,32	0,79 – 2,19
Nenhuma vez ou raramente	37	37,8	1,09	0,79 – 1,53	21	38,2	0,99	0,64 – 1,51	16	37,2	1,30	0,79 – 2,23

Fatores Ambientais													
Abastecimento de água por rede geral de distribuição													
Sim	101	31,5	1,00	-	61	31,6	1,00	-	40	31,2	1,00	-	
Não	28	41,2	1,30	0,94 – 1,81	12	40,0	1,26	0,78 – 2,06	16	42,1	1,35	0,85 – 2,12	
Higienização das mãos antes das refeições													
Na maior parte do tempo ou sempre	74	27,2	1,00	-	42	26,2	1,00	-	32	28,6	1,00	-	
Às vezes / nenhuma vez / raramente	56	47,5	1,74	1,33 – 2,29	31	49,2	1,87	1,30 – 2,69	25	45,5	1,59	1,05 – 2,40	
Utilização dos serviços odontológicos													
Autoavaliação da saúde bucal													
Muito boa/ boa	67	27,3	1,00	-	41	28,5	1,00	-	26	25,7	1,00	-	
Regular / ruim / muito ruim	62	43,1	1,57	1,19 – 2,09	31	39,8	1,39	0,95 – 2,03	31	47,0	1,82	1,20 – 2,78	
Necessidade de tratamento dentário													
Não	69	34,2	1,00	-	41	34,7	1,00	-	28	33,3	1,00	-	
Sim	60	32,1	0,94	0,71 – 1,25	31	29,8	0,86	0,58 – 1,26	29	34,9	1,04	0,69 – 1,60	
Dor dentária nos últimos seis meses													
Não	107	34,3	1,00	-	63	34,8	1,00	-	44	33,6	1,00	-	
Sim	21	27,6	0,80	0,54 – 1,20	9	21,9	0,63	0,34 – 1,16	12	34,3	1,02	0,60 – 1,72	
Consulta odontológica no último ano													
Sim	79	30,4	1,00	-	41	27,0	1,00	-	38	35,2	1,00	-	
Não	51	39,5	1,30	0,98 – 1,73	32	45,7	1,69	1,17 – 2,44	19	32,2	0,92	0,58 – 1,44	

*n: número de indivíduos; †P: prevalência de escovação menor que três vezes ao dia; ‡RP: razão de prevalência; § IC95%: intervalo de 95% de confiança.

Tabela 3. Prevalência, razão de prevalência e intervalo de confiança 95% de não utilização de fio dental para a amostra total, não quilombola e quilombola. Bahia, 2015.

Variáveis	Amostra Total				Não Quilombola				Quilombola			
	n*	P (%)†	RP‡	IC95%§	n*	P (%)†	RP‡	IC95%§	n*	P (%)†	RP‡	IC95%§
Fatores socioculturais												
Nível econômico												
B e C	64	42,4	1,00	-	47	42,3	1,00	-	17	42,5	1,00	-
D	81	44,3	1,04	0,81 – 1,34	42	45,6	1,08	0,79 – 1,47	39	42,9	1,01	0,65 – 1,55
E	37	66,1	1,56	1,20 – 2,03	14	70,0	1,65	1,15 – 2,37	23	63,9	1,50	0,97 – 2,33
Sexo												
Feminino	89	44,5	1,00	-	47	43,1	1,00	-	42	46,1	1,00	-
Masculino	93	48,9	1,10	0,89 – 1,36	56	49,1	1,14	0,85 – 1,52	37	48,7	1,05	0,76 – 1,45
Cor												
Não negro	49	53,3	1,00	-	34	52,3	1,00	-	15	55,6	1,00	-
Negro	133	44,6	0,84	0,66 – 1,05	69	43,7	0,83	0,62 – 1,12	64	45,7	0,82	0,56 – 1,21
Idade												
	182	-	0,91	0,88 – 0,95	103	-	0,91	0,86 – 0,96	79	-	0,91	0,86 – 0,97
Escolaridade												
	182	-	0,92	0,89 – 0,96	103	-	0,91	0,87 – 0,96	79	-	0,94	0,88 – 1,00
Experimentação de bebida alcoólica												
Não	131	46,8	1,00	-	72	47,1	1,00	-	59	46,5	1,00	-
Sim	51	46,4	0,99	0,78 – 1,25	31	44,3	0,94	0,69 – 1,29	20	50,0	1,08	0,75 – 1,55
Experimentação de tabaco												
Não	173	46,8	1,00	-	98	46,4	1,00	-	75	47,2	1,00	-
Sim	9	45,0	0,96	0,58 – 1,58	5	41,7	0,90	0,45 – 1,78	4	50,0	1,06	0,52 – 2,16
Experimentação de drogas ilícitas												
Não	178	46,5	1,00	-	100	45,8	1,00	-	78	47,3	1,00	-
Sim	4	57,1	1,23	0,64 – 2,36	3	60,0	1,31	0,63 – 2,72	1	50,0	1,06	0,26 – 4,29
Prática de atividade física												
Maior ou igual 300 min/semana	81	45,3	1,00	-	47	46,5	1,00	-	34	43,6	1,00	-
Menor que 300 min/semana	101	47,8	1,05	0,85 – 1,31	56	45,9	0,99	0,74 – 1,31	45	50,6	0,43	0,84 – 1,61
Amigos próximos												
Até 2 amigos	26	39,4	1,00	-	18	46,1	1,00	-	8	29,6	1,00	-
3 ou mais	156	48,1	1,22	0,89 – 1,68	85	46,2	1,00	0,69 – 1,45	71	50,7	1,71	0,94 – 3,13
Composição familiar												
Mora com pai e mãe	128	48,5	1,00	-	75	47,8	1,00	-	53	49,5	1,00	-
Mora apenas com o pai e com a mãe / Não mora com os pais	54	42,9	0,88	0,69 – 1,12	28	42,4	0,89	0,64 – 1,23	26	43,3	0,87	0,62 – 1,24
Sentimento de solidão												
Nunca ou raramente	113	45,7	1,00	-	62	44,3	1,00	-	51	47,7	1,00	-
Às vezes / Na maioria das vezes / sempre	69	48,2	1,05	0,85 – 1,31	41	49,4	1,12	0,84 – 1,49	28	46,6	0,98	0,70 – 1,37
Compreensão dos problemas pelos pais												
Na maior parte do tempo ou sempre	75	46,0	1,00	-	49	52,7	1,00	-	26	37,1	1,00	-
Às vezes	56	45,2	0,98	0,76 – 1,27	28	38,4	0,74	0,53 – 1,06	28	52,8	1,42	0,95 – 2,11
Nenhuma vez ou raramente	50	51,2	1,10	0,86 – 1,43	25	45,4	0,86	0,61 – 1,22	25	58,1	1,56	1,05 – 2,33

Fatores Ambientais													
Abastecimento de água por rede geral de distribuição													
Sim	140	43,6	1,00	-	87	45,1	1,00	-	53	41,4	1,00	-	
Não	41	60,3	1,38	1,10 – 1,74	16	53,3	1,18	0,82 – 1,71	25	65,8	1,59	1,17 – 2,16	
Higienização das mãos antes das refeições													
Na maior parte do tempo ou sempre	111	40,8	1,00	-	62	38,7	1,00	-	49	43,7	1,00	-	
Às vezes / nenhuma vez / raramente	71	60,2	1,47	1,20 – 1,81	41	65,1	1,68	1,29 – 2,19	30	54,5	1,25	0,90 – 1,72	
Utilização dos serviços odontológicos													
Autoavaliação da saúde bucal													
Muito boa/ boa	103	42,0	1,00	-	61	41,4	1,00	-	42	41,6	1,00	-	
Regular / ruim / muito ruim	78	54,2	1,29	1,04 – 1,59	41	52,6	1,24	0,93 – 1,65	37	56,1	1,35	0,98 – 1,85	
Necessidade de tratamento dentário													
Não	92	45,5	1,00	-	51	43,2	1,00	-	41	48,8	1,00	-	
Sim	89	47,6	1,04	0,84 – 1,29	51	49,0	1,13	0,85 – 1,51	38	45,8	0,94	0,68 – 1,29	
Dor dentária nos últimos seis meses													
Não	148	47,4	1,00	-	86	47,5	1,00	-	62	47,3	1,00	-	
Sim	32	42,1	0,89	0,66 – 1,18	16	39,0	0,82	0,54 – 1,24	16	45,7	0,96	0,64 – 1,45	
Consulta odontológica no último ano													
Sim	119	45,8	1,00	-	61	40,1	1,00	-	58	53,7	1,00	-	
Não	62	48,1	1,05	0,84 – 1,31	41	58,6	1,45	1,11 – 1,93	21	35,6	0,66	0,45 – 0,97	

*n: número de indivíduos; †P: prevalência de não utilização de fio dental; ‡RP: razão de prevalência; § IC95%: intervalo de 95% de confiança.

Tabela 4. Fatores associados à escovação dentária menor que três vezes ao dia e ao não uso de fio dental, segundo modelo de regressão, para a amostra total, não quilombola e quilombola. Bahia, 2015.

Escovação dentária insatisfatória						
Variáveis	Amostra Total		Não Quilombola		Quilombola	
	RP*	IC95%†	RP*	IC95%†	RP*	IC95%†
Sexo						
Feminino	1,00	-	1,00	-	-	-
Masculino	1,45	1,10 – 1,92	1,96	1,32 – 2,91	-	-
Composição familiar						
Mora com pai e mãe	1,00	-	1,00	-	-	-
Mora com apenas um dos pais ou não mora com os pais	1,45	1,11 – 1,90	1,57	1,12 – 2,21	-	-
Higienização das mãos antes das refeições						
Na maior parte do tempo ou sempre	1,00	-	1,00	-	1,00	-
Às vezes / raramente/ nenhuma vez	1,72	1,32 – 2,24	1,91	1,36 – 2,68	1,59	1,05 – 2,40
Autoavaliação da saúde bucal						
Muito boa/boa	1,00	-	-	-	1,00	-
Regular/ Ruim/ Muito ruim	1,38	1,05 – 1,82	-	-	1,72	1,12 – 2,62
Consulta odontológica no último ano						
Sim	-	-	1,00	-	-	-
Não	-	-	1,50	1,04 – 2,16	-	-
Não uso de fio dental						
Variáveis	Amostra Total		Não Quilombola		Quilombola	
	RP*	IC95%†	RP*	IC95%†	RP*	IC95%†
Nível econômico						
B e C	1,00	-	1,00	-	-	-
D	1,03	0,82 – 1,31	1,04	0,78 – 1,40	-	-
E	1,54	1,19 – 2,01	1,57	1,12 – 2,22	-	-
Idade	0,91	0,88 – 0,95	0,91	0,86 – 0,95	0,91	0,86 – 0,97
Compreensão dos problemas pelos pais						
Na maior parte do tempo ou sempre	-	-	-	-	1,00	-
Às vezes	-	-	-	-	1,51	1,04 – 2,20
Nenhuma vez ou raramente	-	-	-	-	1,64	1,11 – 2,42
Abastecimento de água por rede geral de distribuição						
Sim	-	-	-	-	1,00	-
Não	-	-	-	-	1,46	1,07 – 2,00
Higienização das mãos antes das refeições						
Na maior parte do tempo ou sempre	1,00	-	1,00	-	-	-
Às vezes / raramente/ nenhuma vez	1,53	1,25 – 1,88	1,71	1,31 – 2,23	-	-
Autoavaliação da saúde bucal						
Muito boa/boa	1,00	-	-	-	1,00	-
Regular / Ruim/ Muito ruim	1,33	1,09 – 1,64	-	-	1,51	1,12 – 2,05
Consulta odontológica no último ano						
Sim	-	-	1,00	-	-	-
Não	-	-	1,31	<1,00 – 1,71	-	-

*RP: razão de prevalência ajustada; †IC95%: intervalo de 95% de confiança

DISCUSSÃO

Hábitos satisfatórios de higiene bucal, escovação dentária e uso de fio dental, foram encontrados na maioria da população estudada. Os adolescentes quilombolas e não quilombolas não diferiram em relação à prevalência desses hábitos, contudo, diferenças foram encontradas nos fatores socioculturais, ambientais e relacionados a utilização dos serviços odontológicos associados a essas práticas.

Freire et al¹⁰, em um estudo com estudantes brasileiros do 9º ano do Ensino Fundamental, encontraram resultados semelhantes ao presente estudo para a escovação dentária duas vezes ou mais ao dia nos anos de 2009 (95,2%) e 2012 (91,7%). Contudo, a escovação três vezes ou mais ao dia, apontada por diversos estudos como a frequência diária recomendada para adolescência, apresentou prevalência inferior à encontrada entre adolescentes de diferentes regiões brasileiras^{4,7,8,24}. A utilização do fio dental foi superior ao apresentado por estudos realizados com crianças e adolescentes (9 a 12 anos) da zona rural de Pernambuco (33,3%)¹³, com adolescentes rurais e urbanos em Campina Grande, PB (0,5%)⁸ e com adolescentes urbanos de outras regiões brasileiras^{4,7}. Estudos internacionais apresentaram prevalências inferiores de escovação dentária e de utilização do fio dental que o encontrado no presente estudo^{11,25-37}.

A literatura evidencia que os brasileiros possuem uma boa frequência nos hábitos de higiene bucal, no entanto, a qualidade dessa higienização deixa a desejar¹. Essa situação contribui para que a erradicação das doenças bucais no país ainda seja uma realidade distante. No entanto, destaca-se que não apenas práticas individuais são responsáveis pelo cuidado em saúde bucal, e sim que, na falta de outros tipos de políticas sociais, essas práticas tornam-se ainda mais importantes¹.

Os adolescentes quilombolas e não quilombolas não diferiram em relação às prevalências de escovação dentária e utilização do fio dental, mas diferenças foram encontradas na utilização dos serviços odontológicos alguma vez na vida e nos fatores associados aos hábitos de higiene bucal insatisfatórios, evidenciando que há especificidades entre esses grupos.

A semelhança nas prevalências de aspectos comportamentais relacionados à saúde entre quilombolas e não quilombolas foi também relatada por Silva et al²⁸, em estudo sobre a experimentação do tabaco nessa mesma população. Sugere-se que o convívio social desses adolescentes na escola poderia favorecer o contato e a influência mútua entre eles, transpondo efeitos da família, do ambiente e da sua vizinhança^{11, 29}. Esse convívio é ainda mais evidente em regiões rurais, nas quais a oferta de serviços educacionais é reduzida quando comparada às urbanas.

A diferença quanto à realização de consulta odontológica alguma vez na vida pode ser explicada, em parte, pela localização das unidades de saúde da família que, em sua maioria, tem sede nas comunidades não quilombolas. As ações das equipes de saúde nas comunidades quilombolas acontecem cerca de uma vez ao mês em unidades satélites que não possuem a infraestrutura necessária para a consulta odontológica²⁹. Assim o atendimento odontológico

restringe-se à sede da unidade de saúde da família e nas demais comunidades são realizadas ações educativas. Fatos que se somam à obrigatoriedade da presença de um responsável maior de 18 anos para o primeiro atendimento odontológico do adolescente³⁰, o que aumenta a dificuldade do primeiro acesso dos adolescentes quilombolas aos serviços odontológicos. Gomes et al³⁵, ao estudar a utilização dos serviços de saúde pela população adulta quilombola de Vitória da Conquista, sugeriu que existe uma maior dificuldade de acesso aos serviços pelos quilombolas devido às iniquidades enfrentadas por essa população, sobretudo piores condições sociais e econômicas.

Os adolescentes do sexo masculino apresentaram maior prevalência de escovação dentária insatisfatória, resultado corroborado por outros estudos⁷⁻¹⁰. Este comportamento pode ser explicado por uma maior preocupação das adolescentes em relação à estética e aos cuidados com a higiene bucal devido aos padrões sociais e culturais vigentes³². No estrato quilombola, no entanto, essa diferença entre os sexos não foi observada; mais estudos são necessários para uma melhor compreensão das especificidades desse grupo.

