



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
MESTRADO PROFISSIONAL
SAÚDE PÚBLICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS**



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**AVALIAÇÃO DA EXPERIÊNCIA DE CÁRIE E UTILIZAÇÃO DO SERVIÇO
PÚBLICO ODONTOLÓGICO EM ARROIO DO PADRE (RS)**

IDA BEATRIZ MÜLLER

PELOTAS – RS

2014



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
MESTRADO PROFISSIONAL
SAÚDE PÚBLICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS**



IDA BEATRIZ MÜLLER

**AVALIAÇÃO DA EXPERIÊNCIA DE CÁRIE E UTILIZAÇÃO DO SERVIÇO
PÚBLICO ODONTOLÓGICO EM ARROIO DO PADRE (RS)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências (Saúde Pública Baseada em Evidências)

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Helen Gonçalves

Coorientadores: Prof^o. Dr. Eduardo Dickie de Castilhos e Prof^a. Dr. Maria Beatriz J. de Camargo

PELOTAS – RS

2014

*Se as coisas são inatingíveis... ora!
Não é motivo para não querê-las...
Que tristes os caminhos, se não fora
a presença distante das estrelas!*

Mário Quintana

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer a minha família, aos meus amigos, à orientadora deste trabalho, aos coorientadores, aos colegas de mestrado, à secretária e à coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da UFPel, aos colegas da Unidade Básica de Saúde – que auxiliaram na coleta de dados, aos colegas dentistas que realizaram as entrevistas e exames e, especialmente, à população alvo deste estudo, pais, crianças e adolescentes residentes no Arroio do Padre.

*E aprendi que se depende sempre
De tanta, muita diferente gente
Toda pessoa sempre é as marcas das lições diárias de outras tantas
pessoas
É tão bonito quando a gente entende
Que a gente é tanta gente
Onde quer que vá
É tão bonito quando a gente sente
Que nunca está sozinho
Por mais que pense estar...*

Caminhos do coração. Gonzaguinha

SUMÁRIO

PROJETO DE PESQUISA.....	5
ANEXOS.....	46
ANEXO I - Instrumento aos pais/responsáveis	47
ANEXO II - Ficha de avaliação	53
ANEXO III - Códigos e critérios do manual de equipe.....	54
ANEXO IV - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	56
ANEXO V - Manual de instrução para entrevista.....	57
ANEXO VI - Manual de instruções para os examinadores.....	66
RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO.....	74
ARTIGO ORIGINAL.....	79
MATÉRIA PARA IMPRENSA.....	104

PROJETO DE PESQUISA



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
MESTRADO PROFISSIONAL
SAÚDE PÚBLICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS**



**AVALIAÇÃO DA EXPERIÊNCIA DE CÁRIE E UTILIZAÇÃO DO SERVIÇO
PÚBLICO ODONTOLÓGICO EM ARROIO DO PADRE (RS)**

PROJETO DE PESQUISA

IDA BEATRIZ MÜLLER

ORIENTADORA: Prof^a Dr^a. Helen Gonçalves
COORIENTADOR: Prof. Dr. Eduardo Dickie de Castilhos

PELOTAS – RS
2013

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CPO-D	Índice de saúde bucal composto por dentes cariados, perdidos (extraídos por cárie) e obturados para a dentição permanente
ceo-d	Índice de saúde bucal composto por dentes cariados, extraídos (por cárie) e obturados na dentição decídua
MS	Ministério da Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
CNSB	Conferência Nacional de Saúde Bucal
SUS	Sistema Único de Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
OMS	Organização Mundial de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
UBS	Unidade Básica de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
UBS ESF	Unidade Básica de Saúde com Estratégia de Saúde da Família

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 - Escala de severidade do índice de CPO-D.....	16
Tabela 1 - Descrição das variáveis independentes, características e tipo	34

SUMÁRIO

RESUMO.....	11
1 INTRODUÇÃO	12
2 REVISÃO DE LITERATURA	13
2.1 Política Nacional de Saúde Bucal	13
2.2 Levantamentos epidemiológicos nacionais em saúde bucal.....	16
2.2.1 Delineamentos e principais resultados dos levantamentos nacionais	16
2.2.2 Estudos nacionais em saúde bucal: dados populacionais.....	21
2.3 Fatores associados à cárie em crianças e adolescentes.....	25
2.4 Utilização do serviço odontológico.....	28
3 JUSTIFICATIVA.....	31
3.1 Local do estudo.....	31
4 OBJETIVOS.....	33
4.1 Objetivo geral	33
4.2 Objetivos específicos	33
5 HIPÓTESES.....	33
6 METODOLOGIA	34
6.1 Delineamento	34
6.2 Definição do desfecho	34
6.3 Variáveis independentes	34
6.4 População alvo.....	36
6.5 Critérios de elegibilidade	36
6.6 Tamanho da população.....	36
6.7 Instrumentos.....	36

6.8 Logística.....	37
6.9 Breve plano de análise.....	38
6.10 Considerações éticas.....	38
6.11 Orçamento.....	38
7 CRONOGRAMA	38
REFERÊNCIAS.....	39

RESUMO

A cárie dentária tem sido considerada como um dos principais problemas de saúde bucal. Para alguns desfechos em saúde bucal, mensurados nacionalmente, os municípios do interior apresentavam maior experiência de cárie, se comparados às capitais. Estudos epidemiológicos em locais com poucas ou inexistentes informações sobre a saúde bucal da sua população podem oferecer subsídios para planejamento, controle e execução das ações básicas de saúde e, assim, poder subsidiar ações necessárias. Este trabalho objetiva realizar um levantamento sobre o índice de ceo-d e CPO-D em crianças de cinco anos e adolescentes com doze anos, residentes na zona rural e urbana no município do Arroio do Padre – RS. Além disso, descreverá a utilização do serviço público odontológico por parte desta população. Todos as crianças e adolescentes residentes no município, nascidos em 2008 e 2001, serão avaliados após consentimento dos pais ou responsável. O trabalho será realizado nas duas escolas locais e/ou no domicílio. Os pais serão também inqueridos sobre questões socioeconômicas, uso do serviço odontológico do(a) filho(a), percepção de saúde bucal e hábitos de higiene dos filhos. Os exames e entrevistas serão executados por estudantes de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas, previamente treinados e calibrados.

