

**PREVALÊNCIA DE CÁRIE EM ADOLESCENTES NO MUNICÍPIO DE
CARUARU-PE**

DENTAL CARIES IN ADOLESCENTS FROM CARUARU-PE

CÁRIE NA ADOLESCÊNCIA

Larissa Nayara dos Santos Oliveira¹

Vanessa Almeida Silva²

Wedylla Rúbia Silva³

Eduardo Henriques de Melo⁴

¹ Graduanda do Curso de Odontologia da Faculdade Asces-Unita. Rua Francisca Lira Florêncio, Nº433, Apto.1101, Maurício de Nassau, CEP:55014-707, Caruaru-PE. Larissa_nayara@hotmail.com

² Graduanda do Curso de Odontologia da Faculdade Asces-Unita. Rua José Cadete Calado, Nº101, Centro, CEP:55370-000, São Bento do Una-PE. Vanessa.sbu@hotmail.com

³ Graduanda do Curso de Odontologia da Faculdade Asces-Unita. Rua Isaias Soares, Nº04, Centro, CEP:55014740, Toritama. wedyllars@hotmail.com

⁴

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi estimar a prevalência de cárie em adolescentes e seus fatores associados, dos quais foram destacados sexo, idade e condições socioeconômicas, além de identificar as razões e consequências autopercebidas da cárie dentária. Esta pesquisa delineou-se por meio de um estudo transversal, descritivo e analítico, sendo desenvolvida no município de Caruaru, localizado no agreste pernambucano. Os dados foram coletados através de exames intrabucais realizados por dois examinadores (alunos da graduação em Odontologia) previamente treinados e calibrados (com o objetivo de minimizar as variações e assegurar uma concordância $\kappa > 0.60$) nas escolas da rede privada e pública municipal de ensino, tendo como público-alvo os adolescentes previamente selecionados e com termo de consentimento assinado pelos pais/responsáveis. A margem de erro utilizada nas decisões dos testes estatísticos foi de 5% e os intervalos obtidos com 95,0% de confiança. Os resultados foram oriundos da coleta de dados de 143 adolescentes, com CPOD médio de 4,97 com prevalência de cárie em 65% da amostra. Quando considerada a experiência de cárie esse percentual foi 79% (113 pacientes). Concluiu-se que a frequência estimada da prevalência de cárie em adolescentes foi alta e esteve fortemente relacionada com condições socioeconômicas desfavoráveis. Na última faixa etária considerada, o CPOD aumentou consideravelmente o que justifica a necessidade de estudos posteriores para identificar as razões e consequências da cárie dentária em adolescentes.

Termos de Indexação: Saúde do Adolescente, Suscetibilidade à Cárie Dentária, Estudos Epidemiológicos.

ABSTRACT

The aim of this study was to estimate the prevalence of caries in adolescents and their associated factors, including sex, age and socioeconomic conditions, as well as to identify the self-perceived reasons and consequences of dental caries. This research was delineated by means of a cross-sectional, descriptive and analytical study, being developed at Caruaru, located in the rural state of Pernambuco. The data were collected through intraoral examinations conducted by two previously trained and calibrated examiners (with the objective of minimizing variances and ensuring a kappa concordance > 0.60) in the private and public schools, the adolescents previously selected had informed consent signed by the parents / guardians. The error margin used at the statistical test decisions was 5% and the intervals obtained with 95.0% confidence. The results were obtained from the data collection of 143 adolescents, with mean DMFT of 4.97 with prevalence of caries in 65% over the sample. When considering the caries experience, this percentage was 79% (113 patients). It was concluded that prevalence of caries in adolescents was high and was strongly related to unfavorable socioeconomic conditions. To the last age bracket considered, DMFT increased considerably, which justifies the need for further studies to identify the reasons and consequences of dental caries in adolescents.

Index Terms: Adolescent Health, Dental Caries Susceptibility, Epidemiological Studies.