A condição socioeconômica associou-se apenas à utilização do fio dental na amostra total e entre os não quilombolas, resultado semelhante a outros estudos com adolescentes^{7,33}. O fio dental, em comparação com a escova de dente, é um produto mais caro e seu uso é um hábito menos consolidado, o que pode ter influenciado na maior utilização pelos adolescentes de maior nível econômico³⁶. A Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente, prevê a disponibilidade de cuidados odontológicos básicos apropriados à população³⁴, entretanto, para isso, não apenas a escova dental e o dentifrício fluoretado seriam necessários, mas também a distribuição do fio dental, o que possivelmente reduziria a influência das condições econômicas no estabelecimento do hábito.

A maior homogeneidade da população quilombola em relação ao nível econômico pode ter contribuído para que essa variável não permanecesse no modelo final para esse estrato. Além disso, é prática local a realização de atividades educativas com a população rural sobre a confecção do fio dental de forma artesanal (ráfia) utilizando sacos de linhagem, material de fácil acesso nas comunidades rurais e quilombolas, pelos profissionais das equipes de saúde bucal.

O aumento de um ano de idade reduziu em cerca de 9% a prevalência de não utilização do fio dental, relação já evidenciada em estudo com adolescentes da Paraíba⁸. A maior atenção à saúde bucal está relacionada com a afetividade e o convívio social³⁵, aspectos que podem contribuir para um maior cuidado entre os adolescentes de maior idade.

Os aspectos familiares influenciaram os hábitos de higiene bucal dos adolescentes rurais, resultado corroborado por outros trabalhos⁷. Davoglio *et al*⁷ discutem que quando os adolescentes não são compreendidos pelos pais, podem assumir uma postura de desinteresse com sua aparência e autocuidado como forma de protesto. Além disso, indivíduos que vivem sozinhos ou que apresentam baixa satisfação com suas relações sociais tendem a adotar menos comportamentos preventivos de saúde³⁶.

Os achados desse trabalho mostram que a atenção à saúde com foco nas famílias pode trazer bons resultados à saúde bucal dos adolescentes. Considerando que nas áreas rurais a Estratégia de Saúde da Família (ESF) comumente está presente, atividades educativas voltadas para o núcleo familiar poderiam ser desenvolvidas pela equipe de saúde bucal, assim como pelo agente comunitário de saúde, especialmente por meio das visitas domiciliares.

A higiene bucal é um componente da higiene corporal, mas que, para ser realizada adequadamente, necessita de aprendizado³⁴. Estudos evidenciam que a higiene bucal está significativamente associada aos hábitos de higiene rotineiros como tomar banhos e troca de roupas íntimas^{9,37}. No presente estudo, a escovação dentária menor que três vezes ao dia e a não utilização do fio dental foi mais prevalente entre os adolescentes que relataram não higienizar as mãos antes das refeições frequentemente.

Entre os quilombolas, a não utilização do fio dental foi mais prevalente em adolescentes que não tinham a rede geral de distribuição como principal forma de abastecimento de água em seu domicílio, o que reforça a vulnerabilidade e a necessidade das práticas de autocuidado nesse grupo, já que o mesmo tem menos acesso contínuo à água fluoretada. A fluoretação das águas de abastecimento público é obrigatória no Brasil desde 1974, no entanto a não-universalidade no acesso à água fluoretada mantém extenso número de pessoas à margem desse benefício reconhecidamente eficaz e que apresenta boas relações de custo-efetividade³⁸.

A autoavaliação da saúde bucal como regular, ruim ou muito ruim foi uma das variáveis associadas aos hábitos insatisfatórios de higiene bucal. A concordância entre a condição clínica e a autopercepção da saúde bucal ocorre geralmente em casos mais dolorosos e estéticos mais severos, enquanto outros problemas bucais mais leves são subestimados³⁹. A condição bucal precária tem impactos negativos nas atividades diárias dos adolescentes, entre elas, a maior dificuldade na escovação dentária. Uma escovação dentária menos frequente pode ser então consequência da pior condição bucal, o que pode influenciar o resultado encontrado no presente estudo. Ressalta-se que a percepção da saúde bucal está relacionada também a características socioculturais e subjetivas dos indivíduos³⁹.

A ausência de consulta odontológica no último ano apresentou-se como um fator que aumenta os hábitos de higiene bucal insatisfatórios apenas para o estrato não quilombola. O contato do profissional de odontologia com o adolescente influencia na adoção de hábitos satisfatórios de higiene bucal. Todavia, apesar do trabalho odontológico ser relevante, este resolve problemas individuais reconhecidos pelos que o utilizam. Em termos populacionais, o cuidado à saúde bucal resulta de uma gama de fatores – biológicos, psicológicos e sociais³⁹.

As políticas de saúde bucal são ainda recentes no Brasil e têm como objetivo a promoção, prevenção de doenças e recuperação da saúde bucal dos indivíduos. Entretanto, ainda são enfatizadas as práticas voltadas à recuperação, o que torna necessário um redirecionamento do processo de trabalho, a fim de criar suporte para atenção integral à saúde e às necessidades dos diferentes grupos populacionais³⁹.

As Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal preveem a realização de atividades de higiene bucal supervisionadas para que a autonomia seja desenvolvida, com vistas ao autocuidado³⁴. Contudo, essas atividades são comumente direcionadas ao público infantil, não abrangendo os adolescentes, principalmente aqueles mais velhos. Medidas de caráter coletivo possibilitam a economia de recursos financeiros e humanos e são fundamentais dentro de um sistema único de saúde para a garantia da integralidade da atenção, principalmente em locais mais vulneráveis, como as áreas rurais e comunidades tradicionais.

As ações de saúde bucal precisam ser abrangentes e intersetoriais. Sabe-se que as ações de promoção são mais efetivas quando diferentes setores que influenciam na saúde são envolvidos, a exemplo do setor educacional. A escola constitui-se como um espaço privilegiado para práticas promotoras da saúde, preventivas e de educação para saúde com adolescentes com apoio e participação das equipes das unidades de saúde.

O presente estudo apresenta algumas limitações. Por tratar-se de um estudo de delineamento transversal, não é possível inferir a temporalidade de algumas das associações observadas. O tamanho da amostra não foi planejado para testar diferenças entre quilombolas e não quilombolas, logo, pode não ter havido suficiente poder amostral para algumas variáveis, entretanto, esse fato não compromete as diferenças observadas e descritas. Além disso, não foram coletadas informações das condições clínicas dos adolescentes, a técnica utilizada para a escovação e utilização do fio dental, assim como os horários das higienizações, impossibilitando a análise desses aspectos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os hábitos de higiene bucal foram evidenciados na maioria dos adolescentes rurais, tanto em quilombolas, quanto em não quilombolas. Entretanto, a escovação três vezes ou mais ao dia apresentou baixa prevalência.

Estudos sobre hábitos de higiene bucal constituem uma demanda importante em nosso país, sendo que um dos pressupostos das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal é de utilizar a epidemiologia e as informações do território para subsidiarem o planejamento. Entretanto, as pesquisas com adolescentes são realizadas na maior parte com escolares e residentes na zona urbana. Assim, o presente trabalho adquire relevância por ter sido desenhado de modo a propiciar uma visão dos adolescentes de zona rural, incluindo adolescentes quilombolas.

O cuidado com a saúde bucal demanda ações intersetoriais que considerem aspectos inerentes ao adolescente, em seu contexto social/familiar, com a finalidade de promover uma atenção integral e resolutiva a saúde bucal na adolescência. As ações de educação em saúde devem considerar os traços culturais e levar em consideração que a saúde bucal é um componente da saúde e transcende a Odontologia. A percepção da saúde bucal como um direito humano e não como um privilégio deve ser cada vez mais fortalecida, especialmente nas populações de vulnerabilidade reconhecida.

AGRADECIMENTOS

Às famílias e adolescentes rurais, entrevistadores, Agentes Comunitários de Saúde e demais profissionais das equipes da Estratégia de Saúde da Família, fundamentais na execução desse trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Silva Junior IF, Aguiar NL, Barros RC, Arantes DC, Nascimento LS. Saúde Bucal do Adolescente: Revisão de Literatura. *Rev Adolesc. Saúde* [periódico na Internet]. 2016 agosto [acessado em 2017 Abr 19]; 13, supl.1, p.95-103. Disponível em: <http://www.adolescenciaesaude.com>
2. World Health Organization (WHO). *Nutrition in adolescence – Issues and Challenges for the Health Sector* [Internet] 2005 [acessado 2017 Mar 09]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43342/1/9241593660_eng.pdf.

3. Barbosa TB, Junqueira SR, Frias AC, Araujo ME. Interferência da Saúde Bucal em funções Biológicas e Sociais Segundo a percepção de Adolescentes Brasileiros. *Rev Pesq Bras Odontoped Clin Integr* [periódico na Internet]. 2013 Abr-Jun [acessado 2017 Abr 02];13(2)171-176. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63730017006>.
4. Silveira MF, Marôco JP, Freire RS, Barros Lima Martins AME, Marcopito LF. Impacto da saúde bucal nas dimensões físicas e psicossocial: uma análise através da modelagem com equações estruturais. *Cad. Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2014 Jun [acessado 2017 Mar 18];30(6):1-15. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n6/pt_0102-311X-csp-30-6-1169.pdf
5. Peres KG, Peres MA, Araujo CLP, Menezes AMB, Hallal PC. Social and dental status along the life course and oral health impacts in adolescents: a population-based birth cohort. *Biomed Central* [periódico na Internet] 2009 [acessado 2017 nov 23]. Disponível em: <http://www.hqlo.com/content/7/1/95>
6. Peres, KG, Cascaes AM, Leão ATT, Côrtes MIS, Vettore, MV. Aspectos sociodemográficos e clínicos da qualidade de vida relacionada à saúde bucal em adolescentes. *Rev Saúde Pública* [periódico na Internet] 2013 [acessado 2017 out 09]; 47 (3) 19-28. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003489102013000900019&script=sci_abstract&tlng=pt
7. Davoglio RS, Ganzo de Castro Aerts DR, Abegg C, Freddo SL, Monteiro L. Fatores associados a hábitos de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos entre adolescentes. *Cad. Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2009 Mar [acessado 2017 fev 12]; 25(3):665-667. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n3/20.pdf>.
8. Melo FGC, Cavalcanti AL. Hábitos de higiene bucal e uso dos serviços odontológicos em estudantes de escolas públicas do município de Campina Grande, Paraíba. *HU Revista* [periódico na Internet]. 2009 Jul-Set [acessado 2017 Abr 20];35, n.3, p191-198. Disponível em: <https://hurevista.ufjf.emnuvens.com.br/hurevista/article/view/721>
9. Vettore MV, Moysés SJ, Sardinha LMV, Iser BPM. Condições socioeconômicas, frequência de escovação dentária e comportamentos em saúde em adolescentes brasileiros: uma análise a partir da Pesquisa Nacional de Saúde escolar (PeNSE). *Cad. Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2012 [acessado 2017 Mar 18]28 sup: S101-S113. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v28s0/11.pdf>
10. Freire MCM, Jordão LMR, Malta DC, Andrade SSC, Peres MA. Desigualdades econômicas e mudanças nos comportamentos em saúde bucal de adolescente brasileiros de 2009 a 2012. *Rev Saúde Pública* [periódico na Internet] 2015[acessado 2017 Abr 9];49-50. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v49/pt_0034-8910-rsp-S0034-89102015049005562.pdf
11. Pereira C, Veiga N, Amaral O, Pereira. Comportamentos de saúde oral em adolescentes portugueses. *Rev Port Saúde Pública* [periódico na Internet] 2013 Jul. [acessado 2017 Mar 18] 31(2):145-152. Disponível em: <http://www.elsevier.pt/pt/revistas/revista-portuguesa-saude-publica-323/artigo/comportamentos-saude-oral-em-adolescentes-portugueses S0870902513000278>

12. Zhu L, Petersen PE. Oral health knowledge, attitudes and behaviour of children and adolescents in China. *Rev. International Dental Journal* [periódico na Internet] 2003 [acessado 2017 Abr 02] v.53 n .5. 289-298. Disponível em: http://www.who.int/oral_health/media/en/orh_knowledge_china.pdf
13. Menezes VA, Lorena RPF, Rocha LCB, Leite AF, Ferreira JMS, Granville-Garcia AF. Práticas de higiene bucal, uso de serviço odontológico e autopercepção de saúde bucal de escolares da zona rural de Caruaru, PE, Brasil. *Rev. Odonto ciên* [periódico na Internet] 2010 [acessado 2017 Mar 02];25(1) 25-31. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/roc/v25n1/06.pdf>
14. Moreira RS, Nico LS, Tomita NE. A relação entre o espaço e a saúde bucal coletiva: por uma epidemiologia georreferenciada. *Cien Saude Colet* [periódico na Internet] 2007 [acessado 2017 Abr 20];12(1):275-284. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n1/27.pdf>
15. Fundação Cultural Palmares. *Certidões expedidas às comunidades remanescentes de quilombos (CRQs) atualizada até a portaria nº 268/2017*. 2017. [acessado 2017 Out 22]. Disponível em: <http://www.palmares.gov.br/>
16. Brasil. Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003. Regulamento o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 21 nov. 2003 [acessado 2014 Jul 13]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/d4887.htm
17. Silva EKP, Medeiros DS, Martins PC, Sousa LA, Lima GP, Rêgo MAS et al. Insegurança alimentar em comunidades rurais no Nordeste brasileiro: faz diferença ser quilombola?. *Cad. Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2017 Jun [acessado 2017 Out 22]; 33(4):e00005716 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000405013&lng=en.
18. Silva MEA, Rosa PCF, Neves ACC, Rode SM. Necessidade protética da população quilombola de Santo Antônio do Guaporé- Rondônia- Brasil. *Rev Braz Dent Sci* [periódico na Internet] 2011 Jul-Dez [acessado 2017 Mar 18];14(1-2)62-66. Disponível em: <http://ojs.fosjc.unesp.br/index.php/cob/article/view/676>
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Questionário PENSE 2012* [internet]. 2012 [acessado 2014 Jun 16]. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=52908>
20. Pesquisa Nacional de Saúde - PNS. *Questionário do Domicílio* [internet]. 2013 [acessado 2014 Jun 16]. Disponível em: <http://www.pns.icict.fiocruz.br/arquivos/Domiciliar/Modulo%20A-PNS.pdf>
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Atenção a Vigilância em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. Projeto SBBrasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Resultados Principais. Brasília, DF, 2011 [acessado 2016 Out. 22]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/CNSB/sbbrasil/arquivos/projeto_sb2010_

22. Petersen PE. Sociobehavioural risk factors in dental caries – international perspectives. *Community Dent Oral Epidemiol* [periódico na Internet] 2005 [acessado 2017 Ago 02]; 33: 274–9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16008634>
23. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de classificação econômica Brasil. [site da Internet] 2017 [acessado 2017 Abr 19]. Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil>
24. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional De Saúde Escolar (PeNSE, 2015) [internet]. 2016 [acessado 2016 Set 05]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/população/pense/2015/default.shtm>
25. Pengpid S, Peltzer K. Hygiene Behaviour and Associated Factors among In-School Adolescents in Nine African Countries. *Int.J. Behav. Med.* [periódico na Internet] 2011 [acessado em 2017 Mar 18] 18:150–159. Disponível em? <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20593258>
26. Barata C, Veiga N, Mendes C, Araújo F, Ribeiro O, Coelho I. Determinação do CPOD e comportamentos de saúde oral numa amostra de adolescentes do concelho de Mangualde. *Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac* [periódico na Internet] 2013. [acessado em 2017 Mar 18];5 4(1):27–32. Disponível em: www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1646289013000046
27. Casanova-Rosado AJ, Medina-Solís CE, Casanova-Rosado JF, Vallejos-Sánchez AA, Minaya-Sánchez M, Mendoza-Rodríguez M, et al. Tooth brushing frequency in Mexican schoolchildren and associated socio-demographic, socioeconomic, and dental variables. *Med Sci Monit.* [periódico na Internet] 2014 Jun [acessado em 2017 Abr 02]; 7;20:938-44. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24907713>
28. Silva RMA, Bezerra V, Medeiros DS. Experimentação de tabaco e fatores associados entre adolescentes da zona rural de Vitória da Conquista, Ba, Brasil. *Cien Saude Colet* [periódico na internet] 2017 Mar. [acessado 2017 Out 22] No prelo 2017. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/experimentacao-de-tabaco-e-fatores-associados-entre-adolescentes-da-zona-rural-de-vitoria-da-conquista-ba-brasil/16171>
29. Santana KC, Teles N, Oliveira MHB, Medeiros DS. Direito à saúde: adolescentes quilombolas em comunidades rurais de Vitória da Conquista (BA). In: Oliveira MHB, Erthal RMC, Vianna MB, Matta JLJ, Vasconcellos LCF, Bonfatti RJ, organizadores. *Direitos humanos e saúde: construindo caminhos, viabilizando rumos*. Rio de Janeiro: Cebes, 2017. v. 1. p. 53-68.
30. Conselho Federal de Odontologia. *Código de Ética Odontológica*. 2012. [acessado 2017 Out 23]. Disponível em: http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2009/09/codigo_etica.pdf
31. Gomes KO Reis EA, Guimarães MDC, Cherchiglia ML. Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2013 Set [acessado 2017 Out 23];29(9):1829-1842. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2013000900022&lng=en