Palavras-chave: cárie dentária, CPO-D, ceo-d, saúde bucal, adolescente, crianças

1 INTRODUÇÃO

O estudo da experiência de carie na infância compreende três dimensões: a prevalência do agravo, sua severidade e o acesso da população ao tratamento odontológico. Prevalência refere-se à proporção de crianças manifestando a doença; a severidade do ataque de cárie refere-se ao número de dentes afetados; e o acesso a tratamento odontológico pode ser avaliado nos estudos de dados agregados pela análise da proporção de dentes tratados em relação ao total de dentes afetados pela doença¹.

A cárie dentária tem sido apontada como o principal problema de saúde bucal em todo mundo, sendo sua maior prevalência na infância^{2,3,4}. Porém, as prevalências da cárie dentária, de acordo com os levantamentos epidemiológicos brasileiros, vêm decrescendo nas últimas décadas⁵. Na década de 80, ações de destaque como a da colocação de fluoretos nos cremes dentais em consonância com a fluoretação das águas de abastecimento público, passam a modificar o perfil epidemiológico da cárie no Brasil⁵. Para alguns desfechos em saúde bucal, mensurados nacionalmente em meados dos anos 1980, os municípios do interior apresentavam maior experiência de cárie se comparados às capitais^{6,7}. Por exemplo, na região sul, os percentuais de crianças e adolescentes livres de cárie eram mais elevados nas capitais do que no interior. Estes dados destacaram a necessidade de se ter um olhar mais atento para a saúde bucal do interior do país, cuja realidade diferia dos grandes centros⁷.

Com este conhecimento, cresce o intuito de requalificar a atenção em saúde bucal e ampliar os serviços odontológicos nacionais. O governo, a partir do ano 2000, estabeleceu um incentivo financeiro para a inserção das ações em saúde bucal, incorporando as equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família (ESF)⁸. Desta forma, foi ampliada a oferta de serviços odontológicos na rede básica de saúde. Todavia, em muitos locais pouco se sabe sobre a saúde bucal da população, especialmente do interior. Estudos epidemiológicos, em locais com poucas ou inexistentes informações sobre a saúde bucal da sua população, podem oferecer subsídios para planejamento, controle e execução das ações básicas de saúde e, assim, poder subsidiar

ações necessárias para que o país, como um todo, tenha uma saúde bucal, ao menos, satisfatória⁹.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Política Nacional de Saúde Bucal

As políticas de saúde, por meio de propostas e prioridades para a ação pública, envolvem estudos sobre o papel do estado, relação estado-sociedade e reações às condições de saúde da população e aos seus determinantes¹⁰. No âmbito da saúde bucal, as deliberações aprovadas na 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB), em 1986, apontaram rumos para a inserção desta no Sistema Único de Saúde (SUS)¹¹. A criação do SUS, em 1988, foi um marco para o início da oferta de atendimento odontológico regular em larga escala na rede pública de saúde no Brasil¹². Segundo o Ministério da Saúde (MS), os serviços públicos de saúde bucal desenvolviam, em geral, ações curativas e mutiladoras e com acesso bastante restrito, em especial, para adultos e idosos¹³.

A saúde bucal foi oficialmente incluída no PSF (Programa de Saúde da Família), em 2000, quando o MS estabeleceu incentivo financeiro à inclusão das equipes de saúde bucal no Programa^{14,15}. Em 2004, a atenção à saúde bucal passa a constituir-se como um serviço de saúde ao ser reconhecido como parte indissociável da saúde, seguindo os princípios da universalidade, equidade e integralidade do SUS^{6,16}. No âmbito da integralidade da atenção, a oferta de serviços odontológicos busca inserir procedimentos mais complexos na atenção básica, dar acesso a todas as faixas etárias e criar uma rede de serviços em saúde bucal^{16,17}. Estes avanços fazem parte da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) e da criação do Programa Brasil Sorridente.

A PNSB possui os seguintes pressupostos atualmente: I) qualificar a atenção básica e articulá-la com toda rede de serviços; II) assegurar a integralidade nas ações de saúde bucal, desde a promoção e prevenção até o tratamento e a recuperação da saúde; III) utilizar a epidemiologia e as informações do território para nortear planejamentos em saúde; IV)

acompanhar e avaliar o impacto das ações em saúde bucal por meio de registros confiáveis e contínuos; V) incorporar a saúde da família como estratégia na reorganização da atenção básica; VI) instituir a política de atenção permanente aos trabalhadores em saúde bucal; VII) estabelecer a política de financiamento para o desenvolvimento de ações; VIII) definir uma agenda de pesquisa científica para investigar os principais problemas de saúde bucal¹⁷. Estes pressupostos constituem o eixo político básico de proposição para a reorientação das concepções e práticas no campo da saúde bucal, capazes de propiciar um novo processo de trabalho tendo como meta à produção do cuidado.

O Programa Brasil Sorridente, foi apresentado oficialmente no mesmo ano da PNSB, em 2004, como expressão de uma política subsetorial das diretrizes deste programa e integrado ao Plano Nacional de Saúde¹¹. Dentre as ações propostas no Programa Brasil Sorridente estão: reorganização da atenção básica (principalmente por meio da ESF), ampliação e qualificação da atenção especializada (através da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Prótese Dentária- LRPD-); a distribuição de insumos para as equipes de saúde bucal; o aumento dos incentivos às equipes de saúde bucal com fornecimento de equipamento odontológico; o apoio para implantação para a fluoretação das águas de abastecimento¹⁸.