INTRODUÇÃO

A doença cárie é um problema de saúde pública e bucal de grande ocorrência no Brasil. De acordo com estudos recentes, na adolescência, esse problema é bastante prevalente, devido à redução dos devidos cuidados com a higiene oral, redução do controle de placa e principalmente pelo aumento da independência e consumo de alimentos ricos em açúcar (PERES, et al., 2013).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a adolescência é definida como um período biopsicossocial que compreende a segunda década da vida, dos 10 aos 20 anos. Esse também é um critério estabelecido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2007a). Desde os anos 80, é estabelecido que a cárie trata-se de uma doença multifatorial, transmissível, infecciosa, que causa desmineralização das estruturas dentais. Esse conceito baseia-se na interação dos fatores de acordo com o Diagrama de Keys, como dente suscetível, microrganismo e dieta, determinando a doença (LIMA, 2007). Os métodos usados para levantamentos em saúde bucal normalmente consideram desenhos do tipo observacional, descritivos, de caráter quantitativo, usualmente os dados são tratados de modo analítico e as variáveis procuram associar causa e efeito (doença).

A adolescência é uma fase de inúmeras mudanças na vida do ser humano. No Brasil, segundo Rösing & Colussi (2012), aproximadamente um terço dos adolescentes já experienciou perdas dentárias. Sabe-se que os resultados da perda dos dentes, para a saúde dos adolescentes, envolvem uma série de disfunções de caráter físico, funcional e estético, que podem ser agravadas devido ao aumento no número de perdas que tendem a acontecer com o decorrer da idade.

Esta pesquisa justificou-se, na medida em que o município de Caruaru e os demais que compõem o agreste pernambucano são carentes de estudos que identifiquem as características das perdas dentárias que acometem os adolescentes moradores dessa região. Isto tem impossibilitado a tomada de medidas necessárias para que se proporcione uma melhor qualidade de saúde bucal às pessoas que estão passando por esse estágio da vida, crucial para o seu desenvolvimento biopsicossocial.

O objetivo deste trabalho foi estimar a frequência da prevalência de cárie em adolescentes e seus fatores associados, dos quais foram destacados sexo, idade e condições socioeconômicas, além de identificar as razões e consequências autopercebidas da cárie dentária.

METODOLOGIA

Esta pesquisa delineou-se por meio de um estudo transversal, descritivo e analítico. O estudo foi desenvolvido no município de Caruaru, localizado no agreste pernambucano, com uma população estimada em 342.328 habitantes (IBGE, 2014). A população de referência para a pesquisa foi constituída por 28.989 sujeitos, a qual correspondeu ao total de adolescentes na faixa etária dos 15 aos 19 anos, residentes no município de Caruaru – PE. No que se refere ao cálculo amostral, com uma margem de erro de 5% e intervalo de confiança de 95%, a amostra mínima calculada foi de 380 sujeitos. Portanto, os dados ora apresentados são preliminares, uma vez que essa pesquisa é parte integrante do projeto intitulado “PERDAS DENTÁRIAS EM ADOLESCENTES”, ligado diretamente ao projeto de extensão GPLAN, desenvolvido na Faculdade ASCES. A mesma já foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade ASCES, através do CAE 48941215.0.0000.5203, tendo sido aprovada previamente à sua execução.

Na seleção da amostra foi utilizada a técnica de amostragem probabilística em conglomerados por três estágios: no primeiro foram selecionadas duas escolas da rede pública municipal de ensino e duas escolas da rede privada de ensino; no segundo estágio foram selecionadas cinco turmas do ensino fundamental e médio de cada escola e, no terceiro estágio, foram selecionados vinte e um indivíduos de cada turma. O quantitativo final foi de 4 escolas, 20 turmas, 420 indivíduos.

Quanto aos critérios de inclusão, foram incluídos na amostra indivíduos na faixa etária compreendida entre 15 e 19 anos, devidamente matriculados em escolas da rede pública municipal e rede privada de ensino de Caruaru – PE, cujos pais/responsáveis permitiram a participação na pesquisa. Os critérios de exclusão foram adolescentes que estivessem fora da faixa etária (15-19 anos), matriculados em ensino técnico ou que estivessem cursando o “ensino de jovens e adultos”.