32. Santos NCN, Alves TDB, Freitas VS. A saúde bucal de adolescentes: aspectos de higiene, de cárie dentária e doença periodontal nas cidades de Recife, Pernambuco e Feira de Santana, Bahia. *Cien Saude Colet* [periódico na Internet] 2007 [acessado 2017 Mar 04];12(5) 1155-1166. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000500012.
33. Freddo SL, Castro Aerts DRG, Abegg C, Davoglio R, Vieira PC, Monteiro L. Hábitos de higiene bucal e utilização de serviços odontológicos em escolares de uma cidade da Região Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública* [periódico na Internet] 2008 Set [acessado 2017 Fev 20]; 24(9): 1992- 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000
34. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. [Internet] 2004 [acessado 2017 Maio 18]. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf
35. Garbin CAS, Garbin AJI, Moimaz SDC, Gonçalves PE. A saúde na percepção do adolescente. *Rev Physis* [periódico na Internet] 2009 [acessado 2017 Fev 08];19(1): 227- 238. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312009000100012&script=sci_abstract&tlng=pt
36. Avlund K, Pedersen PH, Morse DE, Viitanen M, Winbland B. Social relations as determinants of oral health among persons over the age of 80 years. *Rev. Community Dentistry and Oral Epidemiology* [periódico na Internet] 2003 [acessado 2017 Maio 10];32:454-462. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1600-0528.2003.00115.x/abstract>
37. Dorri M, Sheiham A, Watt RG. Relationship between general hygiene behaviours and oral hygiene behaviours in Iranian adolescents. *Eur J Oral Sci* [periódico na Internet] 2009 [acessado 2017 Out 22]; 117: 407-12. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19627352>
38. Antunes JLF, Narvai PC. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. *Rev. Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2010 Abr [acessado 2017 Out 22];44(2): 360-365. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102010000200018&lng=en.
39. Narvai PC, Frazão P. Saúde Bucal no Brasil: Muito Além do Céu da Boca. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2008.

4.3 ARTIGO ORIGINAL 2 – INTERFERÊNCIA DA CONDIÇÃO BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA DE ADOLESCENTES RURAIS QUILOMBOLAS E NÃO QUILOMBOLAS DO INTERIOR DA BAHIA¹

RESUMO

Este artigo objetivou estimar a prevalência e identificar fatores associados aos impactos negativos da condição bucal na qualidade de vida de adolescentes rurais quilombolas e não quilombolas. Foi um estudo transversal de abordagem domiciliar, realizado em 2015. O desfecho foi avaliado por meio do questionário *Oral Impacts on Daily Performance*. Estimaram-se prevalências, razões de prevalência e os respectivos intervalos de confiança de 95%. Análise múltipla foi conduzida por meio de regressão de Poisson com variância robusta, adotando a entrada hierárquica de variáveis. Dos 390 adolescentes rurais estudados, 42,8% eram quilombolas e 45,6% relataram pelo menos um impacto negativo da condição bucal na qualidade de vida, sendo que o impacto mais prevalente foi a dificuldade de comer (32,6%). Após análise ajustada, os seguintes fatores permaneceram associados ao desfecho avaliado: maior idade (RP=1,04), sentimento de solidão às vezes (RP=1,42), pior autoavaliação da saúde bucal (RP=1,52), necessidade de tratamento dentário (RP=1,33) e ocorrência de dor dentária nos últimos seis meses (RP=1,83). Observaram-se diferenças entre quilombolas e não quilombolas com relação à prevalência de incômodo ao escovar os dentes e distinções nos fatores associados à interferência na condição bucal. Os adolescentes rurais, tanto quilombolas quanto não quilombolas, apresentaram alta prevalência de impactos negativos da condição bucal na qualidade de vida. Esse achado evidencia a necessidade de melhorias no cuidado a saúde bucal desse grupo populacional e a importância da incorporação de estratégias que considerem o contexto sociocultural do adolescente na atenção à saúde bucal.

Palavras-Chave: Saúde Bucal; Qualidade de Vida; Adolescente; Saúde da População Rural; Grupo com Ancestrais do Continente Africano.

1. Artigo a ser submetido à revista Cadernos de Saúde Pública.

INTRODUÇÃO

A saúde bucal é peça fundamental da saúde geral e essencial para a qualidade de vida¹. Na adolescência, fase da vida entre os 10 e 19 anos de idade, essa relação é ainda mais forte, pois os adolescentes encontram-se mais sensíveis aos impactos das condições bucais, como exemplo, a percepção com a aparência e a dor².

As condições bucais podem interferir no desenvolvimento psicológico e nas interações sociais dos adolescentes³. Além disso, atividades habituais podem ser afetadas como incômodo para escovar os dentes e dificuldades para comer e/ou falar².

Indicadores sociodontais são bastante utilizados para mensurar o impacto negativo da condição bucal na qualidade de vida segundo a percepção dos indivíduos. A avaliação por critérios exclusivamente clínicos não permite a determinação da repercussão integral das condições orais na vida diária^{1,4}.

Estudo com adolescentes urbanos brasileiros entre 15 e 19 anos de idade evidenciou que 39,4% relataram pelo menos um impacto negativo das condições bucais na vida diária². Prevalências ainda maiores foram encontradas em estudos internacionais, variando de 54,6 a 66,8%⁵⁻⁷.

Essa interferência na qualidade de vida dos adolescentes tem sido associada tanto aos agravos e às doenças bucais, como à cárie não tratada, perda dentária, dor de dente, doença periodontal e má oclusão, quanto às características do indivíduo como gênero, raça e condições econômicas^{2,3,8}.

Condições sociais críticas, como dificuldades no acesso e qualidade dos serviços de educação e saúde e condições socioeconômicas desfavoráveis, podem influenciar no cuidado e nas condições da saúde bucal dos indivíduos, e, por sua vez, ter um impacto negativo na qualidade de vida. Os adolescentes residentes em áreas rurais possuem influências culturais próprias e convivem com vulnerabilidade social e iniquidades em saúde, entre eles, existem ainda grupos com maior vulnerabilidade como os adolescentes quilombolas⁹.

Apesar dos estudos sobre o impacto negativo das condições bucais na qualidade de vida em adolescentes, estes não incluem os adolescentes residentes em áreas rurais e em comunidades tradicionais, como as remanescentes de quilombos. Sabendo que o local de moradia tem influência sobre a saúde bucal dos indivíduos¹⁰, esse estudo teve como objetivo avaliar a interferência da condição bucal na qualidade de vida de adolescentes quilombolas e não quilombolas de uma área rural do interior da Bahia.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de corte transversal e abordagem domiciliar que faz parte do projeto de pesquisa ADOLESCER: Saúde do Adolescente da Zona Rural e seus condicionantes, realizado em 2015. A população consistiu em adolescentes de 10 a 19 anos de idade residentes em comunidades rurais quilombolas, reconhecidas pela Fundação Cultural Palmares, e não quilombolas de Vitória da Conquista, BA.

A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Bahia – *Campus* Anísio Teixeira sob parecer nº 639.966. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e/ou o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido.

O delineamento amostral foi realizado considerando os seguintes parâmetros: prevalência de 50%; precisão de 5%; nível de confiança de 95%, efeito de desenho igual a 1,0 e acréscimo de 15% para possíveis perdas. No entanto, como seria entrevistado apenas um adolescente por domicílio e nas comunidades quilombolas o número de domicílios seria superado, foram acrescentados 7,1% de perdas para o estrato quilombola. Maiores detalhes do plano amostral estão descritos em Sousa et al⁹.

O instrumento utilizado para a realização das entrevistas foi um questionário adaptado ao contexto rural e baseado em inquéritos nacionais: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SBBrasil)¹¹, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE)¹² e Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)¹³.

Anteriormente à coleta de dados foi realizado estudo piloto, mapeamento dos domicílios e equipamentos sociais das comunidades estudadas, além de sensibilização à pesquisa com diversos atores sociais. O campo principal ocorreu no período de janeiro a maio de 2015 e para garantia da qualidade dos dados foram realizadas reentrevistas em 5% da amostra no prazo de até sete dias após a primeira entrevista.

A ocorrência de pelo menos um impacto negativo da condição bucal na qualidade de vida, variável dependente desse estudo, foi aferida a partir do índice de impacto odontológico no desempenho diário (OIDP, sigla do inglês *Oral Impacts on Daily Performances*). O OIDP consiste em um indicador que tem como propósito aferir os impactos significativos que as condições orais podem provocar na realização de determinadas atividades diárias pelo

indivíduo. São considerados no instrumento os impactos ocorridos nos seis meses anteriores à entrevista¹⁴.

As variáveis independentes desse estudo foram selecionadas com base em modelo conceitual proposto por Petersen¹⁵, em que o primeiro bloco é composto por fatores socioculturais e ambientais e o segundo bloco por variáveis relacionadas a utilização de serviços odontológicos e ao comportamento de risco para a saúde bucal.

As características socioculturais avaliadas foram: residir em comunidade quilombola (não; sim), nível econômico (B e C; D e E)¹⁶; sexo (feminino; masculino); idade (anos); escolaridade (anos de estudo); experimentação de tabaco (não; sim); experimentação de drogas ilícitas (não; sim); prática de atividade física (<300 min/semana; ≥ 300 min/semana); amigos próximos (até 2 amigos; 3 ou mais); composição familiar (mora com pai e mãe; não mora com ambos os pais); sentimento de solidão nos últimos 12 meses (nunca ou raramente; às vezes; na maioria das vezes/ sempre); compreensão dos problemas pessoais pelos pais nos últimos 30 dias (na maior parte do tempo ou sempre; às vezes; nenhuma vez ou raramente).

Os fatores ambientais foram: principal forma de abastecimento de água por rede geral de distribuição (sim; não), estado nutricional obtido através de medidas padronizadas de peso e altura e cálculo do índice de massa corporal (IMC) classificado segundo sexo e idade (magreza; eutrofia; sobrepeso/ obesidade)¹⁷ e a higienização das mãos antes das refeições (na maior parte do tempo ou sempre; às vezes/ nenhuma vez/ raramente).

Para caracterizar a utilização dos serviços odontológicos, foram utilizadas as variáveis: autoavaliação da saúde bucal (muito boa/ boa; regular/ ruim/ muito ruim); percepção da necessidade de tratamento dentário (não; sim) dor dentária nos últimos 6 meses (não; sim); e consulta odontológica no último ano (sim; não). A escovação dentária menor que três vezes ao dia, a não utilização de fio dental, o consumo regular de guloseimas e refrigerantes foram considerados comportamentos de risco para a saúde bucal.

Foram estimadas prevalências de impacto negativo por desempenho diário avaliado e para ocorrência de pelo menos um impacto negativo da condição bucal na qualidade de vida para a amostra total e por estrato, não quilombola e quilombola. As diferenças entre as proporções foram avaliadas pelos teste qui-quadrado de Pearson. Para todos os testes, considerou-se significância de 5% ($p < 0,05$).

A ocorrência de impacto em pelo menos um dos desempenhos diários avaliados (escore de contagem simples) foi utilizada para a investigação da associação com variáveis independentes n

a amostra total e por estrato, não quilombola e quilombola. Razão de prevalência e seu respectivo intervalo de confiança de 95%, estimada por regressão de Poisson com variância robusta, foi utilizada para identificação das variáveis associadas a ocorrência de pelo menos um impacto negativo da condição bucal na qualidade de vida. Todas as variáveis com nível de significância de 20% na análise bivariada foram incluídas na análise multivariada.

A análise multivariada foi conduzida com entrada hierárquica das variáveis. As variáveis do primeiro bloco permaneceram como fatores de ajuste para o segundo bloco hierarquicamente inferior, permanecendo no modelo aquelas que apresentaram nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Para a comparação entre modelos utilizou-se os critérios de Akaike (AIC) e de informação Bayesiana (BIC) e a adequação dos valores preditos aos valores observados foi avaliada pelo qui-quadrado. O programa Stata, versão 15.0 (*Stata Corporation, College Station, USA*) foi utilizado para as análises dos dados.

RESULTADOS

Dos 390 adolescentes que foram entrevistados, 42,8% residiam em comunidades quilombolas. A prevalência de pelo menos um impacto negativo da condição bucal na qualidade de vida foi de 45,6%, sendo 47,5% entre não quilombolas e 43,1% entre quilombolas. Não foram encontradas diferenças significativas em relação a essa prevalência entre quilombolas e não quilombolas.

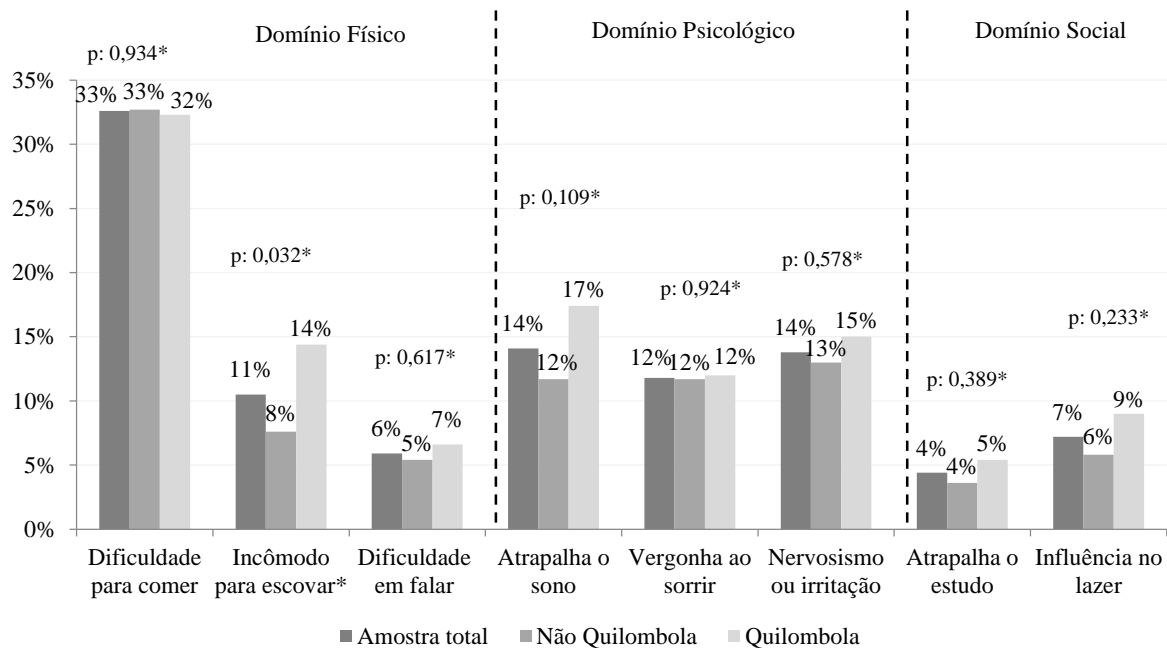
Os impactos negativos mais prevalentes entre os adolescentes rurais foram: dificuldade para comer (32,6%), interferência no sono (14,1%) nervosismo ou irritação (13,8%), vergonha ao sorrir (11,8%) e incômodo para escovar os dentes (10,5%). Diferenças entre os estratos avaliados foram observadas apenas para o incômodo para escovar os dentes, relatado por 14,4% e 7,6% dos adolescentes quilombolas e não quilombolas, respectivamente (Figura 1).