Ao longo da última década (2000-2010), o Brasil investiu na redução da pobreza e das desigualdades, refletindo em melhorias também na saúde bucal⁷. Essas melhorias podem ser evidenciadas através do crescimento de 390% no número de equipes de saúde bucal (cirurgião-dentista, auxiliar de saúde bucal e técnico de saúde bucal) que cobre cada uma delas até 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes; criação de 365 centros de especialidades odontológicas (CEOs); habilitação de 674 municípios com Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) para a confecção de próteses; distribuição de 72 milhões de *kits* de escova e pasta dentária e a ampliação do acesso a água tratada e fluoretada para cerca de sete milhões de brasileiros, que proporcionaram a redução do número de dentes extraídos. Houve, também, a ampliação do acesso aos serviços públicos odontológicos, principalmente, para os mais pobres⁷. O serviço público odontológico, oferecido

no prisma da ESF, deve ainda, segundo o MS, incluir em suas ações, procedimentos preventivos e educação em saúde, atendimento para grupos com necessidades diferenciadas e realizar levantamentos epidemiológicos^{6,11}. Estes últimos, especialmente, são necessários tanto para o conhecimento da prevalência das doenças bucais quanto para estimar necessidades de tratamento em diferentes contextos sociais^{2,19}. Nesse contexto, de muitas ações políticas em saúde bucal, o Brasil saiu de uma condição de média prevalência de cárie em 2003 (CPO-D entre 2,7 e 4,4) para uma condição de baixa prevalência em 2010 (CPO-D entre 1,2 e 2,6) aos 12 anos de idades, sendo elevado ao grupo de países com baixa prevalência de cárie⁷.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda o uso de idades-índices^{6,20} para medir e comparar a experiência de cárie em populações, avaliadas pelos índices ceo-d e CPO-D. A idade de cinco anos, foi pontuada como de interesse em relação aos níveis de doenças bucais na dentição decídua (primeira dentição); uma vez que crianças nesta idade podem exibir mudanças em um período de tempo menor que a dentição permanente em outras idades-índice²⁰. A análise aos cinco anos, também, permite a avaliação da dentição decídua completa, além de representar a experiência das morbidades e condições bucais nessa dentição²¹. O índice de cárie utilizado para esta idade é o ceo-d, onde “c” representa o componente cariado, “e” extração indicada, perdido por cárie, “o” obturado e “d” dentes. A importância do conhecimento sobre a experiência de cárie, na dentição decídua, deve-se também ao fato de ter sido considerado o mais forte preditor de cárie na dentição permanente. Ele poderá estimar se o meio bucal está adequado, ou seja, livre de cárie ou placa bacteriana durante a erupção dos primeiros molares permanentes, visto que estes se apresentam como mais suscetíveis à doença²². O ceo-d, contabiliza os dentes decíduos de algum modo afetados por cárie (cariado, extração indicada ou restaurado) e as comparações internas e entre países ocorrem através do percentual de dentes livres de cárie^{7,23}.

Outra idade-índice especialmente importante é a de 12 anos. Ela foi escolhida como a idade de monitoramento global da cárie para comparações internacionais e o acompanhamento das tendências desta doença⁶. O índice de cárie, para esta idade, é representado pela sigla CPO-D, sendo “C” o componente cariado, “P” o perdido, “O” o obturado e “D” os dentes (22). O

índice CPO-D médio é calculado considerando o total de dentes cariados, obturados e perdidos na população examinada sobre o total de pessoas examinadas. O Quadro 1 abaixo destaca, em números, as categorias do CPO-D, índice proposto por Klein & Palmer, para idade de 12 anos²⁴.

Quadro 1. Escala de severidade do índice de CPO-D*.

Valor CPO-D	Prevalência
0,0 - 1,1	Muito baixo
1,2 - 2,6	Baixo
2,7 - 4,4	Moderado
4,5 - 6,5	Alto
≥ 6,6	Muito Alto

Fonte: Organização Mundial da Saúde. Oral health survey: basic methods. Geneva, 1997.

2.2 Levantamentos epidemiológicos nacionais em saúde bucal

2.2.1 Delineamentos e principais resultados dos levantamentos nacionais

A epidemiologia é um instrumento possível para estudos de diagnóstico das condições de saúde na população, e, se configura em um componente fundamental para o planejamento e a avaliação das ações em saúde coletiva²⁵. Na saúde bucal, a epidemiologia tem sido frequentemente aplicada para o diagnóstico das patologias bucais - como a cárie dentária – mais prevalentes em determinadas populações. Este tipo de doença, desde o final da década de 30, tem sido avaliada utilizando-se os índices acima mencionados²⁴.

Até o presente momento, cinco levantamentos epidemiológicos de base nacional foram realizados nos anos de 1986, 1993, 1996, 2003 e 2010.

No Brasil, o primeiro levantamento de saúde bucal, realizado em 1986, pelo Ministério da Saúde (MS), foi um marco no desenvolvimento da epidemiologia em saúde bucal no país. Este estudo foi desenvolvido nas capitais de cinco regiões brasileiras. A opção pela pesquisa a ser executada,

somente na zona urbana, foi justificada pelo alto custo que teria um levantamento que incluísse as áreas rurais, tendo em vista, a dificuldade de acesso a elas e também as grandes extensões territoriais do Brasil. Com relação às doenças bucais, foram avaliados dois principais agravos para esta época, a cárie e a doença periodontal, além da necessidade de prótese total e o acesso aos serviços odontológicos. Os grupos etários selecionados para pesquisa foram de seis a 12, 15 a 19, 35 a 44 e 50 a 59 anos. Os exames nas idades de seis até 12 anos foram realizados em escolas e nas outras faixas, nos domicílios²⁵.