Os dados foram coletados através de exames intrabucais realizados por dois examinadores (alunos da graduação em Odontologia) previamente treinados e calibrados (com o objetivo de minimizar as variações e assegurar uma concordância o kappa foi maior que 0.60) nas escolas da rede privada e pública municipal de ensino, tendo como público-alvo os adolescentes previamente selecionados e com termo de consentimento assinado pelos pais/responsáveis. O registro dos dados dos exames

intrabucais se deu em ficha desenvolvida para esta finalidade, cujos códigos e critérios de avaliação foram os utilizados pelas Pesquisas Nacionais de Saúde Bucal coordenadas pelo Ministério em Saúde em 2003 e 2010.

Ressalte-se que os sujeitos foram convidados a participar da pesquisa e informados sobre os riscos, benefícios e metodologia empregada. O aceite à participação foi dado através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos adolescentes maiores de idade ou dos seus responsáveis, em caso dos menores de 18 anos. Todos os sujeitos da pesquisa (adolescentes) que participaram da pesquisa assinaram o Termo de Assentimento. Todos os princípios da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde foram seguidos

Os dados foram computados em planilhas do programa Microsoft Excel versão 2010, através do qual foi realizada a codificação e limpeza dos dados. Tanto a digitação quanto a revisão dos dados foi de responsabilidade dos pesquisadores. O programa estatístico utilizado para obtenção dos cálculos estatísticos foi o SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) na versão 21. Os dados foram analisados descritivamente através de frequências absolutas e percentuais para as variáveis categóricas, sendo obtidas medidas estatísticas de média, mediana e desvio padrão, para as variáveis numéricas, ou escala ordinal, quando pertinente. A análise inferencial foi realizada através do teste Qui-quadrado de Pearson para avaliar associação entre pares de variáveis categóricas. Para avaliar a força da associação, entre as variáveis categóricas, foi obtido o Odds Ratio (OR) ou Razão das Chances (RC). A margem de erro utilizada nas decisões dos testes estatísticos foi de 5% e os intervalos obtidos com 95,0% de confiança. Os resultados foram organizados em formato de tabelas para melhor visualização.

RESULTADOS

Os resultados ora apresentados são fruto da coleta de dados de 143 adolescentes, sendo uma discreta maioria do sexo feminino, com distribuição equitativa entre as faixas 12 a 14 anos e 15 a 17 e 17 ou mais. Esses e outros dados relativos às variáveis sócio-demográficas são apresentados na Tabela 1. A cárie dentária (lesões a serem tratadas) esteve presente em 93 pacientes (65% da amostra), o que indica uma prevalência

considerável, quando considerada a experiência de cárie (lesões tratadas e com necessidade de tratamento) a prevalência passa para 113 pacientes (79%) da amostra.

Localização Da Tabela 1

No que se refere à Estatística do CPO-D e seus componentes, na Tabela 2 percebe-se que o número de dentes cariados ocupa o percentual de 48,49 da média desse indicador, sendo seguido pelo número de dentes perdidos (25,15%) e obturados (26,36%).

Localização Da Tabela 2

Os dados relativos à presença de cárie associados aos hábitos/cuidados da higiene bucal estão apresentados na Tabela 3, onde podem ser destacadas razões de chance de 11,25 (se a consulta tiver sido entre 6 meses e um ano) e 3,75 (se apenas uma escovação for realizada ao dia). Assim como de 1,88 e 1,95 (caso haja ingestão de açúcares de duas a três vezes ao dia ou de quatro a cinco vezes ao dia respectivamente).

Localização Da Tabela 3

Quando comparados os dados do CPO-D segundo a faixa etária, obteve-se um valor quase 03 vezes maior para os adolescentes com 18 anos ou mais, quando comparados aqueles nas faixas anteriores com valor de p estatisticamente significativo (< 5%).