A ocorrência de pelo menos um impacto negativo da condição bucal na qualidade de vida foi significativamente superior entre os adolescentes mais velhos, que relataram sentir-se sozinhos no último ano às vezes, consideravam sua saúde bucal regular, ruim ou muito ruim, relataram necessidade de tratamento dentário e ocorrência de dor dentária nos últimos seis meses (Tabela 1).

Entre os adolescentes não quilombolas, o impacto negativo foi mais prevalente entre os adolescentes que se sentiram sozinhos às vezes, que necessitavam de tratamento dentário e tiveram dor de dente nos últimos seis meses. Já entre os quilombolas, observou-se associação

positiva e significativa com a maior idade, maior escolaridade, pior autoavaliação da saúde bucal, necessidade de tratamento dentário e ocorrência de dor dentária nos últimos seis meses (Tabela 1).

Figura 1. Prevalência dos impactos negativos avaliados pelo *Oral Impacts on Daily Performance* na amostra total, não quilombola e quilombola. Bahia, 2015.



*Valor de p calculado pelo teste de qui-quadrado de Pearson para comparação entre os estratos não quilombola e quilombola.

Após análise multivariada, os seguintes fatores mostraram-se independentemente associados à prevalência de pelo menos um impacto negativo da condição bucal na qualidade de vida na amostra total: maior idade (RP=1,04); sentimento de solidão às vezes (RP=1,42); autoavaliação da saúde bucal como ruim e muito ruim (RP=1,52); necessidade de tratamento dentário (RP=1,33); e relato de dor dentária nos últimos seis meses (RP=1,83) (Tabela 2).

Entre os não quilombolas, mantiveram-se independentemente associados o sentimento de solidão às vezes (RP=1,46) e a ocorrência de dor dentária nos últimos seis meses (RP=1,75). Nos quilombolas, permaneceram associados positivamente ter maior idade (RP=1,10), considerar sua saúde bucal ruim e muito ruim (RP=1,91), relatar necessidade de tratamento dentário (RP=1,49) e dor dentária nos últimos seis meses (RP=1,83) (Tabela 2).

Tabela 1. Prevalência, razão de prevalência e intervalo de confiança 95% do impacto negativo da condição bucal na qualidade de vida para a amostra total, adolescentes quilombolas e não quilombolas. Bahia, 2015.

Variáveis	Amostra Total				Não Quilombola				Quilombola			
	n*	P (%)†	RP‡	IC95%§	n*	P (%)†	RP‡	IC95%§	n*	P (%)†	RP‡	IC95%§
Fatores socioculturais												
Nível econômico												
B e C	75	49,7	1,00	-	57	51,3	1,00	-	18	45,0	1,00	-
D e E	103	43,1	0,87	0,70 – 1,08	49	43,7	0,85	0,64 – 1,12	54	42,5	0,94	0,63 – 1,41
Sexo												
Feminino	94	47,0	1,00	-	53	48,6	1,00	-	41	45,0	1,00	-
Masculino	84	44,2	0,94	0,76 – 1,17	53	46,5	0,96	0,72 – 1,26	31	40,8	0,90	0,63 – 1,29
Idade												
	178	-	1,05	1,01 – 1,09	106	-	1,01	0,96 – 1,06	72	-	1,10	1,03 – 1,17
Escolaridade												
	177	-	1,02	0,98 – 1,06	105	-	0,99	0,94 – 1,04	72	-	1,08	1,01 – 1,15
Experimentação de tabaco												
Não	165	44,6	1,00	-	98	46,4	1,00	-	67	42,1	1,00	-
Sim	13	65,0	1,46	1,03 – 2,05	8	66,7	1,43	0,94 – 2,20	5	62,5	1,48	0,84 – 2,62
Experimentação de drogas ilícitas												
Não	175	45,7	1,00	-	103	47,2	1,00	-	72	43,6	1,00	-
Sim	3	42,9	0,94	0,39 – 2,22	3	60,0	1,27	0,61 – 2,64	0	0,0	-	-
Prática de atividade física												
Menor que 300 min/semana	89	42,3	1,00	-	54	44,3	1,00	-	35	39,3	1,00	-
Maior ou igual 300 min/semana	89	49,7	1,18	0,95 – 1,46	52	51,5	1,20	0,85 – 1,71	37	47,4	1,16	0,88 – 1,53
Amigos próximos												
Até 2 amigos	30	45,4	1,00	-	18	46,1	1,00	-	12	44,4	1,00	-
3 ou mais	148	45,7	1,00	0,75 – 1,34	88	47,8	1,04	0,71 – 1,50	60	42,7	0,96	0,61 – 1,53
Composição familiar												
Mora com pai e mãe	117	44,3	1,00	-	73	46,5	1,00	-	44	41,1	1,00	-
Não mora com ambos os pais	61	48,4	1,09	0,87 – 1,37	33	50,0	1,07	0,80 – 1,44	28	46,7	1,13	0,80 – 1,62
Sentimento de solidão												
Nunca ou raramente	98	39,7	1,00	-	58	41,4	-	-	40	37,4	1,00	-
Às vezes	64	56,6	1,43	1,14 – 1,78	42	60,8	1,46	1,12 – 1,93	22	50,0	1,34	0,91 – 1,96
Na maioria das vezes / sempre	16	53,3	1,34	0,93 – 1,94	6	42,9	1,03	0,55 – 1,96	10	62,5	1,67	1,06 – 2,63
Compreensão dos problemas pelos pais												
Na maior parte do tempo ou sempre	75	46,0	1,00	-	46	49,5	1,00	-	29	41,4	1,00	-
Às vezes	56	45,2	0,98	0,76 – 1,27	30	42,2	0,85	0,61 – 1,20	26	49,1	1,18	0,80 – 1,75
Nenhuma vez ou raramente	45	45,9	0,99	0,76 – 1,31	29	52,7	1,07	0,77 – 1,47	16	37,2	0,90	0,56 – 1,45
Fatores Ambientais												
Principal forma de abastecimento de água por rede geral de distribuição												
Sim	148	46,1	1,00	-	95	49,2	1,00	-	53	41,4	1,00	-
Não	29	42,6	0,92	0,68 – 1,25	11	36,7	0,74	0,45 – 1,22	18	47,4	1,14	0,77 – 1,70
Estado Nutricional												

Eutrofia	141	47,5	1,00	-	85	50,3	1,00	-	56	43,7	1,00	-
Magreza/ desnutrição	7	53,8	1,13	0,67 – 1,90	5	55,6	1,10	0,60 – 2,02	2	50,0	1,14	0,42 – 3,11
Sobrepeso/ obesidade	28	39,4	0,83	0,61 – 1,13	16	38,1	0,76	0,50 – 1,15	12	41,4	0,94	0,59 – 1,52
Hábitos de higienização das mãos antes das refeições												
Na maior parte do tempo ou sempre	117	43,0	1,00	-	74	46,2	1,00	-	43	38,4	1,00	-
Às vezes / nenhuma vez / raramente	61	51,7	1,20	0,96 – 1,50	32	50,8	1,09	0,82 – 1,47	29	52,7	1,37	0,97 – 1,94
Utilização dos serviços odontológicos												
Autoavaliação da saúde bucal												
Muito boa/ boa	97	39,6	1,00	-	66	45,8	1,00	-	31	30,7	1,00	-
Regular	63	51,6	1,30	1,03 – 1,64	33	48,5	1,06	0,78 – 1,44	30	55,6	1,81	1,24 – 2,64
Ruim / muito ruim	18	81,8	2,07	1,61 – 2,65	7	70,0	1,53	0,98 – 2,38	11	91,7	2,99	2,12 – 4,20
Necessidade de tratamento dentário												
Não	72	35,6	1,00	-	48	40,7	1,00	-	24	28,6	1,00	-
Sim	106	56,7	1,59	1,27 – 1,99	58	55,8	1,37	1,04 – 1,81	48	57,8	2,02	1,37 – 2,98
Dor dentária nos últimos seis meses												
Não	118	37,8	1,00	-	75	41,4	1,00	-	43	32,8	1,00	-
Sim	59	77,6	2,05	1,70 – 2,47	31	75,6	1,82	1,43 – 2,33	28	80,0	2,44	1,81 – 3,28
Consulta odontológica no último ano												
Sim	113	43,5	1,00	-	70	46,0	1,00	-	43	39,8	1,00	-
Não	65	50,4	1,16	0,93 – 1,44	36	51,4	1,12	0,84 – 1,49	29	49,1	1,23	0,87 – 1,75
Comportamento de risco para saúde bucal												
Escovação dentária												
Maior ou igual a 3 vezes ao dia	118	45,3	1,00	-	74	49,3	1,00	-	44	40,0	1,00	-
Menor que 3 vezes ao dia	60	46,1	1,02	0,81 – 1,28	32	43,8	0,89	0,65 – 1,21	28	49,1	1,23	0,86 – 1,74
Utilização de fio dental												
Sim	91	43,7	1,00	-	55	45,8	1,00	-	36	40,9	1,00	-
Não	87	47,8	1,09	0,88 – 1,36	51	49,5	1,08	0,83 – 1,42	36	45,6	1,11	0,78 – 1,58
Consumo regular de guloseimas												
Não	111	43,9	1,00	-	70	47,0	1,00	-	41	39,4	1,00	-
Sim	67	48,9	1,11	0,89 – 1,39	36	48,6	1,03	0,77 – 1,38	31	49,2	1,25	0,88 – 1,76
Consumo regular de refrigerante												
Não	167	45,9	1,00	-	97	46,7	1,00	-	70	44,6	1,00	-
Sim	11	42,3	0,92	0,58 – 1,46	9	56,2	1,20	0,76 – 1,89	2	20,0	0,44	0,13 – 1,57

*n: número de indivíduos; †P: prevalência de uso de fio dental; ‡RP: razão de prevalência; § IC95%: intervalo de 95% de confiança.

Tabela 2. Fatores associados ao impacto negativo da condição bucal na qualidade de vida, segundo modelo de regressão, para a amostra total, não quilombola e quilombola. Bahia, 2015.

Variáveis	Amostra Total		Não Quilombola		Quilombola	
	RP*	IC95%†	RP*	IC95%†	RP*	IC95%†
Idade	1,04	>1,00 – 1,08			1,10	1,03 – 1,76
Sentimento de solidão						
Nunca ou raramente	1,00	-	1,00	-	-	-
Às vezes	1,42	1,14 – 1,77	1,46	1,12 – 1,93	-	-
Na maioria das vezes/ sempre	1,30	0,89 – 1,88	1,03	0,55 – 1,96	-	-
Autoavaliação da saúde bucal						
Muito boa / boa	1,00	-	-	-	1,00	-
Regular	1,10	0,88 – 1,39	-	-	1,40	0,97 – 2,02
Ruim/ muito ruim	1,52	1,16 – 1,99	-	-	1,91	1,26 – 2,88
Necessidade de tratamento dentário						
Não	1,00	-	-	-	1,00	-
Sim	1,33	1,06 – 1,68	-	-	1,49	1,01 – 2,19
Dor dentária nos últimos seis meses						
Não	1,00	-	1,00	-	1,00	-
Sim	1,83	1,51 – 2,22	1,75	1,37 – 2,24	1,83	1,32 – 2,52

*RP: razão de prevalência ajustada; †IC95%: intervalo de 95% de confiança.

DISCUSSÃO

Os adolescentes rurais, tanto quilombolas quanto não quilombolas, apresentaram alta prevalência de impactos negativos da condição bucal na qualidade de vida. Fatores socioculturais e relacionados à necessidade de cuidados odontológicos foram aqueles que apresentaram maior efeito sobre a ocorrência desses impactos.

A prevalência da ocorrência de pelo menos um impacto negativo foi superior à encontrada entre adolescentes urbanos de 15 a 19 anos na Pesquisa Nacional de Saúde Bucal realizada em 2010². Entretanto, prevalências maiores também foram relatadas em estudos com adolescentes de 12 anos participantes da coorte de Pelotas, RS (58,1%)¹⁸, com estudantes italianos de 11 a 16 anos (66,8%)⁶, entre adolescentes rurais e urbanos de Uganda (62,0%)⁵ e em escolares de 12 anos no Cartum, Sudão (54,6%)⁷. Essas distinções encontradas podem estar relacionadas com as diferentes idades dos adolescentes incluídos nos estudos, assim como com o padrão epidemiológico das doenças bucais nesses locais.

A dificuldade para comer foi o impacto mais frequentemente relatado pelos adolescentes rurais, resultado esse corroborado por vários outros estudos^{2,7,18,19}. É importante frisar que cerca de 20% dos adolescentes entrevistados referiram a ocorrência de dor dentária nos seis meses anteriores à pesquisa, assim, é coerente que o impacto negativo mais prevalente seja no domínio físico, seguido do domínio psicológico². Em países com baixa ocorrência desse agravo bucal, a dificuldade para sorrir é um dos impactos mais prevalentes, evidenciando que o perfil

epidemiológico influencia de maneira significativa o padrão dos impactos negativos da condição bucal na qualidade de vida^{2,6}.

Os adolescentes quilombolas e não quilombolas diferiram em relação à ocorrência de incômodo ao escovar os dentes. Estudos anteriores (dados ainda não publicados) do nosso grupo de pesquisa observou que os estratos populacionais não diferiram significativamente nos demais aspectos relacionados à condição bucal como dor dentária, autoavaliação da saúde bucal e necessidade de tratamento dentário, entretanto, diferenças foram encontradas com relação à utilização de serviços odontológicos. Assim, considerando que a escovação dentária é uma técnica que necessita de aprendizado²⁰, é concebível supor que distintas técnicas de higienização oral utilizadas por esses adolescentes podem estar influenciando no resultado encontrado, do mesmo modo que outras condições clínicas bucais ainda não investigadas.

A prevalência de pelo menos um impacto negativo aumentou de acordo com o incremento da idade na amostra total e no estrato quilombola. A literatura evidencia uma relação direta entre a cárie dentária e aumento da idade na adolescência, sendo que essa fase constitui um período de grande risco para a saúde bucal e geral²¹. Assim, condições bucais mais precárias aumentam a possibilidade de impactos negativos na qualidade de vida entre os adolescentes mais velhos.

No presente estudo, os adolescentes que referiram ter se sentido sozinhos às vezes nos últimos dozes meses apresentaram maior prevalência de interferência negativa da condição bucal na vida diária, exceto entre os adolescentes quilombolas. O sentimento de solidão foi utilizado como indicador do estado de saúde mental dos adolescentes. Estudos evidenciam que os indivíduos com apoio social insatisfatório e que vivem sozinhos adotam menos comportamentos preventivos de saúde e tem maiores prevalências de doenças bucais, provavelmente por sentirem-se menos motivados para seu autocuidado^{22,23}.

A pior autoavaliação da saúde bucal e percepção da necessidade de tratamento dentário mostraram-se associadas à interferência negativa da condição bucal na vida diária na amostra total e no estrato quilombola. Essa relação já era esperada, uma vez que há uma concordância entre a condição clínica e autopercepção da saúde bucal, principalmente em casos mais dolorosos e estéticos mais severos. Os danos provocados pelos problemas bucais afetam negativamente a qualidade de vida, a autoestima e a percepção da saúde bucal^{24,25}.

A dor dentária é um importante fator associado ao impacto negativo da condição bucal na qualidade de vida^{2,3,7,18}. No presente estudo, os adolescentes que relataram ocorrência de dor dentária nos seis meses anteriores à entrevista apresentaram prevalência 83% (75% e 83% entre

não quilombolas e quilombolas) maior de pelo menos um impacto negativo do que os demais adolescentes. A dor de dente é considerada um indicador da prevalência de cárie dentária, doença oral fortemente associada ao impacto negativo²⁶. Diversos estudos observaram correlação inversa entre o número de dentes livre de cáries e o impacto negativo nas atividades diárias resultantes de problemas orais^{2,18,27}.