Cabe destacar, que a idade índice de cinco anos, referência preconizada pela OMS para avaliar o ataque de cárie dentária na dentição temporária, não foi incluída nesta pesquisa, bem como o grupo etário de 65 a 74 anos. Estas alterações dificultam posteriores comparações dos dados levantados¹⁹.

O CPO-D aos 12 anos de idade encontrado foi de 6,65 indicando, de acordo com a escala da Organização Mundial da Saúde (OMS), uma prevalência muito alta de cárie. No grupo de 6 a 12 anos, por exemplo, as pessoas de renda mais baixa tinham 20% de seus dentes obturados e 67% cariados, enquanto que as de renda mais alta tiveram respectivamente 55% e 40%, uma quase inversão do quadro epidemiológico em função de melhores condições de vida e de acesso aos serviços²⁶. Um percentual de 47% estava livre de cárie aos seis anos de idade; este dado se aproxima da meta OMS para o ano de 2000 (50% sem cárie)²⁵.

Em 1993, foi realizado o segundo inquérito nacional pelo Serviço Social da Indústria (SESI), financiado pelo MS, em todas as capitais brasileiras. A amostra selecionada foi em escolas públicas e nas escolas do SESI, e a faixa etária escolhida foi de três a 14 anos de idade. Neste levantamento, foi investigada somente a prevalência de cárie dentária; e uma das diferenças observadas nesta pesquisa foi à participação do setor privado em um levantamento nacional²⁵.

Os resultados demonstraram um CPO-D aos 12 anos nas escolas do SESI de 4,46 e nas escolas públicas foi de 5,00. As médias de CPO-D em todas as regiões foram mais elevadas nas escolas públicas do que nas escolas do SESI. Aos 12 anos a média do CPO-D nacional foi de 4,84, já evidenciando um declínio de 22,7%, se comparado ao inquérito de 1986 (CPO-D 6,65)²⁵.

Todavia, o declínio do CPO-D observado neste estudo pode não refletir a realidade dos municípios do interior do país²⁷. Uma diferença marcante foi notada na análise dos componentes do CPO-D, indicando que a proporção de dentes obturados foi maior nas escolas do SESI e do componente cariado foi maior nas escolas públicas em todas as idades. O estudo ainda mostrou diferenças regionais significativas no CPO-D. Do ponto de vista da distribuição, houve uma melhora na situação, uma vez que diminuiu a proporção de indivíduos com CPO-D alto, enquanto a proporção de valores mais baixos aumentou, fenômeno conhecido como polarização²⁵.

As críticas deste levantamento, consistem na ausência da análise de ceo-d e por se concentrar na população das capitais, limitando a generalização das análises.

O terceiro levantamento epidemiológico de base nacional sobre saúde bucal foi executado em 1996 e não se diferenciou dos anteriores, pois avaliou somente as capitais, escolares de seis a 12 anos e cárie dentária. No projeto, estava prevista uma segunda etapa que incluiria outros agravos e a inclusão da população adulta, mas esta segunda etapa não se efetivou²⁵.

Neste inquérito o CPO-D encontrado foi 3,06 demonstrando, dessa forma, que a prevalência de cárie continuava em declínio, bem como, a mudança na sua distribuição da doença, ou seja, os valores mais altos de CPO-D passaram a se concentrar em um número ainda menor de indivíduos.

Outro levantamento, intitulado Projeto SB Brasil 2003 foi realizado com a intenção de recuperar as deficiências dos levantamentos anteriores. Foram incorporadas ao projeto as seguintes idades e faixas etárias: 18 a 36 meses, cinco anos, 12 anos, 15 a 19 anos, 35 a 44 anos e 65 a 74 anos, ou seja, a partir deste momento foram obtidos dados nacionais da população infantil, adulta e idosa. Outros agravos como doença periodontal, fluorose, oclusopatias e lesões bucais foram incluídos no levantamento, além destas patologias bucais o estudo investigou informações socioeconômicas, de acesso a serviços de saúde e de autopercepção em saúde bucal⁷. Os pontos de coleta de dados foram às pré-escolas e escolas para as idades de cinco e 12 anos e para adolescentes, adultos e idosos, os exames foram realizados em domicílios. Neste levantamento, pela primeira vez em estudos de base nacional, foram

incluídos municípios de pequeno, médio e grande porte; ao todo foram 250 municípios pesquisados, nas cinco regiões do Brasil⁶.

O CPO-D do SB Brasil 2003 foi de 2,78, atingindo a meta da OMS para o ano de 2000 (CPO-D menor que 3). Na idade de cinco a seis anos o percentual de crianças livres de cárie foi de 40,62%; quase foi atingida a meta OMS 2000 (50% livres de cárie). O ceo-d brasileiro foi de 2,80. Em média, uma criança de cinco anos, apresentou três dentes com experiência de cárie, e em relação aos componentes do ceo-d, o componente cariado representou 80% do índice. Este inquérito mostrou as diferenças entre a capital e o interior, assim como entre municípios de pequeno e grande porte⁶. Municípios com menos de cinco mil habitantes, sem água fluoretada, na idade de 12 anos tiveram um CPO-D de 3,49; em contrapartida, municípios de mesmo porte, porém com água fluoretada obtiveram o índice de 3,06 e um número maior de crianças com CPO-D=0⁶.

Até os 12 anos, as diferenças entre municípios com e sem flúor na água são marcantes. Na faixa etária de 15 a 19 anos, a diferença diminui e, a partir dos 35 anos, praticamente não são observadas diferenças. A melhor situação para os municípios fluoretados se expressa tanto em termos de CPO-D/ceo-d quanto com relação ao percentual de CPO-D/ceo-d=0 e relação obturado/cariado. Este estudo não teve como objetivo verificar a eficácia da fluoretação das águas e a amostra não foi corretamente balanceada com relação ao número de municípios fluoretados e não-fluoretados. Além disso, os municípios com menos de cinco anos de aplicação da medida foram incluídos⁶.