Localização Da Tabela 4

DISCUSSÃO

A experiência de cárie dentária não tratada em crianças no Brasil, de acordo com Ardenghi e colaboradores (2013), sofre a influência das desigualdades sociais de ordem individual e contextual. Historicamente tal fato foi percebido em 2003, com um levantamento epidemiológico referente à saúde bucal realizado no Brasil pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), que avaliou um total de 16.833 jovens de 15 a 19 anos do país, revelou um índice de dentes cariados, perdidos ou obturados igual a 6,17

(CPO-D= 6,17), com o fator “perdido” contribuindo com um score de 0,89. No mesmo estudo, a região Nordeste, depois da avaliação de 3.998 jovens da mesma idade, apresentou um índice CPOD de 6,34, com o componente “perdido” de 1,15. Os dados coletados indicaram um índice menor para Caruaru se comparados aos da região nordeste àquela época, lembrando que o indicador para esta pesquisa foi de 4,97 para os adolescentes como um todo.

Na publicação mais recente do SB Brasil, realizada em 2010 (BRASIL, 2011), que examinou um total de 5.367 jovens de 15 a 19 anos do Nordeste do país, foi avaliada a média do índice CPO-D e a proporção dos seus componentes em relação ao CPO total, segundo grupo etário e domínios. Os jovens do interior nordestino apresentaram média de 0,91 dentes perdidos e um CPO-D de 6,22, resultados superiores aos mesmos observados para a média nacional no mesmo ano, que foi de 0,38 dentes perdidos e um CPO-D de 4,25. Ainda o mesmo estudo concluiu que somente 23,9% da amostra apresentava um índice CPO-D igual à zero (CPO-D= 0), com o interior da região nordeste apresentando um valor de 13,5% (n= 212) para o mesmo índice. Novamente os dados apontam para o indicador com menor valor em Caruaru, infelizmente apenas 14 adolescentes estavam livres de cárie (cerca de 10% da amostra) valor que não acompanhou os demais números nacional ou regionalmente.

O SB Brasil realizou coleta em 177 municípios, com crianças de cinco anos de idade (n = 7.217), aquela altura foi revelada a natureza contextual dos municípios em 2010 para itens como: renda mediana, fluoretação da água e proporção de domicílios com abastecimento de água, dados complementados pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e também coletados pela presente pesquisa, uma vez que os procedimentos metodológicos foram similares para que pudessem ser comparados.

Os resultados obtidos nessa época apontaram uma prevalência de cárie não tratada de 48,2%, porém mais da metade da amostra apresentou ao menos um dente decíduo com experiência de cárie. O índice de cárie na dentição decídua ceo-d médio foi 2,41, onde as maiores médias foram para as regiões Norte e Nordeste. Famílias com rendas menos elevadas e crianças de cor de pele preta e parda, obtiveram maior prevalência de cárie não tratada. A renda mediana no município e adição de flúor na água de abastecimento associaram-se inversamente com a prevalência do desfecho. As análises de COPD e nível de educação de pais e mães não foram empregadas nessa pesquisa, porém devem

ser executadas para que essa relação seja comprovada, uma vez que o modelo de determinação social é o que melhor tem explicado a prevalência de cárie dentária.

Nesse sentido, dados do SB Brasil 2010 referentes à autopercepção de saúde bucal e seu impacto sobre a qualidade de vida dos adolescentes de 15 a 19 anos, relevaram uma insatisfação significativa entre os jovens na região nordeste chegando à marca de 30% da amostra. No mesmo estudo, foi vista a ocorrência de pelo menos um impacto na atividade diária dos adolescentes, que chegou a somar 43,3%, sendo as principais: alteração do estado emocional, dificuldade para comer e vergonha para sorrir (BRASIL, 2011).