Considerada um grande problema de saúde pública em todo o mundo, o monitoramento da dor dentária constitui uma estratégia de vigilância a saúde bucal da população. Sua prevalência na adolescência está diretamente relacionada às condições dos serviços de saúde bucal e a redução de sua ocorrência faz parte dos Objetivos Globais para a Saúde Oral 2020 da Organização Mundial de Saúde^{28,29}.

Apesar dos adolescentes quilombolas e não quilombolas não apresentarem diferenças em relação à ocorrência de pelo menos um impacto negativo da condição bucal na qualidade de vida, diferenças foram observadas com relação aos fatores associados à essa ocorrência. Os adolescentes quilombolas convivem com iniquidades sociais e de saúde, incluindo maiores dificuldades de acesso aos serviços odontológicos. A distância geográfica e o transporte contingente entre as comunidades quilombolas e os serviços de saúde, o horário restrito de funcionamento, a priorização no atendimento de outros grupos populacionais associado a obrigatoriedade da presença de um responsável legal para o atendimento odontológico na adolescência dificultam a atenção à saúde bucal desses adolescentes³⁰.

Apesar da grande relevância do presente estudo para o conhecimento da interferência da condição bucal na vida de adolescentes rurais quilombolas e não quilombolas, ele apresenta algumas limitações. Em razão da ausência de informações sobre as condições clínicas dos adolescentes e a não possibilidade de inferir a temporalidade de algumas associações observadas dado ao caráter transversal do seu delineamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A interferência negativa da condição bucal na qualidade de vida foi referida por grande parte dos adolescentes rurais quilombolas e não quilombolas estudados. Os fatores associados à prevalência da ocorrência de pelo menos um impacto negativo da condição bucal na qualidade de vida diferiram entre os adolescentes quilombolas e não quilombolas, reforçando as especificidades desses grupos.

Destaca-se que características ligadas a necessidade de cuidado odontológico como pior atuação da saúde bucal, percepção da necessidade de tratamento e ocorrência de dor dentária estiveram associadas à ocorrência de impacto negativo da condição bucal na vida diária. Esse achado reforça a necessidade de melhoria na atenção à saúde bucal prestada a essa população, por meio de medidas de prevenção, monitoramento e tratamento dos agravos bucais. É necessário ainda, incorporar estratégias que considerem o contexto social em que o adolescente está inserido no cuidado a sua saúde bucal.

AGRADECIMENTOS

Às famílias e adolescentes rurais, entrevistadores, Agentes Comunitários de Saúde e demais profissionais das equipes da Estratégia de Saúde da Família, fundamentais na execução desse trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Tesh FC, Oliveira BH.; Leão, A. Mensuração do impacto dos problemas bucais sobre a qualidade de vida de crianças: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Pública* [periódico na Internet] 2007 nov [acessado 2017 Mar. 25]; 23 (11) 2555-2564. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n11/02.pdf>.
2. Peres, KG, Cascaes AM, Leão ATT, Côrtes MIS. Vettore, MV. Aspectos sociodemográficos e clínicos da qualidade de vida relacionada à saúde bucal em adolescentes. *Rev Saúde Pública* [periódico na Internet] 2013 [acessado 2017 out 09]; 47 (3) 19-28. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003489102013000900019&script=sci_abstract&tlng=pt
3. Barbosa TB, Junqueira SR, Frias AC, Araujo ME. Interferência da Saúde Bucal em funções Biológicas e Sociais Segundo a percepção de Adolescentes Brasileiros. *Rev Pesq Bras Odontoped Clin Integr* [periódico na Internet]. 2013 Abr-Jun [acessado 2017 Abr 02];13(2)171-176. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63730017006>.
4. Castro RAL. *Qualidade de vida e saúde bucal em escolares do Rio de Janeiro*. 2008. 89 p. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008 [acessado 2017 Abr 22]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4555>
5. Astrom AN, Okullo I. Validity and reliability of the Oral Impacts on Daily Performance (OIDP) frequency scale: a cross-sectional study of adolescents in Uganda. *BMC Oral Health* [periódico na Internet] 2003 [acessado 2017 Abr 06]. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6831/3/5>.

6. Bianco A, Fortunato L, Nobile CGA, Pavia M. Prevalence and determinants of oral impacts on daily performance: results from a survey among school children in Italy. *European Journal of Public Health* [periódico na Internet] 2009 nov [acessado 2017 Abr. 06]; 20 (5)595–600. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19892850>.
7. Nurelhuda NM, Ahmed MF, Trovik TA, Astrom AN. Evaluation of oral health-related quality of life among Sudanese schoolchildren using Child-OIDP inventory. *Health and Quality of Life Outcomes* [periódico na Internet] 2010 [acessado em 2017 Abr 20]. Disponível em: <http://www.hqlo.com/content/8/1/152>.
8. Silveira MF, Marôco JP, Freire RS, Barros Lima Martins AME, Marcopito LF. Impacto da saúde bucal nas dimensões físicas e psicossocial: uma análise através da modelagem com equações estruturais. *Cad. Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2014 Jun [acessado 2017 Mar 18];30(6):1-15. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n6/pt_0102-311X-csp-30-6-1169.pdf
9. Sousa BC, Teixeira CSS, Curvelo, MHS, Souza R, Bezerra VM, Silva EKP, Leite AJM, Medeiros DM. Hábitos alimentares de adolescentes quilombolas e não quilombolas da zona rural do semiárido baiano. *Cien Saude Colet* [periódico na internet] 2017 Mar. [acessado 2017 Out 22] No prelo 2017. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/habitos-alimentares-de-adolescentes-quilombolas-e-nao-quilombolas-da-zona-rural-do-semiarido-baiano/16186?id=16186>.
10. Moreira RS, Nico LS, Tomita NE. A relação entre o espaço e a saúde bucal coletiva: por uma epidemiologia georreferenciada. *Cien Saude Colet* [periódico na Internet] 2007 [acessado 2017 Abr 20];12(1):275-284. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n1/27.pdf>
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. [acessado 2017 Mar 18]. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Questionário PENSE 2012* [internet]. 2012 [acessado 2014 Jun 16]. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=52908>
13. Pesquisa Nacional de Saúde - PNS. *Questionário do Domicílio* [internet]. 2013 [acessado 2014 Jun 16]. Disponível em: <http://www.pns.icict.fiocruz.br/arquivos/Domiciliar/Modulo%20A-PNS.pdf>
14. Adulyanon S.; Sheiham, A. Oral impacts on daily. In: Slade GD. (edit.). *Measuring Oral Health and Quality of Life* [Internet]. Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology, 1997 [acessado 2017 Abr. 06]. Disponível em: <https://www.adelaide.edu.au/arcpho/downloads/publications/reports/miscellaneous/measuring-oral-health-and-quality-of-life.pdf>.
15. Petersen PE. Sociobehavioural risk factors in dental caries – international perspectives. *Community Dent Oral Epidemiol* [periódico na Internet] 2005 [acessado 2017 Ago 02]; 33: 274–9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16008634>

16. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de classificação econômica Brasil. [site da Internet] 2017 [acessado 2017 Abr 19]. Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil>
17. Brasil. Ministério da Saúde. *Orientações para coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: norma técnica do sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN*. [acessado 2017 Mar 18] Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Série G. Estatística e Informação em Saúde). Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos
18. Peres KG, Peres MA, Araujo CLP, Menezes AMB, Hallal PC. Social and dental status along the life course and oral health impacts in adolescents: a population-based birth cohort. *Biomed Central* [periódico na Internet] 2009 [acessado 2017 nov 23]. Disponível em: <http://www.hqlo.com/content/7/1/95>
19. Castro RAL, Portela MC, Leão AT, Vasconcellos MTL. Oral health-related quality of life of 11- and 12-year-old public school children in Rio de Janeiro. *Community Dent Oral Epidemiol* [periódico na Internet] 2011 [acessado 2017 nov 23]; 39: 336–344. Disponível em: doi: 10.1111/j.1600-0528.2010.00601.x
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. [Internet] 2004 [acessado 2017 Maio 18]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf
21. Silva Junior IF, Aguiar NL, Barros RC, Arantes DC, Nascimento LS. Saúde Bucal do Adolescente: Revisão de Literatura. *Rev Adolesc. Saúde* [periódico na Internet]. 2016 agosto [acessado 2017 Abr 19]; 13, supl.1, p.95-103. Disponível em: <http://www.adolescenciaesaude.com>
22. Dolic M, Bailer J, Staehle HJ, Eickholz P. Psychosocial factors as risk indicators of periodontitis. *J Clin Periodontol* [periódico na Internet] 2005 [acessado 2017 fev 12]; 32:1134-40. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16212573>
23. Davoglio RS, Ganzo de Castro Aerts DR, Abegg C, Freddo SL, Monteiro L. Fatores associados a hábitos de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos entre adolescentes. *Cad. Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2009 Mar [acessado 2017 fev 12]; 25(3):665-667. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n3/20.pdf>.
24. Narvai PC, Frazão P. *Saúde Bucal no Brasil: Muito Além do Céu da Boca*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2008.
25. Baker SR, Mat A, Robinson PG. What psychosocial factors influence adolescents' oral health? *J Dent Res* [periódico na Internet]. 2010 [acessado 2017 Nov 23]; 89(11):1230-1235. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20739689>.
26. Freire MCM, Leles CR, Sardinha LMV, Junior MP, Malta DC, Peres MA. Dor dentária e fatores associados em adolescentes brasileiros: a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar

(PeNSE), Brasil, 2009. *Cadernos de Saúde Pública* [periódico na Internet] 2012 [acessado 2017 Fev 12]; 28(Supp.):S133-S145. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001300014

27. Biazevic MGH, Rissotto RR, Michel-Crosato E, Mendes LA, Mendes MOA. Relationship between oral health and its impact on quality of life among adolescents. *Braz Oral Res* [periódico na Internet]. 2008 Jan-Mar [acessado 2017 Abr 06];22(1):36-42. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18425243>

28. Hobdell M, Petersen PE, Clarkson J, Newell J. Global goals for oral health 2020. *International Dental Journal* [periódico na Internet] 2003 [acessado 2017 Abr 06]; 53, 285–288. Disponível em: http://www.who.int/oral_health/publications/goals2020/en/

29. Noro, LRA, Roncalli AG, Mendes Júnior FIR, Lima KC, Teixeira AKM. Toothache and social and economic conditions among adolescents in Northeastern Brazil. *Ciênc. Saúde Coletiva* [periódico na Internet]. 2014 Jan [acessado 2017 Dec 18];19(1): 105-114. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000100105&lng=en.

30. Santana KC, Teles N, Oliveira MHB, Medeiros DS. Direito à saúde: adolescentes quilombolas em comunidades rurais de Vitória da Conquista (BA). In: Oliveira MHB, Erthal RMC, Vianna MB, Matta JLJ, Vasconcellos LCF, Bonfatti RJ, organizadores. *Direitos humanos e saúde: construindo caminhos, viabilizando rumos*. Rio de Janeiro: Cebes, 2017. v. 1. p. 53-68.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os hábitos de higiene bucal, escovação dentária e utilização de fio dental, foram relatados pela maioria dos adolescentes, quilombolas e não quilombolas. Todavia, a prevalência de escovação dentária três vezes ao dia foi inferior a estudos nacionais e foi observada alta prevalência da ocorrência de pelo menos um impacto negativo da condição bucal na qualidade de vida, evidenciando a necessidade de atenção à saúde bucal desses grupos populacionais.

Os adolescentes quilombolas e não quilombolas, apesar de não apresentarem diferenças nas prevalências dos desfechos avaliados, evidenciaram condições socioeconômicas e fatores associados aos hábitos insatisfatórios e a interferência negativa da condição bucal na qualidade de vida distintos. Esse achado reforça as singularidades e iniquidades existentes entre esses grupos e a importância de estratégias de promoção de saúde, prevenção, monitoramento e tratamento de agravos bucais que considerem o contexto sociocultural e familiar do adolescente.

Estudos sobre a saúde bucal constituem uma demanda importante em nosso país, sendo que um dos pressupostos da Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal é de utilizar a epidemiologia e as informações do território para auxiliar na execução de suas ações. Contudo, as pesquisas científicas brasileiras concentram-se nas regiões urbanas com pouca inserção nas áreas rurais, sobretudo em comunidades tradicionais como a quilombola. Desse modo, esse trabalho adquire relevância por ter sido desenhado de modo a propiciar um maior conhecimento sobre a saúde bucal dos adolescentes residentes em áreas rurais, incluindo a população quilombola.

O presente estudo ao produzir informações confiáveis sobre condições de saúde bucal dos adolescentes rurais quilombolas e não quilombolas pode colaborar na compreensão dos entraves nas ações de promoção da saúde bucal entre esses adolescentes e contribuir para uma atenção mais resolutiva, além de servir de instrumento de visibilidade da interferência negativa das condições bucais na qualidade de vida desses grupos populacionais.

A saúde bucal é um componente da saúde e transcende a Odontologia. A percepção da saúde bucal como um direito humano e não como um privilégio deve ser cada vez mais fortalecida. Uma das tarefas essenciais para transformar a saúde bucal em um bem público e direito de todos é a formação de indivíduos militantes no âmbito dos serviços, das escolas e universidades, articuladas com as organizações de base da sociedade.

6 PERSPECTIVAS DE ESTUDOS

Diante dos resultados apresentados nesta dissertação, constituem-se como perspectivas de novos estudos: avaliação longitudinal das consequências a longo prazo da interferência negativa da condição bucal na qualidade de vida; investigação das condições clínicas como ocorrência de cárie dentária, doença periodontal, entre outras; e estudos sobre o acesso aos serviços odontológicos pelos adolescentes rurais quilombolas e não quilombolas. Além de estudos utilizando outros métodos científicos, para uma compreensão qualitativa dos achados.

REFERÊNCIAS

- ADULYANON, S.; SHEIHAM, A. Oral impacts on daily. In: SLADE, G.D. (Org.). **Measuring Oral Health and Quality of Life**. Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology, 1997. Disponível em: <<https://www.adelaide.edu.au/arc poh/downloads/publications/reports/miscellaneous/measuring-oral-health-and-quality-of-life.pdf>>. Acesso em: 06 abr. 2017.
- ADULYANON, S.; VOURAPUKJARU, J.; SHEIHAM A. Oral impacts affecting daily performances in a low dental disease Thai population. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 24, p. 385-9, 1996. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9007354>>. Acesso em: 06 abr. 2017.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP). **Critério de Classificação Econômica Brasil 2014**. 2012. Disponível em: <<http://www.abep.org/criterio-brasil>>. Acesso em: 19 abr. 2015.
- ASTROM, A.N.; OKULLO, I. Validity and reliability of the Oral Impacts on Daily Performance (OIDP) frequency scale: a cross-sectional study of adolescents in Uganda. **BMC Oral Health**, 2003. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6831/3/5>>. Acesso em: 06 abr. 2017.
- ASTROM, A. N. et al. Oral impacts on daily performances in Norwegian adults: validity, reliability and prevalence estimates. **Eur J Oral Sci**, v. 113, n. 4, p.289-96, 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0722.2005.00225.x>>. Acesso em: 20 abr. 2017.
- BARBOSA, T.B. et al. Interferência da saúde bucal em funções biológicas e sociais segundo a percepção de adolescentes brasileiros. **Rev Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, v.13, n.2, p. 171-6, abr –jun, 2013. Disponível em:<https://www.researchgate.net/publication/270874647_Interferencia_da_Saude_Bucal_em_Funcoes_Biologicas_e_Sociais_Segundo_a_Percepcao_d_e_Adolescentes_Brasileiros>. Acesso em: 10 out. 2016.
- BIANCO, A. et al. Prevalence and determinants of oral impacts on daily performance: results from a survey among school children in Italy. **European Journal of Public Health**, v. 20, n. 5, p. 595–600, nov. 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19892850>>. Acesso em: 06 abr. 2017.

BRANDÃO, André; JORGE, Amanda Lacerda. Comunidades quilombolas, acesso a programas sociais e segurança alimentar e nutricional. In: ROCHA, Cecília; BURLANDY, Luciene; MAGALHÃES, Rosana (Org.). *Segurança Alimentar e Nutricional: Perspectivas, aprendizados e desafios para as políticas públicas*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013. p. 213 - 225.

BRASIL. Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003. Regulamento o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 21 nov. 2003. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/d4887.htm>. Acesso em: 01 out. 2014.