Os resultados da necessidade de tratamento para cárie apontaram que as regiões Norte e Nordeste apresentaram necessidades maiores de tratamento⁶.

Aos 12 anos o percentual de indivíduos com CPO-D=0 era de menos de 5% em 1986, passando para mais de 25% em 1986 e chegando a mais de 30% em 2003. Isso significa que, em 2003, cerca de um terço das crianças de 12 anos do país não apresentavam ataque de cárie dentária em dentição permanente²⁵.

Quanto à experiência de cárie, quase 60% das crianças de cinco anos de idade apresentaram pelo menos um dente decíduo cariado, e na dentição

permanente, quase 70% das crianças brasileiras de 12 anos apresentaram pelo menos um dente permanente na mesma situação⁶.

Os dados de acesso ao serviço odontológico, apontaram que cerca de 14% dos adolescentes brasileiros (15 a 19 anos) nunca foram ao dentista. Um dos principais motivos da ida ao dentista foi a experiência de dor dentária a qual foi relatada por mais de 30% dos adolescentes. A ida ao dentista para consulta de rotina/manutenção foi relatada por apenas 34% dos adolescentes. O estudo não avaliou o acesso ao serviço para idade de 12 anos, sendo a faixa de 15 a 19 anos a que mais se aproxima da idade em que será pesquisada neste trabalho⁶.

A avaliação nacional de 2003 considerou a situação de saúde bucal péssima (44,7%), ruim (59,2%) e regular (43,6%) para as faixas etárias de 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos de idade, respectivamente⁶.

A Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – 2010, conhecida como Projeto SB Brasil 2010, analisou a situação da população brasileira com relação à cárie dentária, às doenças da gengiva, necessidades de próteses dentais, condições da oclusão, fluorose, traumatismo dentário e a ocorrência de dor de dente, dentre outros aspectos, com o objetivo de proporcionar ao Ministério da Saúde e às instituições do Sistema Único de Saúde (SUS), informações úteis ao planejamento de programas de prevenção e tratamento no setor, tanto em nível nacional quanto no âmbito municipal. Nesta amostra, foram examinados indivíduos pertencentes às idades e faixas etárias de cinco anos, 12 anos, 15 a 19, 34 a 45 e 65 a 74 anos⁷.

Os parâmetros utilizados para estimar a prevalência de cárie dentária aos cinco e aos 12 anos foram estabelecidos com base nas metas da OMS para o ano de 2000 e 2010. A meta para o ano de 2000, era de alcançar um CPO-D menor que três e a meta proposta para 2010 foi de CPO-D menor que um^{6,7}.

A média nacional CPO-D encontrado foi de 2,07 correspondendo a uma redução de 26,2% em sete anos; se comparado ao índice de 2003 (2,78), tirando o Brasil de média prevalência de cárie e colocando o país na condição de baixa prevalência de cárie, de acordo com a escala de severidade do índice de CPO-D^{6,7}.

Em todas as idades, o percentual de dentes com necessidade de algum tratamento para cárie foi baixo. A necessidade mais frequente foi de restaurações de uma superfície. Assim como foi verificado para os índices de cárie, houve desigualdades entre as regiões do país, sendo as Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste as que em geral apresentaram mais dentes que necessitaram de restaurações, tratamentos pulpares ou extrações⁷.

Segundo os dados SB Brasil 2010 em relação à dentição decídua, aos cinco anos de idade uma criança brasileira possuía, em média, 2,43 dentes com experiência de cárie, com predomínio do componente cariado – responsável por mais de 80,0% do valor do índice ceo-d. Em 2003, a média nessa idade era de 2,8 dentes afetados – uma redução, portanto, de apenas 13,9% em sete anos⁷. Quando comparados os resultados das capitais com os dos municípios do interior, verificou-se que os índices ceo-d e CPO-D eram mais elevados no interior do Brasil^{23,28}. Na região Sul, os índices de ceo-d e CPO-D foram de 2,56 e 2,17, respectivamente no interior e 1,71 e 1,49 em Porto Alegre⁷.

A meta da OMS para o ano de 2010 para a idade de cinco a seis anos era de 90% livre de cárie para cinco anos de idade²⁹. No inquérito de 2003 o Brasil atingiu o índice de 40,6% livre de cárie nas crianças de cinco anos e, em 2010, este índice passou para 46,6%⁷. Percebe-se que, apesar destes percentuais mostrarem-se mais elevados, o que evidencia uma melhora na saúde bucal da população de cinco anos de idade, o país ainda está aquém da meta desejada.

Aos 12 anos de idade 60,8% dos indivíduos no Brasil relataram necessidade de tratamento dentário, e 24,6% declararam ter sentido dor de dente nos seis meses anteriores à entrevista. De acordo com o relatório SB Brasil 2010 o principal problema em crianças e adolescentes era a cárie não tratada⁷.

Os resultados, para uso de serviços odontológicos, indicaram que cerca de 18% dos indivíduos de 12 anos, nunca foram ao dentista no Brasil; situação semelhante a todas as regiões, exceto a região Sul que apresentou uma prevalência, significativamente, menor de crianças nesta condição (9,8%)⁷. O serviço público foi, marcadamente, o mais utilizado em todas as regiões, assim como ir ao dentista para prevenção ou tratamento somaram os

principais motivos em todo o País. A grande maioria das crianças de 12 anos avaliou a última consulta odontológica como muito boa ou boa no Brasil e em todas as regiões⁷.

No que diz respeito à autopercepção da saúde bucal, foi observado que a grande maioria dos indivíduos de 12 anos estava satisfeito ou muito satisfeito com seus dentes e boca e, na idade adulta 25,5% na região Sul estavam insatisfeitos com seus dentes e boca⁷.