Em outro estudo, com uma amostra sistemática, onde 480 adolescentes responderam um questionário sobre hábitos de higiene bucal, com exames empregando o índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D), os resultados obtidos sobre a prevalência foi de 58,54%, a média de CPO-D 2,08 que estava acima dos parâmetros nacionais e regionais do último levantamento epidemiológico. O encarregado pela maior parte do índice de CPO-D (81,85%) foi o componente cariado, constatando a falta de acesso aos serviços odontológicos na população. Os valores mais pronunciados foram confirmados no sexo feminino e com idades mais avançadas. Porém esses fatores não foram estatisticamente significantes para a presença de doença. Um fator decisivo para o indivíduo foi a frequência em ir ao dentista, apresentando ou não cárie dentária (BARROS et al 2015). Por outro lado, os achados da presente pesquisa corroboraram com um CPOD bem mais elevado ao final na adolescência (última faixa etária categorizada) com este estatisticamente significativo ($p = 0,001$).

A seu turno, Rösing & Colussi (2012) afirmaram que as perdas dentárias possuem a capacidade de perturbar o correto funcionamento do organismo dos indivíduos, o que acarreta prejuízos na sua qualidade de vida. Peres et al (2013) destacaram que pessoas com menos de 21 dentes naturais podem sofrer alterações na mastigação e restrição de alimentos, o que dificulta a ingestão de nutrientes, necessários para o bom desenvolvimento do organismo do adolescente, haja vista que esta é uma fase crucial para a determinação das características do indivíduo adulto. Ainda, segundo os autores, além das limitações funcionais entram em evidência os constrangimentos estéticos, desconforto e inabilidade psicológica para uma saudável interação social.

De acordo com Paredes e colaboradores (2015), ao investigar o impacto da saúde bucal em relação à qualidade de vida de adolescentes escolares, a mesma foi associada também às condições sociodemográficas. O método usado para a pesquisa foi um estudo de campo transversal e quantitativo desenvolvido em 2012, no município de Sumé-PB, com 184 adolescentes com idades de 15 a 19 anos. Foi administrado o questionário Oral Health Impact Profile (OHIP-14) aos participantes, para avaliar tal impacto, ao mesmo tempo, para a obtenção dos dados referentes às condições sociodemográficas, os pais desses adolescentes ou responsáveis, responderam a um segundo questionário. Foi utilizado o teste Qui-quadrado para associar o impacto da saúde bucal sobre a qualidade de vida. O impacto foi considerado fraco em 167 pesquisados (90,8%), “Dor física” foi a grandeza na qualidade de vida mais afetada pelas questões bucais, entre aquelas que resultaram em impacto médio (22,8%; n=42). Somente as variáveis “Situação do imóvel” e “Acomodação” associaram-se ao impacto geral ($p < 0,05$). Os reduzidos percentuais de impacto geral forte (1,1%; n=2) relacionaram-se aos adolescentes cujas mães só estudaram até o ensino fundamental, ou às famílias que sobrevivem com um salário mínimo ou menos (1,1%). Assim, foi observado que as condições de saúde bucal apresentaram um impacto negativo fraco na qualidade de vida dos adolescentes examinados.

Ainda de acordo com Oliveira e colaboradores, no ano de 2011, foram realizados levantamentos epidemiológicos nacionais, realizados no Brasil, que demonstraram redução na prevalência e gravidade da cárie dentária. Sabe-se que o primeiro levantamento epidemiológico nacional em saúde bucal foi realizado em 1986 nas capitais brasileiras. Dentre outras idades ou faixas etárias, foram examinados adolescentes entre 15 e 19 anos de idade, encontrando-se um CPOD médio de 12,4 na Região Sudeste, semelhante à média nacional, 12,7 (Brasil, 1986). Em 2003, outro levantamento nacional mostrou o declínio do CPOD médio ($6,7 \pm 4,82$) para esta faixa etária. O último levantamento epidemiológico nacional, realizado em 2010, apontou um CPOD médio de 4,2 para esta faixa etária (Brasil, 2010), mostrando uma redução de 30% do CPOD dessa faixa etária, entre os períodos de 2003 a 2010. Os dados apresentados pela presente coleta, apontam uma redução ainda maior apenas para as duas primeiras faixas etárias consideradas, o que sugere uma direção de redução semelhante aos parâmetros de dentes cariados, perdidos e obturados todo o grupo de

adolescentes brasileiros, com grave exceção dos adolesces caruaruenses da ultima faixa considerada que obtiveram media maior que o dobro da nacional.