BRASIL. Estatuto da criança e do adolescente: lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, e legislação correlata. 9. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2010. 207 p. Disponível em: http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/camara/estatuto_crianca_adolescente_9ed.pdf

BRASIL. Fundação Cultural Palmares. **Comunidades Certificadas**. 2017. Disponível em: <http://www.palmares.gov.br/?page_id=37551>. Acesso em: 08 maio 2017.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades**. 2018. Disponível em: < <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/vitoria-da-conquista/>>. Acesso em: 31 jan. 2018.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Questionário PENSE 2012**, 2012. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=52908>>. Acesso em: 16 jun. 2014.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Saúde. **Questionário do domicílio**, 2013. Disponível em: < <http://www.pns.icict.fiocruz.br/arquivos/Domiciliar/Modulo%20A-PNS.pdf> >. Acesso em: 16 jun. 2014.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde Escolar (PeNSE, 2015)**. 2016. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/2015/default.shtm>>. Acesso em: 05 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf>. Acesso em: 22 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Atenção a Vigilância em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. **Projeto SBBrasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Resultados Principais**. Brasília, DF, 2011. Disponível em: < <http://dab.saude.gov.br/CNSB/sbbrasil/arquivos>

/projeto_sb2010_relatorio_final.pdf>. Acesso em: 22 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações para coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: norma técnica do sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Série G. Estatística e Informação em Saúde). Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteúdo=publicacoes/orientações_coleta_analise_dados_antropometricos. Acesso em: 18 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**. 1.ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 48 p. Disponível em: < http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2017.

BRASIL. **Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde**. 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2017.

BRÊTAS, J. R. S. Vulnerabilidade e Adolescência. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros e Pediatras**. São Paulo, V. 10, n.2, p. 89-96, Dez. 2010. Disponível em: < <https://www.sobep.org.br/revista/component/.../132-vulnerabilidade-e-adolescencia.html>>. Acesso em: 22 dez. 2017.

CASTRO, R. A. L. **Qualidade de vida e saúde bucal em escolares do Rio de Janeiro**. 2008. 89 p. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: < <https://www.arca.fiocruz.br/handle/cict/4555>>. Acesso em: 22 abr. 2017.

CORTES, M. I. S.; MARCENES, W.; SHEIHAM, A. Impact of traumatic injuries to the permanent teeth on the oral health-related quality of life in 12–14-year-old- children. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 30, p. 193–8, 2002. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12000342>>. Acesso em: 06 abr. 2017.

DAVOGLIO, R. S. et al. Fatores associados a hábitos de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos entre adolescentes. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 655-67, mar. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n3/20.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2016.

ELIAS, M. S. et al. A importância da saúde bucal para adolescentes de diferentes estratos sociais do município de Ribeirão Preto. **Rev. latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 1, p. 88-95, jan. 2001. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000100013>. Acesso em: 22 abr. 2017.

FREIRE, M.C.M. et al. Dor dentária e fatores associados em adolescentes brasileiros: a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), Brasil, 2009. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, p. S133-S145, 2012. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001300014>. Acesso em: 19 jan. 2017.

FREIRE, M.C.M. et. al. Desigualdades econômicas e mudanças nos comportamentos em saúde bucal de adolescente brasileiros de 2009 a 2012. **Rev Saúde Pública**, 2015. Disponível

em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v49/pt_0034-8910-rsp-S0034-89102015049005562.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2017.

FREITAS, D. A. et al. Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 13, n. 5, p. 937-943, out, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462011000500019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 maio 2017.

GAO, J. et al. Oral health status and oral health knowledge attitudes and behavior among rural children in Shanxi, western China: a cross-sectional survey. **BMC Oral Health**, v. 14, 2014. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6831/14/144>>. Acesso em: 23 mar. 2017.

GIBILINI, C. et al. Acesso a serviços odontológicos e auto-percepção da saúde bucal em adolescentes, adultos e idosos. **Arquivos em Odontologia**, v. 461, n. 4, out/dez, 2010. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?pid=S151609392010000400005&script=sci_arttext>. Acesso em: 23 mar. 2017.

GIFT, H. C. Oral health outcomes research—challenges and opportunities. In: SLADE, G.D. (Org.). **Measuring Oral Health and Quality of Life**. Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology, 1997. Disponível em: <<https://www.adelaide.edu.au/arcpho/downloads/publications/reports/miscellaneous/measuring-oral-health-and-quality-of-life.pdf>>. Acesso em: 06 abr. 2017.

GRANVILLE-GARCIA, A. F. et al. Conhecimento do adolescente em relação a saúde bucal: um estudo de base populacional. **Rev Odonto Ciênc**, v. 25, n. 4, p. 361-66, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/roc/v25n4/a07v25n4.pdf>>. Acesso em: 06 abr. 2017.

HOBDELL, M. G. et al. Using an oral health-related quality of life measure in three cultural settings. **International Dental Journal**, v. 59, n. 6, p. 381-88, 2009. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1922/IDJ_2328Hobdell08/abstract>. Acesso em: 06 maio 2017.

LEÃO, M. M. **Saúde e qualidade de vida de adolescentes de um assentamento rural no Pontal do Paranapanema-SP**: saúde de jovens de assentamento rural. 2015. 97f. Tese (Doutorado em Odontologia Preventiva e Social) – Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista Júlio Mesquita Filho, Araçatuba - SP, 2015. Disponível em: <<https://repositorio.unesp.br/handle/11449/124029>>. Acesso em: 06 abr. 2017.

LOCKER, D. Measuring oral health: a conceptual framework. **Community Dent Health**, v. 5, n. 1, p. 3-18, 1988. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/articles/3285972/>>. Acesso em: 22 abr. 2017.

MELO, F. G. C.; CAVALCANTI, A. L. Hábitos de higiene bucal e uso dos serviços odontológicos em estudantes de escolas públicas do município de Campina Grande, Paraíba. **HU Revista**, v. 35, n. 3, p. 191-98, jul-set, 2009. Disponível em: <<https://hurevista.ufjf.emnuvens.com.br/hurevista/article/view/721>>. Acesso em: 20 abr. 2017.

MENEZES, V. A. et al. Práticas de higiene bucal, uso de serviço odontológico e auto percepção de saúde bucal de escolares da zona rural de Caruaru, PE, Brasil. **Rev. Odonto**

Ciênc., v. 25, n. 1, p. 25-31, 2010. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/roc/v25n1/06.pdf>>. Acesso em: 02 mar. 2017.

MOREIRA R.S.; NICO, L.S.; TOMITA, N.E. A relação entre o espaço e a saúde bucal coletiva: por uma epidemiologia georreferenciada. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 12, n. 1, p. 275-284, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n1/27.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2017.

NORO, L.R.A. et al. Toothache and social and economic conditions among adolescents in Northeastern Brazil. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Jan 2014, v. 19; n. 1, p. 105-114. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232014000100105&lng=en. Acesso em: 18 dez. 2017.

NURELHUDA, N. M. et al. Evaluation of oral health-related quality of life among Sudanese schoolchildren using Child-OIDP inventory. **Health and Quality of Life Outcomes**, 2010. Disponível em: < <http://www.hqlo.com/content/8/1/152>>. Acesso em: 20 abr. 2017.

PAREDES, S. O. et al. Influência da saúde bucal sobre a qualidade de vida de adolescentes escolares. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v. 28, n. 2, p. 266-73, abr-jun., 2015. Disponível em: < <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/3479/pdf>>. Acesso em: 06 abr. 2017.

PENGPID, S.; PELTZER, K. Hygiene Behaviour and Associated Factors among In-School Adolescents in Nine African Countries. **Int.J. Behav. Med**, v. 18, p.150-59, 2011. Disponível em: < <https://dx.doi.org/10.1007/s12529-010-9109-6>>. Acesso em: 06 abr. 2017.

PEREIRA, C. et al. Comportamentos de saúde oral em adolescentes portuguesas. **Rev Port Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 145-52, jul. 2013. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0870902513000278>>. Acesso em: 18 mar. 2017.

PERES, K. G. et al. Aspectos sociodemográficos e clínicos da qualidade de vida relacionada à saúde bucal em adolescentes. **Rev Saúde Pública**, v. 47, supl. 3, p. 19-28, 2013. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003489102013000900019&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 09 out. 2016.

PETERSEN, P.E. Sociobehavioural risk factors in dental caries - international perspectives. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.33, p. 274-9, 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16008634>>. Acesso em: 20 maio 2017.

SANTANA, K.C. et al. Direito à saúde: adolescentes quilombolas em comunidades rurais de Vitória da Conquista (BA). In: OLIVEIRA M.H.B. et al, organizadores. **Direitos humanos e saúde: construindo caminhos, viabilizando rumos**. Rio de Janeiro: Cebes, 2017. v. 1. p. 53-68.

SANTOS, M. F. S.; FÉLIX, L. B.; MORAIS, E. R. C. Representações sociais de juventude em uma comunidade quilombola do agreste Pernambucano. **Rev.Psico**, v. 43, n. 4, p. 524-32, out/dez.2012. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/9103/8514>>. Acesso em: 07 maio 2013.

SHAILLEE, F. et al. Dental caries prevalence and treatment needs among 12- and 15- year old schoolchildren in Shimla city, Himachal Pradesh, India. **Indian J Dent Res.** v. 23, p. 579-84, 2012. Disponível em: <<http://www.ijdr.in/text.asp?2012/23/5/579/107330>>. Acesso em: 23 mar. 2017.

SILVA, E.K.P. et al . Insegurança alimentar em comunidades rurais no Nordeste brasileiro: faz diferença ser quilombola?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 33, n. 4, e00005716, 2017 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000405013&lng=en&nrm=iso>. Disponível em: 31 jan. 2018.

SILVA JUNIOR, I.F.S. et al. Saúde Bucal do Adolescente: Revisão de Literatura. **Adolesc. Saúde**, v. 13, supl.1, p. 95-103, 2016. Disponível em: <http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=574>. Acesso em: 18 jan. 2017.

SILVA, M.E.A.et al. Necessidade protética da população quilombola de Santo Antônio do Guaporé- Rondônia- Brasil. **Braz Dent Sci**, v. 14, n. 1-2, p. 62-66, jul-dez 2011. Disponível em: <<http://ojs.fosjc.unesp.br/index.php/cob/article/view/676>>. Acesso em: 23 mar. 2017.

SILVEIRA, M. F. et al. Impacto da saúde bucal nas dimensões físicas e psicossocial: uma análise através da modelagem com equações estruturais. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. 6, p. 1-15, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n6/pt_0102-311X-csp-30-6-1169.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2017.

SOUSA, B. C. et al. Hábitos alimentares de adolescentes quilombolas e não quilombolas da zona rural do semiárido baiano. **Cien Saude Colet.** Mar. 2017. Em prelo. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/habitos-alimentares-de-adolescentes-quilombolas-e-nao-quilombolas-da-zona-rural-do-semiarido-baiano/16186?id=16186>

TESH, F. C.; OLIVEIRA, B. H.; LEÃO, A. Mensuração do impacto dos problemas bucais sobre a qualidade de vida de crianças: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2555-2564, nov, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n11/02.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2017.

VETTORE, M.V. et al. Condições socioeconômica, frequência de escovação dentária e comportamentos em saúde em adolescentes brasileiros: uma análise a partir da Pesquisa Nacional de Saúde escolar (PeNSE). **Cad. Saúde Pública**, supl 28, p. S101-S113, 2012. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v28s0/11.pdf>>. Acesso em: 19 jan. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps - a manual of classification relating to the consequences of disease**. Genebra, World Health Organization.1980. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41003/1/9241541261_eng.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Nutrition in adolescence: issues and challenges for the health sector: issues in adolescent health and development**. 2005. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43342/1/9241593660_eng.pdf>. Acesso em: 22 jan, 2017.

ZHU, L.; PETERSEN, P. E. Oral hialita knowledge, atitudes and behaviour of children and adolescents in China. **International Dental Journal**, v. 53, n. 5, p. 289-298, 2003.
Disponível em:<http://www.who.int/oral_health/media/en/orh_knowledge_china.pdf>.
Acesso em: 22 abr. 2017.

ANEXOS

ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO

Recorte do questionário original do Projeto ADOLESCER: Saúde do Adolescente da Zona Rural e seus Condicionantes

A4	Qual o material que predomina no piso do domicílio?	1. Cimento	_
		2. Cerâmica, lajota ou pedra	
		3. Terra	
		4. Madeira aproveitada	
		5. Tacos ou tábua corrida	
		6. Outro material	
A5	Qual é a principal forma de abastecimento de água deste domicílio?	1. Rede geral de distribuição	_
		2. Poço ou nascente na propriedade	
		3. Poço ou nascente fora da propriedade	
		4. Carro-pipa	
		5. Água da chuva armazenada em cisterna	
		6. Água da chuva armazenada de outro modo	
		7. Rios, lagos e igarapés	
		8. Outra	
A7	Este domicílio tem água canalizada para pelo menos um cômodo?	0. Não	_
		1. Sim	
A9	A água utilizada para beber neste domicílio é:	1. Filtrada	_
		2. Fervida	
		3. Tratada de outra forma no domicílio	
		4. Mineral industrializada	
		5. Sem tratamento no domicílio	
A10	Qual o número de cômodos no seu domicílio, incluindo banheiro(s) e cozinha(s)?	_ _	_ _
A13	O fogão deste domicílio utiliza predominantemente:	1. Gás de botijão	_
		3. Lenha	
		4. Carvão	

		5. Energia elétrica	
		6. Outro	
		7. Não tem fogão	
A14	Quantos banheiros de uso exclusivo dos moradores existem neste domicílio?	_ _	_ _
A16	Qual o destino dado ao lixo?	1. Coletado diretamente por serviço de limpeza	_
		2. Coletado em caçamba de serviço de limpeza	
		3. É queimado na propriedade	
		4. É enterrado na propriedade	
		5. Jogado em terreno baldio ou logradouro	
		6. Jogado em rio ou lago	
		7. Outro	
A18	Neste domicílio existe:		
A18 A	Televisão em cores?	0. Não	_
		1. Sim	
A18 A1	Quantas televisões em cores?	_ _	_ _
A18 B	Geladeira?	0. Não	_
		1. Sim	
A18 B1	Quantas geladeiras?	_ _	_ _
A18 C	Vídeocassete/DVD?	0. Não	_
		1. Sim	
A18 C1	Quantos videocassete/DVD?	_ _	_ _
A18 D	Máquina de lavar roupa?	0. Não	_
		1. Sim	
A18 D1	Quantas máquinas de lavar roupa?	_ _	_ _

A18 J	Rádios?	0. Não	_
		1. Sim	
A18 J1	Quantos rádios?	_ _	_ _
A18 K	Freezer?	0. Não	_
		1. Sim	
A18 K1	Quantos freezers?	_ _	_ _
A18 L	Carro?	0. Não	_
		1. Sim	
A18 L1	Quantos carros?	_ _	_ _
A19	Em seu domicílio, trabalha algum(a) empregado(a) doméstico(a) mensalista?	0. Não	_
		1. Sim	
A19 A	Quantos empregados (as) domésticos (as) mensalistas?	_ _	_ _
A20	Qual o grau de escolaridade do senhor (a) (chefe da família)?	1. Não alfabetizado/Fundamental 1 Incompleto	_
		2. Fundamental 1 completo/ Fundamental 2 incompleto	
		3. Fundamental 2 completo/ Médio incompleto	
		4. Médio completo/ Superior incompleto	
		5. Superior completo/Pós-graduação	
A23.	Algum morador deste domicílio, nos últimos três meses, recebeu algum rendimento proveniente de:		
A23 G	Programa Bolsa Família?	0. Não	_
		1. Sim	
B1	Qual seu sexo?	1. Masculino	_
		2. Feminino	
B2	Qual sua cor ou raça?	1. Branca	_
		2. Preta	
		3. Amarela	
		4. Parda	