Ao avaliar a trajetória dos levantamentos e da saúde bucal no Brasil os estudos demonstraram um avanço na qualidade das pesquisas e apontaram redução na prevalência de cárie.

2.2.2 Estudos nacionais em saúde bucal: dados populacionais (cinco e 12 anos)

Estudos nacionais recentes, com diferentes delineamentos, analisaram a experiência de cárie em alguns municípios do país. Muitos deles encontraram índices de cárie abaixo da meta da OMS para o ano de 2010. Os dados revisados, desde 2000 até 2011, mostram que o índice de CPO-D variou entre 1,00 a 5,32^{2,3,22,30,31,32,33,34,40}. A mesma direção ocorreu também para o ceo-d, índice de saúde bucal para cinco anos, que variou de 1,30 a 4,64^{2,3,22,23,30,34,35,36,37,38,39,40}.

Leite e Ribeiro (2000) avaliaram a prevalência de cárie em crianças com 2 a 6 anos de idade, de baixo nível socioeconômico, assistidas em creches públicas, da cidade de Juiz de Fora - MG. Encontraram um ceo-d médio de 2,03 e verificaram que 50,6% estavam livres de cárie³⁶.

Cypriano e colaboradores (2003) avaliaram a prevalência de cárie em municípios de pequeno, médio e grande porte, representativos da região de Sorocaba – cidade de porte médio de São Paulo –, com ou sem fluoretação na água. Os pesquisadores examinaram 3.731 crianças de cinco a 12 anos. O ceo-d médio encontrado foi de 3,1 e 37,6% das crianças estavam livres de cárie. Para os adolescentes, o CPO-D foi de 2,6 e cerca de 33,0% tinham um CPO-D igual a zero. Quanto aos componentes dos índices, em ambas as idades houve o predomínio do componente cariado. Nos municípios com fluoretação da água, foi verificada uma maior porcentagem de crianças livres de cárie²².

Outro estudo transversal de caráter exploratório investigou a associação entre experiência de cárie e fatores socioeconômicos, acesso a serviços, autopercepção e hábitos em 266 escolares de 12 anos de idade em Jundiáí-SP, em 2003. Obteve-se o CPO-D de 2,3 aos 12 anos, os alunos das escolas localizadas na zona rural apresentaram CPO-D mais elevado e menor número de dentes sem experiência de cárie, se comparados aos alunos da zona urbana. De acordo com os autores, mesmo em um município com baixa prevalência de cárie os fatores socioeconômicos, o acesso a serviço odontológico e a autopercepção da saúde bucal foram importantes para a ocorrência da cárie³⁷.

Ueda e colaboradores (2004) avaliaram a prevalência da doença cárie, em crianças de três e cinco anos de idade, do município de porte pequeno (Cambira-Paraná). Examinaram 134 crianças, residentes na zona urbana e na zona rural e verificaram que: entre as 61 crianças, com cinco anos de idade, a prevalência de cárie foi de 68,8% e o ceo-d de 3,51. Entre as 134 crianças, 11,2% apresentavam 50,9% dos dentes cariados; 45,3% das crianças livres de cárie viviam na zona rural e 54,4% delas moravam na zona urbana³⁸.

Gomes et al. (2004) avaliaram a experiência de cárie em uma amostra de 1.151 indivíduos de cinco a 74 anos, no município de Paulínea - SP. Na dentição decídua, o índice ceo-d foi de 1,90 aos cinco anos de idade (n=96); 54,2% das crianças não tinham experiência de cárie. Aos 12 anos (n=125), o índice CPOD foi de 1,0; 46% livres de cárie³.

Avaliando a prevalência de cárie, Bardal et al. (2005) estudaram uma amostra randomizada de 432 escolares do município de Catalão - GO, de sete a 12 anos. Os resultados apontaram que o CPO-D aos 12 anos foi de 2,51. Os autores ressaltaram que a escovação supervisionada deve ser implementada em jardins de infância e em escolas primárias, como lei municipal, porque dentifrícios fluoretados são um custo-benefício e um método viável de fornecimento de flúor. Além disso, enfatiza que bochechos semanais com fluoreto de sódio 0,2% nas escolas devem continuar até que o CPO-D aos 12 anos de idade seja menor ou igual a um³⁴.

Martins et al. (2006) ao avaliarem escolares (cinco a 12 anos), de uma população de 6.410 habitantes residentes em município do interior de São Paulo, no período de 1998 a 2004, apontaram que houve uma diminuição dos

índices de cárie em todas as idades; isto é, em 1998 o ceo-d era de 2,93 e, em 2004, o índice foi de 2,84. Em relação ao CPO-D a redução foi de 5,28 para 2,62. Os autores evidenciaram que, o percentual de crianças livres de cárie aos cinco anos aumentou entre 1998 e 2004 (37,9% para 45,3%, respectivamente) e aos 12 anos essa variação foi de 5,8% para 25,6%. Segundo os autores houve uma “polarização” da cárie, ou seja, ela não se encontrava mais distribuída uniformemente entre as crianças. A cárie, os dentes perdidos e os restaurados estavam concentrados em pequenos grupos populacionais³⁹.

Conforme Silva e colaboradores (2008) foram avaliados uma população ribeirinha do estado de Rondônia entre as idades de zero a 74 anos (n= 469). As coletas de dados foram realizadas em três momentos, duas no ano de 2005 e uma no ano de 2006. O número de indivíduos livres de cárie na faixa de quatro a cinco anos foi de 19,64% (n=11), e aos 12 anos foi de 30,76% (n=16). Os índices ceo-d e CPO-D foram, respectivamente, 4,30 e 2,65³⁰.