CONCLUSÕES

Diante do exposto concluiu-se que a frequência estimada da prevalência de cárie em adolescentes foi alta e esteve fortemente relacionada às condições socioeconômicas desfavoráveis. Na ultima faixa etária considerada, o CPOD aumentou de modo expressivo, o que justifica a necessidade de estudos posteriores para identificar as razões e conseqüências da cárie dentária em adolescentes.

REFERÊNCIAS

ARDENGGHI, M.T. et al; Desigualdades na prevalência de cárie dentária não tratada em crianças pré-escolares no Brasil; **Rev. Saúde Pública** supl.3 , vol.47, dez. 2013

BARBATO, P. R.; PERES, M. A. Perdas dentárias em adolescentes brasileiros e fatores associados: estudo de base populacional. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 1, p.13-25, 2009.

BARROS W.R.C. et al; Prevalência de cárie dentária na adolescência em Belém do Pará: uma perspectiva amazônica; **Revista oficial do núcleo de estudos da saúde do adolescente/UERJ**, Vol. 12 N°2, pág 58, Abr / Jun – 2015. **Revista oficial do núcleo de estudos da saúde do adolescente/UERJ**.

BERNARDO, C. O. *et al*. Associação entre perda dentária e obesidade em adultos: estudo de base populacional. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 5, p. 834-842, out. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resultados do projeto SB Brasil**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resultados do projeto SB Brasil**. Brasília, 2011.

CALDAS JÚNIOR, A.F., SILVEIRA, R. C. J. MARCENER, W. The impact of restorative treatment on tooth loss prevention. **Pesquisa Odontol Bras**. v. 17, n. 6, p. 166-170, 2003.

CIMÕES, R. *et al*. Influência da classe social nas razões clínicas das perdas dentárias, **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 6, p.1691-1692, 2007.

LIMA, J. E. O.; Dental Caries: A New Concept; **Rev. Dent. Press Ortodon. Ortop Facial**, vol.12 n.6, Nov./Dec. 2007.

MASCARENHAS, M. D. M. *et al.* Perfil epidemiológico dos atendimentos de emergência por lesões bucodentais decorrentes de causas externas, Brasil, 2006 e 2007. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, Sup: p.124-S132, 2012.

MELO, F. G. C. *et al.* Perda precoce de molares permanentes e fatores associados em escolares de 9, 12, e 15 anos da rede pública municipal de Campina Grande, Estado da Paraíba, Brasil. **Acta Scientiarum Health Sciences**, v. 33, n. 1, p. 99-105, 2011.

OLIVEIRA, A. C., 2011; **Promoção de Saúde para Adolescente**; Arq. Odontol. Vol. 47 surpe.2, Dez. 2011.

PAREDES. O.S. et al; **Influência da saúde bucal sobre a qualidade de vida de adolescentes escolares**; Vol. 8; N. 2 (2015)

PERES, M. A. *et al.* Perdas dentárias no Brasil: análise da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010. **Revista Saúde Pública**, v. 47, sup. 13, p.78-89, 2013.

PERES, K. G. et al.; Aspectos Sociodemográficos e Clínicos da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal em Adolescentes ; **Rev. Saúde Pública** vol.47 supl.3, Dec. 2013.

PROFITT, W. R.; FIELDS JR., H. W.; SARVER, D. M. Estágios tardios do desenvolvimento. In: PROFITT, W. R.; FIELDS JR., H. W.; SARVER, D. M. **Ortodontia Contemporânea**. Rio de Janeiro: Elsevier, 3ª Ed. c. 4, p. 99, 2008.