		5. Indígena	
B3	Qual sua data de nascimento	____/____/____	
B4	Você mora com sua mãe?	0. Não 1. Sim	__
B5	Você mora com seu pai?	0. Não 1. Sim	
B15	Ao todo, quantos anos completos de estudo você tem?	____anos	__
B19	Nos últimos 30 dias, com que frequência seus pais ou responsáveis entenderam seus problemas e preocupações?	1. Nenhuma vez 2. Raramente 3. Às vezes 4. Na maior parte do tempo 5. Sempre	__
B25	Quantos amigos ou amigas próximos você tem?	0. Nenhum 1. 1 2. 2 3. 3 ou mais	__
D12	Nos últimos 7 dias, em quantos dias você comeu guloseimas (doces, balas, chocolates, chicletes, bombons ou pirulitos)?	____dias	__
D16	Nos últimos 7 dias, em quantos dias você tomou Refrigerante?	____dias	__
D22	Alguma vez na vida você tomou uma dose de bebida alcoólica? (uma dose equivale a uma lata de cerveja ou uma taça de vinho ou uma dose de cachaça ou uísque, etc.)	0. Não 1. Sim	__
D33	Em geral, no dia que você pratica exercício ou esporte, quanto tempo dura esta atividade?	____ horas ____ minutos	
D50	Alguma vez na vida, você já fumou, mesmo uma ou duas tragadas?	0. Não 1. Sim	__
E7	Durante os últimos 12 meses com que frequência tem se sentido sozinho (a)?	1. Nunca 2. Raramente	__

		3. Às vezes	
		4. Na maioria das vezes	
		5. Sempre	
G1	Alguma vez na vida, você usou alguma droga, tais como: maconha, cocaína, crack, cola, loló, lança perfume, ecstasy, oxy, etc.?	0. Não	_
		1. Sim	
J1	Nos últimos 30 dias, quantas vezes por dia você usualmente escovou os dentes?	Não escovei meus dentes nos últimos 30 dias	_
		Uma vez por dia	
		Duas vezes por dia	
		Três vezes por dia	
		Quatro ou mais vezes por dia	
		Não escovei meus dentes diariamente	
J2	O que você usa para fazer a limpeza de sua boca?		
J2A	Escova de dente?	0. Não	_
		1. Sim	
J2B	Pasta de dente?	0. Não	_
		1. Sim	
J2C	Fio dental?	0. Não	_
		1. Sim	
J3	Com que frequência você troca a sua escova de dente por uma nova?	1. Com menos de 3 meses	_
		2. Entre 3 meses e menos de 6 meses	
		3. Entre 6 meses e menos de 1 ano	
		4. Com mais de um ano	
		5. Nunca trocou	
J4	Em geral, como você avalia sua saúde bucal (dentes e gengivas)?	1. Muito Boa	_
		2. Boa	
		3. Regular	
		4. Ruim	
		5. Muito ruim	
J5	Você acha que necessita de tratamento dentário atualmente?	0. Não	_
		1. Sim	

J6	Nos últimos seis meses, você teve dor de dente? (excluir dor de dente causada por uso de aparelho)	0. Não	_
		1. Sim	
J7	Alguma vez na vida você já foi ao consultório do dentista?	0. Não	_
		1. Sim	
J8	Quando você consultou o dentista pela última vez?	1. Menos de um ano	_
		2. Um a dois anos	
		3. Três anos ou mais	
J9	Onde foi a sua última consulta?	1. Serviço público	_
		2. Serviço particular;	
		3. Plano de Saúde ou Convênios	
		4. Outros;	
J10	Qual o principal motivo da sua última consulta ao dentista?	1. Limpeza, revisão, manutenção ou prevenção	_
		2. Dor de dente	
		3. Extração	
		4. Tratamento dentário	
		5. Problema na gengiva	
		6. Tratamento de ferida na boca	
		7. Implante dentário	
		8. Aparelho nos dentes (ortodôntico)	
		9. Colocação/manutenção de prótese ou dentadura	
		10. Fazer radiografia	
		11. Fazer o orçamento do tratamento	
		12. Outro	
J11	Onde foi a última consulta odontológica?	1. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)	_
		2. Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica	
		3. CEO – Centro de Especialidades Odontológicas	
		4. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)	
		5. Pronto-socorro ou emergência de hospital público	

		6. Hospital público/ambulatório	
		7. Consultório particular ou clínica privada	
		8. Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato	
		9. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado	
		10. Outro	
J12	O que você achou do tratamento na última consulta?	1. Muito Bom	_
		2. Bom	
		3. Regular	
		4. Ruim	
		5. Muito Ruim	
J13	Com relação aos seus dentes/boca você está:	1. Muito satisfeito	_
		2. Satisfeito	
		3. Nem satisfeito nem insatisfeito	
		4. Insatisfeito	
		5. Muito insatisfeito	
J14	Você considera que necessita usar prótese total (dentadura) ou trocar a que está usando atualmente?	0. Não	_
		1. Sim	
J15	Algumas pessoas têm problemas que podem ter sido causados pelos dentes. Das situações abaixo, quais se aplicam você, nos últimos seis meses?		
J15 A	Teve dificuldade para comer por causa dos dentes ou sentiu dor nos dentes ao tomar líquidos gelados ou quentes?	0. Não	_
		1. Sim	
J15B	Os seus dentes o incomodaram ao escovar?	0. Não	_
		1. Sim	
J15C	Os seus dentes o deixaram nervoso(a) ou irritado(a)?	0. Não	_
		1. Sim	
J15 D	Deixou de sair, se divertir, ir a festas, passeios por causa dos seus dentes?	0. Não	_
		1. Sim	
J15E	Deixou de praticar esportes por causa dos seus dentes?	0. Não	_
		1. Sim	

J15F	Teve dificuldade para falar por causa dos seus dentes?	0. Não	_
		1. Sim	
J15G	Os seus dentes o fizeram sentir vergonha de sorrir ou falar?	0. Não	_
		1. Sim	
J15H	Os seus dentes atrapalharam para estudar/trabalhar ou fazer tarefas da escola/trabalho?	0. Não	_
		1. Sim	
J15I	Deixou de dormir ou dormiu mal por causa dos seus dentes?	0. Não	_
		1. Sim	
J15J	Nos últimos 30 dias com que frequência você lavou as mãos antes de comer?	Nunca	_
		Raramente	
		Às vezes	
		Na maioria das vezes	
		Sempre	
J15L	Nos últimos 30 dias com que frequência você lavou as mãos após usar o banheiro ou o vaso sanitário?	Nunca	_
		Raramente	
		Às vezes	
		Na maioria das vezes	
		Sempre	
J15M	Nos últimos 30 dias com que frequência você usou sabão ou sabonete quando lavou suas mãos?	Nunca	_
		Raramente	
		Às vezes	
		Na maioria das vezes	
		Sempre	
<i>Agora irei verificar suas medidas antropométricas.</i>			
L1	Peso	_ _ , _ _	_ _ , _ _
L2	Altura	_ _ _ cm	_ _ _

ANEXO 2 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

INSTITUTO MULTIDISCIPLINAR
EM SAÚDE-UFBA-CAMPUS
ANÍSIO TEIXEIRA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Adolescer: Saúde do Adolescente da Zona Rural e seus Condicionantes

Pesquisador: Danielle Souto de Medeiros

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 27939914.7.0000.5556

Instituição Proponente: Instituto Multidisciplinar em Saúde-Campus Anísio Teixeira

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 639.966

Data da Relatoria: 08/05/2014

Apresentação do Projeto:

O estudo proposto será realizado nas microáreas atendidas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Pradoso, localizada na Zona Rural do município de Vitória da Conquista, BA, com o objetivo de investigar os determinantes sociais, as condições de saúde, o acesso e a utilização dos serviços de saúde pelos adolescentes, buscando traçar o perfil epidemiológico dessa população. No desenho metodológico proposto para este estudo consta que o mesmo terá um componente quantitativo de base populacional, com abordagem domiciliar e outro qualitativo. No quantitativo, será realizado um estudo de corte transversal, em duas populações de adolescentes atendidas pela ESF do Pradoso: quilombolas e não quilombolas. A amostra compreende 200 adolescentes quilombolas e 254 adolescentes não quilombolas. Será utilizado um questionário semi-estruturado, aplicado em visita domiciliar, tendo como dimensões de análise os seguintes módulos temáticos: aspectos sociodemográficos; alimentação; atividade física; uso do tabaco, álcool e drogas; autoimagem corporal; saúde bucal; uso de medicamentos; saúde sexual; deficiências físicas; uso de serviços de saúde; e dados antropométricos dos participantes. No componente qualitativo será utilizado o referencial das representações sociais, em razão de sua contribuição para a análise das relações intergrupais, da influência da cultura na introjeção de valores e da definição de comportamentos. Serão realizados três Grupos Focais, separadamente: um grupo composto pela equipe da USF e quatro Agentes Comunitários de Saúde selecionados

Endereço: RIO DE CONTAS, 58 Qd. 17, Lote 58

Bairro: CANDEIAS

CEP: 45.029-094

UF: BA

Município: VITORIA DA CONQUISTA

Telefone: (61)0161-6161

E-mail: drlucianorosa@yahoo.com.br

**INSTITUTO MULTIDISCIPLINAR
EM SAÚDE-UFBA-CAMPUS
ANÍSIO TEIXEIRA**



Continuação do Parecer: 639.966

aleatoriamente; um segundo grupo composto por profissionais da educação que lecionam em turmas compostas por adolescentes, escolhidos nas escolas locais que trabalham com esse público; e o último grupo que incluirá dez adolescentes pertencentes à comunidade e que já tenham utilizado o serviço de saúde, escolhidos aleatoriamente após a realização das entrevistas. O foco central destes grupos estará na tentativa de compreender a representação social dos e sobre os adolescentes em relação às suas condições de saúde, acesso e utilização dos serviços disponíveis, para complementar as informações obtidas pelo inquérito de saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Investigar os determinantes sociais, as condições de saúde, o acesso e utilização dos serviços de saúde dos adolescentes atendidos pela Estratégia de Saúde da Família do Pradoso.

Objetivo Secundário:

- Investigar fatores associados à utilização dos serviços de saúde por adolescentes; -Identificar fatores associados às condições de saúde dos adolescentes;
- Descrever o perfil dos adolescentes atendidos pela estratégia de saúde do Pradoso, destacando o contexto social e familiar dos mesmos;
- Avaliar o uso de tabaco, drogas/álcool e outras substâncias psicoativas;
- Investigar informações sobre o hábito alimentar e prática de atividade física dos adolescentes;
- Compreender as principais características da vida sexual e reprodutiva dos adolescentes;
- Identificar o comportamento dos adolescentes em relação à saúde bucal;
- Investigar fatores associados à utilização de medicamentos e automedicação por adolescentes;
- Comparar os fatores associados à utilização de medicamentos e automedicação por adolescentes quilombolas e não quilombolas;
- Compreender a representação social dos e sobre os adolescentes em relação a suas condições de saúde, acesso e utilização dos serviços de saúde disponíveis.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os autores relatam como riscos o constrangimento com algumas perguntas como, por exemplo: uso de drogas, atividades sexuais e situações de violência.

Como benefícios os autores relatam que esta pesquisa se constitua como contribuição para a identificação de grupos de risco, para o monitoramento dos níveis de saúde da população e para subsidiar o desenvolvimento de novas estratégias de atenção à saúde de adolescentes quilombolas e não quilombolas atendidos pela Unidade de Saúde da Família do Pradoso.

Endereço: RIO DE CONTAS, 58 Qd. 17, Lote 58

Bairro: CANDEIAS

CEP: 45.029-094

UF: BA

Município: VITORIA DA CONQUISTA

Telefone: (61)0161-6161

E-mail: drlucianorosa@yahoo.com.br

**INSTITUTO MULTIDISCIPLINAR
EM SAÚDE-UFBA-CAMPUS
ANÍSIO TEIXEIRA**



Continuação do Parecer: 639.966

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O protocolo de pesquisa encontra-se bem estruturado e é de relevância, pois, segundo os autores, poderá produzir dados confiáveis que, após análise e contextualização, sejam norteadores da construção de novas estratégias de atenção à saúde dos adolescentes quilombolas e não quilombolas atendidos pela Estratégia de Saúde da Família do Pradoso.

A metodologia proposta encontra-se baseada em ferramentas já consolidadas em pesquisas anteriores como: PENSE, QSB Brasil (2010), Lopes Jr. et al. (2010), PNS, Projeto COMQUISTA (2013) e Heilborn et al. (2006) sendo adequadamente aplicadas e os dados analisados por meio de testes estatísticos indicados na metodologia.

O sigilo dos dados foi explicitado na metodologia e é novamente destacado nos TCLEs.

Os TCLEs estão formulados em linguagem clara e objetiva promovendo fácil entendimento por parte dos participantes da pesquisa. Formam apresentados 4 TCLEs de acordo com os grupos de indivíduos participantes do estudo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram adequadamente apresentados a saber: projeto da Plataforma Brasil, folha de rosto da Plataforma Brasil, folha local do CEP, declaração de participação dos autores, curriculum lattes dos autores, autorização de coleta de dados do Polo de Educação da Prefeitura de Vitória da Conquista-BA e TCLEs.

Recomendações:

Todas as recomendações feitas em parecer anterior foram devidamente esclarecidas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise do protocolo de pesquisa conclui-se que o mesmo não apresenta pendências a serem sanadas. Dessa forma, indico a aprovação do mesmo.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O coordenador do CEP IMS/CAT avaliou o protocolo de pesquisa e o aprovou ad referendum no dia 08 de maio de 2014.

Endereço: RIO DE CONTAS, 58 Qd. 17, Lote 58

Bairro: CANDEIAS

CEP: 45.029-094

UF: BA

Município: VITORIA DA CONQUISTA

Telefone: (61)0161-6161

E-mail: drlucianorosa@yahoo.com.br

INSTITUTO MULTIDISCIPLINAR
EM SAÚDE-UFBA-CAMPUS
ANÍSIO TEIXEIRA



Continuação do Parecer: 639.966

VITÓRIA DA CONQUISTA, 08 de Maio de 2014

Assinador por:
Luciano Pereira Rosa
(Coordenador)

Endereço: RIO DE CONTAS, 58 Qd. 17, Lote 58

Bairro: CANDEIAS

CEP: 45.029-094

UF: BA

Município: VITÓRIA DA CONQUISTA

Telefone: (61)0161-6161

E-mail: drlucianorosa@yahoo.com.br

ANEXO 3 - TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Projeto ADOLESCER: Saúde do Adolescente da Zona Rural e seus Condicionantes
APOIO FINANCEIRO: Edital 30/2013 - PESQUISA PARA O SUS: GESTÃO COMPARTILHADA EM SAÚDE
 PPSUS-BA MS/ CNPq/ FAPESB
 Edital PRODOC 2013 – PROPCI/ PROPG/ UFBA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Estamos convidando você e o(a) seu(sua) filho(a) para participarem de um estudo que será realizado entre os adolescentes da zona rural de Vitória da Conquista – Bahia. Este estudo está sendo desenvolvido pelo Instituto Multidisciplinar de Saúde da Universidade Federal da Bahia – Campus Anísio Teixeira, Vitória da Conquista e é importante para que se possa conhecer a situação de saúde dos adolescentes.

A SUA PARTICIPAÇÃO E DO(A) SEU(SUA) FILHO(A) NÃO SÃO OBRIGATÓRIAS:

Este termo de consentimento lhe dará informações sobre o estudo. Após você tê-lo entendido e, se decidir participar e que o(a) seu(sua) filho(a) participe do mesmo, solicitaremos sua assinatura no termo de consentimento. Você receberá uma cópia para guardar. A qualquer momento você ou o(a) seu(sua) filho(a) podem desistir de participar e retirar seu consentimento. A recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com este pesquisador ou com os serviços de saúde.

OBJETIVOS DO ESTUDO:

Investigar os determinantes sociais, as condições de saúde, o acesso e utilização dos serviços de saúde pela população de adolescentes da zona rural do município de Vitória da Conquista – Bahia. Os resultados serão importantes para caracterizar os adolescentes, permitindo um melhor direcionamento das ações e recursos da saúde para esse grupo populacional.