Campos Mello e colaboradores (2008) estudaram 24.744 crianças de cinco a sete anos, no estado de São Paulo. O estudo teve como objetivo, descrever os diferenciais urbano-rurais da prevalência de cárie na dentição decídua e identificar os fatores associados. Na zona urbana 30,92% das crianças estavam sem cárie, representando um ceo-d de 3,37. Na zona rural 19,55% estavam livres de cárie e o índice ceo-d foi de 4,64. Os fatores, ser negro ou pardo, estudar na área rural e frequentar a escola pública, foram identificados como determinantes individuais de chance mais elevada de apresentar um ou mais dentes decíduos com cárie não tratada²³.

Carvalho Sales Peres et al. (2008) verificaram prevalência de cárie no município de Itaí - SP em 390 escolares. O CPO-D encontrado foi de 2,45. Observou-se que 34% dos adolescentes concentraram 70% da doença, demonstrando a ocorrência da polarização da cárie dentária³².

Outro estudo realizado por Moro et al. (2009) no município de Água Santa - RS, avaliou a prevalência e a severidade de carie de 91 escolares com 12 anos idade. O CPO-D encontrado foi 2,73 e as necessidades de tratamento existentes foram poucas e de baixa complexidade. Escolares da zona rural apresentaram CPOD maior do que os escolares da zona urbana³¹.

Cortellazi e colaboradores (2009) avaliaram em um estudo transversal a experiência de cárie em pré-escolares (n=728). Identificaram um ceo-d de 1,3 e 62,2% livres de cárie³⁵.

De acordo com o trabalho de Domingos et al. (2010) foi estudada uma população de 1.137 escolares de cinco a 14 anos, selecionados, aleatoriamente, no município de Américo Brasiliense - SP (32.504 habitantes), estado de São Paulo. Os resultados mostraram que 94% dos escolares de cinco anos não tinham experiência de cárie, no entanto, o índice ceo-d encontrado foi de 1,44 (fenômeno da polarização). No que se refere a idade de 12 aos o valor do CPO-D identificado foi de 1,19 e 47% livres de cárie².

Pinto e Fenner (2010) avaliaram 286 escolares na cidade de Novo Xingu - RS. Neste município não houve adição de flúor na água de abastecimento público. Na dentição permanente, 45,3% dos escolares apresentaram-se livres de cárie, o CPO-D médio foi de 1,9 e aos 12 anos foi de 0,47. Já para a dentição decídua, 30,2% dos escolares apresentaram-se livres de cárie, com um ceo-d médio de 2,3 e aos 5 anos, o ceo-d foi de 3,3. Com relação à necessidade de tratamento odontológico, 98,7% dos dentes permanentes e 92% dos dentes decíduos não apresentavam necessidade de tratamento⁴⁰.

Carvalho et al (2011) estudaram o acesso a fluoretos e as condições de saúde bucal de 237 escolares de nove a 16 anos de idade, em cidades do interior do estado de São Paulo com e sem água fluoretada. No município sem fluoretação o CPO-D foi de 5,32, naqueles com fluoretação artificial e com fluoretação natural foi, respectivamente, 1,88 e 3,96³³.

Os trabalhos revisados mostram que os índices de cárie na zona rural são mais elevados que na zona urbana, conseqüentemente, o percentual de indivíduos livres de cárie também é menor, isto demonstra que a saúde bucal nos municípios do interior deve ser revista com mais atenção no planejamento das ações odontológicas, devendo o SUS garantir a promoção de saúde e a intervenção precoce conforme determinam os preceitos constitucionais.

Os levantamentos epidemiológicos em saúde bucal, até hoje realizados, tiveram grande relevância para a construção de uma sólida base de dados relativa ao perfil epidemiológico dos principais agravos em saúde bucal da

população brasileira. Estes inquéritos vêm subsidiando o planejamento e a avaliação das ações e serviços junto ao SUS.

2.3 Fatores associados à cárie em crianças e adolescentes

A cárie dentária é uma doença crônica, infecciosa e transmissível, resultante da dissolução mineral dos tecidos dentários proveniente da produção de ácidos produzidos por bactérias, quando estas metabolizam carboidratos, em especial a sacarose, oriundos da dieta^{45,46}. Para prevenção deste agravo há alguns fatores de proteção. Em contrapartida, o indivíduo também pode estar exposto a determinados fatores de risco, os quais serão mencionados, brevemente.

Dentre os fatores de proteção responsáveis pelo declínio na prevalência de cárie no Brasil destacam-se: (I) aumento e universalização da exposição das pessoas ao flúor, com destaque especial para a água de abastecimento^{4,8,47}; (II) introdução dos dentifrícios fluoretados^{4,8,39}; (III) maior ênfase nas atividades de promoção e educação em saúde bucal⁸; (IV) melhoria nas condições globais de saúde e qualidade de vida; (V) mudanças nos critérios de diagnóstico da cárie^{4,22}. A fluoretação da água é reconhecidamente vantajosa; essa tecnologia de intervenção em saúde pública se iniciou há mais de meio século e recebeu determinação legal no Brasil há pelo menos 30 anos. Porém, sua efetivação tem sido desigual no país, pois avançou mais nos estados das regiões Sul e Sudeste. A distribuição desigual desse recurso preventivo evidencia o viés socioeconômico para a prevalência da doença. Atualmente, mais da metade dos municípios brasileiros não adotaram esta medida, o que é judicialmente ilegal, cientificamente insustentável e socialmente injusto¹². Em nível nacional, desde 1991, foi definido financiamento específico para a realização de procedimentos coletivos, criando condições favoráveis à expansão de um sistema de prevenção em saúde bucal em escolas e outros espaços sociais. A essa medida atribui-se, em grande parte, à redução nos níveis de prevalência e magnitude da cárie no país⁴.