RÕSING, C. K., COLUSSI, P. R. G. Odontologia e os ciclos de vida: aspectos relevantes na adolescência. **Clinical International Journal of Brazilian Dentistry**, v. 8, n. 2, p. 236-237, abr.-jun. 2012.

SILVA, M. E. S. *et al.* Impacto da perda dentária na qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 15, v. 3, p. 841-850, 2010.

Tabela 1 – Características sócio econômicas e demográficas da amostra

| Variável | N | % |
|--|------------|--------------|
| TOTAL | 143 | 100,0 |
| Sexo | | |
| Masculino | 72 | 50,3 |
| Feminino | 71 | 49,7 |
| Faixa etária (em anos) | | |
| 12 a 14 | 50 | 35,0 |
| 15 a 17 | 50 | 35,0 |
| 18 ou mais | 43 | 30,1 |
| Numero de residentes | | |
| 1 a 2 | 21 | 14,7 |
| 3 a 4 | 67 | 46,9 |
| 5 ou mais | 55 | 38,5 |
| Escolaridade da mãe | | |
| Ensino fundamental | 60 | 42,0 |
| Ensino médio | 58 | 40,6 |
| Ensino superior | 6 | 4,2 |
| Sem escolaridade | 19 | 13,3 |
| Escolaridade do pai | | |
| Ensino fundamental | 61 | 42,7 |
| Ensino médio | 57 | 39,9 |
| Ensino superior | 3 | 2,1 |
| Sem escolaridade | 22 | 15,4 |
| Renda mensal da família (em salários mínimos) | | |
| Menos de 1 | 25 | 17,5 |
| 1 a 2 | 94 | 65,7 |
| Mais de 2 a 3 | 17 | 11,9 |
| Mais de 3 a 6 | 6 | 4,2 |
| Mais de 6 | 1 | 0,7 |
| Saneamento básico | | |
| Sim | 111 | 77,6 |
| Não | 32 | 22,4 |
| Abastecimento de água | | |
| Encanada | 132 | 92,3 |
| Poço | 5 | 3,5 |
| Carro pipa | 3 | 2,1 |
| Outros | 3 | 2,1 |
| Tipo de casa | | |
| Tijolo | 141 | 98,6 |
| Madeira | 1 | 0,7 |
| Outras | 1 | 0,7 |

Tabela 2 – Estatística do CPO-D e seus componentes

| Variável | Media | DP | P25 | Mediana | P75 | % da media na media CPO-D |
|----------------------------|-------|------|------|---------|------|---------------------------|
| Numero de dentes cariados | 2,41 | 3,48 | 0,00 | 1,00 | 3,00 | 48,49 |
| Número de dentes perdidos | 1,25 | 4,35 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 25,15 |
| Número de dentes obturados | 1,31 | 2,23 | 0,00 | 0,00 | 2,00 | 26,36 |
| CPO-D | 4,97 | 6,31 | 1,00 | 3,00 | 7,00 | |