PROCEDIMENTOS:

Serão aplicados dois questionários: um sobre o domicílio, que será respondido pelo chefe da família ou por qualquer morador com idade maior ou igual a 18 anos; e outro sobre o adolescente, a ser respondido pelo mesmo. No questionário domiciliar, serão feitas questões que investigam as características gerais do domicílio e a situação econômica da sua família. No questionário do adolescente as questões estarão distribuídas nos seguintes blocos de informações: 1) características do adolescente e apoio social; 2) características de trabalho; 3) estilo de vida; 4) percepção do estado de saúde e autoimagem corporal; 5) deficiências; 6) drogas ilícitas; 7) acidentes e violências; 8) saúde sexual e reprodutiva; 9) higiene e saúde bucal; e 10) utilização dos serviços de saúde. Também serão feitas medidas de peso e altura ao final da entrevista.

CONFIDENCIALIDADE:

O(A) seu(sua) filho(a) e você tem a garantia de que os dados coletados nesta pesquisa serão mantidos em sigilo e apenas os resultados gerais serão divulgados. Estes dados serão publicados em artigos científicos e divulgados em congressos, sendo a identidade dos participantes preservada.

POSSÍVEIS RISCOS E BENEFÍCIOS:

Os riscos da sua participação e do(a) seu(sua) filho(a) envolvem um possível constrangimento ao expor algumas informações pessoais (exemplo: rendimento familiar, escolaridade, uso de drogas, atividades sexuais e situações de violência) e/ou falha da memória. Os benefícios incluem traçar um perfil dos adolescentes da zona rural, possibilitando a utilização destas informações para a orientação e avaliação de um conjunto de políticas de saúde destinadas aos adolescentes.

CUSTOS:

Não há custos para você ou o(a) seu(sua) filho(a) em participar do estudo.



Projeto ADOLESCER: Saúde do Adolescente da Zona Rural e seus Condicionantes
 APOIO FINANCEIRO: Edital 30/2013 - PESQUISA PARA O SUS: GESTÃO COMPARTILHADA EM SAÚDE
 PPSUS-BA MS/ CNPq/ FAPESB
 Edital PRODOC 2013 – PROPCI/ PROPG/ UFBA

OUTRAS INFORMAÇÕES:

A equipe de trabalho estará disponível para esclarecer qualquer dúvida durante o projeto. Entretanto, caso você ainda necessite de mais esclarecimentos, pode procurar a Professora Danielle Souto de Medeiros, do Instituto Multidisciplinar em Saúde, da Universidade Federal da Bahia – Vitória da Conquista, Coordenadora do Estudo, pelo telefone (77) 9131-6838 para esclarecer dúvidas, comunicar qualquer problema com relação ao estudo ou retirar o seu consentimento, podendo telefonar a cobrar.

AUTORIZAÇÃO:

- Aceito participar da entrevista ()
 Autorizo meu filho(a) a participar da entrevista ()
 Autorizo meu filho(a) a participar das medidas de peso e altura. ()

Consentimento para participação: Eu estou de acordo com a participação no estudo descrito acima. Eu fui devidamente esclarecido quanto aos objetivos da pesquisa, aos procedimentos aos quais serei submetido e os possíveis riscos envolvidos na minha participação. Os pesquisadores me garantiram disponibilizar qualquer esclarecimento adicional que eu venha solicitar durante o curso da pesquisa e o direito de desistir da participação em qualquer momento, sem que a minha desistência implique em qualquer prejuízo à minha pessoa ou à minha família, sendo garantido anonimato e o sigilo dos dados referentes a minha identificação. Também fui informado que a minha participação neste estudo não me trará nenhum benefício econômico.

Eu, _____, aceito livremente participar do estudo intitulado “Adolescer: Saúde do Adolescente da Zona Rural e seus condicionantes”, sob a responsabilidade da docente Danielle Souto de Medeiros da Universidade Federal da Bahia - Instituto Multidisciplinar em Saúde - Campus Anísio Teixeira (UFBA).

Este documento (TCLE) será fornecido em duas vias, sendo uma delas entregue ao participante.

POLEGAR DIREITO

 Assinatura do participante

 Nome do entrevistador (Legível)

 Assinatura do entrevistador

Para maiores informações, pode entrar em contato com:
 Danielle Souto de Medeiros - Fone: (77) 9131-6838
 E-mail: daniellesoutomedeiros@gmail.com
 Endereço: Universidade Federal da Bahia.
 Pavilhão de Aulas IMS/UFBA, Rua Rio de Contas, 58, Quadra 17, Lote 58
 Candeias. CEP: 45029-094 - Vitória da Conquista, BA – Brasil
 Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto Multidisciplinar em Saúde (CEP-SERES HUMANOS
 IMS/CAT-UFBA). Site: <http://www.ims.ufba.br/cep/sereshumanos/>



Projeto ADOLESCER: Saúde do Adolescente da Zona Rural e seus Condicionantes
 APOIO FINANCEIRO: Edital 30/2013 - PESQUISA PARA O SUS: GESTÃO COMPARTILHADA EM SAÚDE
 PPSUS-BA MS/ CNPq/ FAPESB
 Edital PRODOC 2013 – PROP/CI/ PROPG/ UFBA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Adolescente maior de 18 anos)

Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Estamos convidando você para participar de um estudo que será realizado entre os adolescentes da zona rural de Vitória da Conquista – Bahia. Este estudo está sendo desenvolvido pelo Instituto Multidisciplinar de Saúde da Universidade Federal da Bahia – Campus Anísio Teixeira, Vitória da Conquista e é importante para que se possa conhecer a situação de saúde dos adolescentes.

A SUA PARTICIPAÇÃO NÃO É OBRIGATÓRIA:

Este termo de consentimento lhe dará informações sobre o estudo. Após você tê-lo entendido e, se decidir participar mesmo, solicitaremos sua assinatura no termo de consentimento. Você receberá uma cópia para guardar. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. A recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com este pesquisador ou com os serviços de saúde.

OBJETIVOS DO ESTUDO:

Investigar os determinantes sociais, as condições de saúde, o acesso e utilização dos serviços de saúde pela população de adolescentes da zona rural do município de Vitória da Conquista – Bahia. Os resultados serão importantes para caracterizar os adolescentes, permitindo um melhor direcionamento das ações e recursos da saúde para esse grupo populacional.

PROCEDIMENTOS:

Serão aplicados dois questionários: um sobre o domicílio, que será respondido pelo chefe da família ou por qualquer morador com idade maior ou igual a 18 anos; e outro sobre o adolescente, a ser respondido pelo mesmo. No questionário domiciliar, serão feitas questões que investigam as características gerais do domicílio e a situação econômica da sua família. No questionário do adolescente as questões estarão distribuídas nos seguintes blocos de informações: 1) características do adolescente e apoio social; 2) características de trabalho; 3) estilo de vida; 4) percepção do estado de saúde e autoimagem corporal; 5) deficiências; 6) drogas ilícitas; 7) acidentes e violências; 8) saúde sexual e reprodutiva; 9) higiene e saúde bucal; e 10) utilização dos serviços de saúde. Também serão feitas medidas de peso e altura ao final da entrevista.

CONFIDENCIALIDADE:

Você tem a garantia de que os dados coletados nesta pesquisa serão mantidos em sigilo e apenas os resultados gerais serão divulgados. Estes dados serão publicados em artigos científicos e divulgados em congressos, sendo a identidade dos participantes preservada.

POSSÍVEIS RISCOS E BENEFÍCIOS:

Os riscos da sua participação envolvem um possível constrangimento ao expor algumas informações pessoais (exemplo: rendimento familiar, escolaridade, uso de drogas, atividades sexuais e situações de violência) e/ou falha da memória. Os benefícios incluem traçar um perfil dos adolescentes da zona rural, possibilitando a utilização destas informações para a orientação e avaliação de um conjunto de políticas de saúde destinadas aos adolescentes.

CUSTOS:

Não há custos para você em participar do estudo.



Projeto ADOLESCER: Saúde do Adolescente da Zona Rural e seus Condicionantes
 APOIO FINANCEIRO: Edital 30/2013 - PESQUISA PARA O SUS- GESTÃO COMPARTILHADA EM SAÚDE
 PPSUS-BA MS/ CNPq/ FAPESB
 Edital PRODOC 2013 – PROPCI/ PROPG/ UFBA

OUTRAS INFORMAÇÕES:

A equipe de trabalho estará disponível para esclarecer qualquer dúvida durante o projeto. Entretanto, caso você ainda necessite de mais esclarecimentos, pode procurar a Professora Danielle Souto de Medeiros, do Instituto Multidisciplinar em Saúde, da Universidade Federal da Bahia – Vitória da Conquista, Coordenadora do Estudo, pelo telefone (77) 9131-6838 para esclarecer dúvidas, comunicar qualquer problema com relação ao estudo ou retirar o seu consentimento, podendo telefonar a cobrar.

AUTORIZAÇÃO:

Aceito participar da entrevista ()
 Aceito participar das medidas de peso e altura. ()

Consentimento para participação: Eu estou de acordo com a participação no estudo descrito acima. Eu fui devidamente esclarecido quanto aos objetivos da pesquisa, aos procedimentos aos quais serei submetido e os possíveis riscos envolvidos na minha participação. Os pesquisadores me garantiram disponibilizar qualquer esclarecimento adicional que eu venha solicitar durante o curso da pesquisa e o direito de desistir da participação em qualquer momento, sem que a minha desistência implique em qualquer prejuízo à minha pessoa ou à minha família, sendo garantido anonimato e o sigilo dos dados referentes a minha identificação. Também fui informado que a minha participação neste estudo não me trará nenhum benefício econômico.

Eu, _____, aceito livremente participar do estudo intitulado “Adolescer: Saúde do Adolescente da Zona Rural e seus condicionantes”, sob a responsabilidade da docente Danielle Souto de Medeiros da Universidade Federal da Bahia - Instituto Multidisciplinar em Saúde - Campus Anísio Teixeira (UFBA).

Este documento (TCLE) será fornecido em duas vias, sendo uma delas entregue ao participante.

POLEGAR DIREITO

 Assinatura do participante

 Nome do entrevistador (Legível)

 Assinatura do entrevistador

Para maiores informações, pode entrar em contato com:
 Danielle Souto de Medeiros - Fone: (77) 9131-6838
 E-mail: daniellesoutomedeiros@gmail.com
 Endereço: Universidade Federal da Bahia.
 Pavilhão de Aulas IMS/UFBA, Rua Rio de Contas, 58, Quadra 17, Lote 58
 Candeias, CEP: 45029-094 - Vitória da Conquista, BA – Brasil
 Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto Multidisciplinar em Saúde (CEP-SERES HUMANOS IMS/CAT-UFBA). Site: <http://www.ims.ufba.br/cep/sereshumanos/>

ANEXO 4 - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Projeto ADOLESCER: Saúde do Adolescente da Zona Rural e seus Condicionantes
 APOIO FINANCEIRO: Edital 30/2013 - PESQUISA PARA O SUS: GESTÃO COMPARTILHADA EM SAÚDE
 PPSUS-BA MS/ CNPq/ FAPESB
 Edital PRODOC 2013 – PROPCL/ PROPG/ UFBA

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Estamos convidando você para participar de um estudo que será realizado com os adolescentes da zona rural de Vitória da Conquista – Bahia. Este estudo está sendo desenvolvido pelo Instituto Multidisciplinar de Saúde da Universidade Federal da Bahia – Campus Anísio Teixeira, Vitória da Conquista e é importante para que se possa conhecer a situação de saúde dos adolescentes. Este termo lhe dará informações sobre o estudo. Após você tê-lo entendido e, se decidir participar, solicitaremos sua assinatura e você receberá uma cópia para guardar. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. A recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com este pesquisador ou com os serviços de saúde. Os resultados serão importantes para caracterizar os adolescentes, permitindo um melhor direcionamento das ações e recursos da saúde para esse grupo populacional. A sua participação no estudo acontecerá por meio da realização de uma entrevista e da coleta de medidas de peso e altura. Você tem a garantia de que os dados coletados nesta pesquisa serão mantidos em segredo e apenas os resultados gerais serão divulgados. Estes dados serão publicados em artigos científicos e divulgados em congressos, mas, sua identidade será preservada. Os riscos da sua participação envolvem um possível constrangimento ao expor algumas informações pessoais (exemplo: rendimento familiar, escolaridade, uso de drogas, atividades sexuais e situações de violência) e/ou falha da memória. Os benefícios incluem traçar um perfil dos adolescentes da zona rural, possibilitando a utilização destas informações para a orientação e avaliação de um conjunto de políticas de saúde destinadas aos adolescentes. Não há custos para você participar do estudo. A equipe de trabalho estará disponível para esclarecer qualquer dúvida durante o projeto. Entretanto, caso você ainda necessite de mais esclarecimentos, pode procurar a Professora Danielle Souto de Medeiros, do Instituto Multidisciplinar em Saúde, da Universidade Federal da Bahia – Vitória da Conquista, Coordenadora do Estudo, pelo telefone (77) 9131-6838 para esclarecer dúvidas, comunicar qualquer problema com relação ao estudo ou retirar o seu consentimento, podendo telefonar a cobrar.

Consentimento para participação: Eu estou de acordo com a participação no estudo descrito acima. Eu fui devidamente esclarecido quanto aos objetivos da pesquisa, aos procedimentos aos quais serei submetido e os possíveis riscos envolvidos na minha participação. Os pesquisadores me garantiram disponibilizar qualquer esclarecimento adicional que eu venha solicitar durante o curso da pesquisa e o direito de desistir da participação em qualquer momento, sem que a minha desistência implique em qualquer prejuízo à minha pessoa ou à minha família, sendo garantido anonimato e o sigilo dos dados referentes a minha identificação. Também fui informado que a minha participação neste estudo não me trará nenhum benefício econômico.

Eu, _____, aceito livremente participar do estudo intitulado “Adolescer: Saúde do Adolescente da Zona Rural e seus condicionantes”, sob a responsabilidade da docente Danielle Souto de Medeiros da Universidade Federal da Bahia - Instituto Multidisciplinar em Saúde - Campus Anísio Teixeira (UFBA).

Este documento será fornecido em duas vias, sendo uma delas entregue ao participante.

 Assinatura do participante

POLEGAR DIREITO

 Nome do entrevistador (Legível)

 Assinatura do entrevistador



Projeto ADOLESCER: Saúde do Adolescente da Zona Rural e seus Condicionantes
APOIO FINANCEIRO: Edital 30/2013 - PESQUISA PARA O SUS: GESTÃO COMPARTILHADA EM SAÚDE
PPSUS-BA MS/ CNPq/ FAPESB
Edital PRODOC 2013 – PROPCI/ PROPG/ UFBA

Para maiores informações, pode entrar em contato com:

Danielle Souto de Medeiros - Fone: (77) 9131-6838

E-mail: daniellesoutomedeiros@gmail.com

Endereço: Universidade Federal da Bahia.

Pavilhão de Aulas IMS/UFBA, Rua Rio de Contas, 58, Quadra 17, Lote 58

Candeias. CEP: 45029-094 - Vitória da Conquista, BA – Brasil

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto Multidisciplinar em Saúde (CEP-SERES HUMANOS IMS/CAT-UFBA). Site: <http://www.ims.ufba.br/cep/sereshumanos/>

ANEXO 5 – SUBMISSÃO DE ARTIGO A REVISTA CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA

The screenshot shows the ScholarOne Manuscripts Author Dashboard. The browser address bar displays the URL <https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>. The user is logged in as Etna Kalliane Silva. The dashboard includes a navigation menu with 'Home' and 'Author' (selected), and an 'Author Dashboard' sidebar with links for 'Submitted Manuscripts', 'Manuscripts I Have Co-Authored', 'Start New Submission', 'Legacy Instructions', and '5 Most Recent E-mails'. The main content area is titled 'Submitted Manuscripts' and contains a table with the following data:

STATUS	ID	TITLE	CREATED	SUBMITTED
ADM: Rocha, Danuzia	CSC-2017-2758	Hábitos de higiene bucal entre adolescentes rurais quilombolas e não quilombolas	31-Oct-2017	31-Oct-2017

Below the table, there are two status indicators: 'Awaiting EIC Decision' with a 'View Submission' link, and 'Awaiting Reviewer Assignment' with a 'Cover Letter' link.

The Windows taskbar at the bottom shows the system tray with the date 05/12/2017 and time 16:10.