Tabela 3 – Avaliação da carie segundo os hábitos e cuidados da higiene bucal

| Variável | Carie | | NÃO | | TOTAL | | Valor de p | OR (IC a 95%) |
|---------------------------|-----------|-------------|-----------|-------------|------------|----------------|-------------------|----------------------|
| | Sim | | NÃO | | TOTAL | | | |
| | n | % | n | % | n | % | | |
| Grupo total | 93 | 65,0 | 50 | 35,0 | 143 | 100,0,0 | | |
| Ida ao dentista | | | | | | | $p^{(1)} = 0,771$ | |
| Sim | 83 | 64,3 | 46 | 35,7 | 129 | 100,0 | | 1,00 |
| Não | 10 | 71,4 | 4 | 28,6 | 14 | 100,0 | | 1,39 (0,41 a 4,67) |
| Tipo de serviço | | | | | | | $p^{(1)} = 0,150$ | |
| Publico | 36 | 66,7 | 18 | 33,3 | 54 | 100,0 | | ** |
| Privado | 47 | 65,3 | 25 | 34,7 | 72 | 100,0 | | ** |
| Outros | - | - | 3 | 100,0 | 3 | 100,0 | | ** |
| Nunca foi ao dentista | 10 | 71,4 | 4 | 28,6 | 14 | 100,0 | | ** |
| Ultima consulta | | | | | | | $p^{(2)} = 0,092$ | |
| Menos de 6 meses | 28 | 57,1 | 21 | 42,9 | 49 | 100,0 | | 1,00 |
| 6 meses a 1 ano | 27 | 60,0 | 18 | 40,0 | 45 | 100,0 | | 1,12 (0,49 a 2,56) |
| 2 a 3 anos | 15 | 93,7 | 1 | 6,3 | 16 | 100,0 | | 11,25 (1,37 a 92,04) |
| Acima de 3 anos | 13 | 68,4 | 6 | 31,6 | 19 | 100,0 | | 1,62 (0,53 a 4,98) |
| Nunca foi ao dentista | 10 | 71,4 | 4 | 28,6 | 14 | 100,0 | | 1,87 (0,52 a 6,81) |
| Escovações diárias | | | | | | | $p^{(1)} = 0,590$ | |
| Uma vez | 6 | 85,7 | 1 | 14,3 | 7 | 100,0 | | 3,75 (0,34 a 41,08) |
| Duas a três vezes | 79 | 64,2 | 44 | 35,8 | 123 | 100,0 | | 1,12 (0,35 a 3,64) |
| 4 ou mais vezes | 8 | 61,5 | 5 | 38,5 | 13 | 100,0 | | 1,00 |
| Uso de fio dental | | | | | | | $p^{(2)} = 0,802$ | |
| Sim | 26 | 66,7 | 13 | 33,3 | 39 | 100,0 | | 1,10 (0,51 a 2,40) |
| Não | 67 | 64,4 | 37 | 35,6 | 104 | 100,0 | | 1,00 |
| Ingestão de açúcar | | | | | | | $p^{(2)} = 0,435$ | |
| Uma vez | 19 | 59,4 | 13 | 40,6 | 32 | 100,0 | | 1,14 (0,42 a 3,07) |
| Duas a três vezes | 46 | 70,8 | 19 | 29,2 | 65 | 100,0 | | 1,88 (0,78 a 4,54) |
| 4 a 5 vezes | 10 | 71,4 | 4 | 28,6 | 14 | 100,0 | | 1,94 (0,50 a 7,53) |
| Mais de 5 | 18 | 56,2 | 14 | 43,8 | 32 | 100,0 | | 1,00 |
| Troca de escova | | | | | | | $p^{(2)} = 0,808$ | |
| Cada 3 meses | 64 | 63,4 | 37 | 36,6 | 101 | 100,0 | | 1,00 |
| 4 a 6 meses | 22 | 68,7 | 10 | 31,3 | 32 | 100,0 | | 1,27 (0,54 a 2,98) |
| 7 meses ou mais | 7 | 70,0 | 3 | 30,0 | 10 | 100,0 | | 1,35 (0,33 a 5,35) |

(1) Através do teste Exato de Fisher.

(2) Através do teste Qui-quadrado de Pearson

Tabela 4 – Estatística do CPO-D segundo a faixa etária.

| Variável | Media | DP | Mediana | (P25; P75) | Valor p |
|----------------------------|---------------------|------|---------|---------------|--------------------------|
| Faixa etária (anos) | | | | | |
| 12 a 14 | 3,36 ^(A) | 3,40 | 2,50 | (0,00; 5,00) | p ⁽¹⁾ = 0,001 |
| 15 a 17 | 3,08 ^(A) | 3,00 | 2,00 | (1,00; 6,00) | |
| 18 ou mais | 9,05 ^(B) | 9,28 | 6,00 | (2,00; 11,00) | |

(*) Diferença significativa a 5%

(1) Através do teste de Kruskal-Walis com comparações do referido teste

Se as letras entre parêntesis são distintas se comprova diferença significativa entre as categorias correspondentes.