As medidas de proteção supracitadas estão relacionadas à diminuição na prevalência de cárie, porém, elas não são suficientes para reduzir as desigualdades entre as regiões. Medidas sociais e econômicas mais efetivas, dirigidas aos grupos mais vulneráveis, voltadas ao enfrentamento da exclusão social, tanto no campo da saúde bucal quanto no âmbito da assistência odontológica, ainda desafiam os gestores⁴.

Sabe-se que a história dos indivíduos na infância é um bom preditor de saúde bucal na dentição permanente, pois a história pregressa da cárie é o fator de risco mais evidente para o desenvolvimento de novas lesões de cárie⁴⁸. É apontado, na literatura, que a cárie precoce na infância está vinculada ao baixo peso ao nascer, desnutrição, complicações pré-natais ou que apresentaram trauma no nascimento⁴⁹. Os fatores de risco para o desenvolvimento da cárie mais apontado pelos estudos são: indicadores socioeconômicos e demográficos (menor renda familiar, menor escolaridade materna, composição familiar (maior número de moradores), idade materna (mãe jovem), ausência abastecimento público de água)^{4,30,37,45,50,51} comportamentais e de saúde^{4,50,51,52}.

Pesquisas como a de Peres et al., 2011, analisaram a saúde bucal de uma corte de Pelotas-RS, ajudam a expandir a compreensão dos determinantes sociais de saúde⁴⁴. No questionário, aplicado aos pais, sobre hábitos, comportamentos (uso e frequência de escovação e uso de fio dental), dor de dente, e uso de serviços odontológicos, obtiveram-se os seguintes resultados: cerca de 75% das crianças estavam satisfeitos com o seu estado dental, com nenhuma variação de acordo com a renda familiar; a maioria das crianças relatou escovar os dentes, e quase todas (mais de 95%) utilizavam pasta de dentes; cerca de uma em cada quatro crianças escovavam os dentes menos de duas vezes por dia em média; o fio dental foi relatado por menos de 10% da amostra; as crianças de famílias mais pobres escovavam menos e utilizavam menos creme dental e fio dental, utilizam mais o serviço odontológico do SUS e apresentavam maior prevalência de dentes cariados e sangramento gengival, aos 12 anos de idade⁴⁴.

Em síntese, melhores condições socioeconômicas no momento do nascimento da criança, foram associadas com melhores indicadores

relacionados à sangramento gengival, o tratamento da cárie, uso de serviços odontológicos e hábitos de higiene oral a 12 anos de idade⁴⁴.

Neste mesmo estudo brasileiro, cárie na primeira dentição foi fortemente associado com cárie na dentição permanente. Três hipóteses podem explicar estes resultados. A primeira sugere que a cárie na dentição decídua pode ser resultante de marcadores sociais, alimentares e comportamentais. De acordo com a segunda hipótese, a cárie em dentição decídua, por si só é um fator de risco para cárie na dentição permanente, isto é, a cárie na dentição decídua cria um ambiente microbiológico, que, se mantido na dentição mista e permanente, resulta em risco aumentado de cárie no futuro. A terceira hipótese é a combinação das duas primeiras. Independente da hipótese correta, elas servem para o planejamento de serviços e intervenções preventivas⁴⁴.

Logo, é necessário reconhecer que os fatores de risco começam em idades muito precoces, e quanto mais cedo começarem as intervenções preventivas, melhores serão os resultados, tanto na mudança de comportamento como na diminuição das taxas de cárie na dentição decídua. E ainda, intervenções nutricionais, orientadas na alimentação no primeiro ano de vida, têm se mostrado eficazes na redução da cárie em crianças imediatamente após a intervenção (primeiro ano de vida) e, mantendo o efeito anos mais tarde (quatro anos de idade)⁴⁴.

2.4 Utilização do serviço odontológico

A fim de superar dificuldades, ainda existentes, o MS vem trabalhando em um processo de qualificação de municípios ao incluir a saúde bucal na ESF, como já referido anteriormente⁴⁷. Para que os municípios recebam igual atenção em saúde bucal, há ainda a necessidade de se realizarem estudos de base populacional sobre as características associadas ao acesso e uso regular pelos brasileiros dos serviços odontológicos⁵⁵. A definição de acesso implica em garantia de ingresso do indivíduo no sistema, uso de bens e serviços de maneira contínua e organizada⁵⁶. Há de considerar-se ainda as questões de acesso que envolvem proximidade do serviço, condições de deslocamento e aspectos culturais.

Os estudos sobre a utilização de serviços de saúde são considerados importantes, por permitirem caracterizar a população usuária, identificar suas condições de saúde e as suas motivações para procura, aspectos fundamentais no planejamento e na organização das ações⁵⁸. Alguns destes estudos relataram que, um aumento da oferta de serviços odontológicos em áreas cobertas pela ESF, não foi traduzido em melhorias no modelo de Atenção à Saúde Bucal; caracterizado por ser pouco resolutivo, mutilador e, portanto, centrado na doença^{59,60}. O acesso aos serviços odontológicos no Brasil ainda é limitado e desigual⁶⁰. Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 1998 (PNAD, 1998) demonstram que o atendimento odontológico se diferencia fortemente do atendimento médico, com uma proporção muito mais baixa de atendimentos financiados pelo SUS, ou por planos de saúde em comparação aos financiados diretamente⁶¹. O papel, proporcionalmente pequeno do SUS, neste setor merece atenção, pois de acordo com os dados da PNAD de 1998, este foi responsável por 52% dos atendimentos não odontológicos e por 24% dos atendimentos odontológicos⁴⁷. Segundo os autores: “a proporção de atendimentos odontológicos pelo SUS foi 16 vezes maior entre os mais pobres, os quais utilizaram três vezes menos os serviços do que os mais ricos” (p. 715). Cabe ressaltar que, na rede pública, o acesso ao serviço gratuito está restrito apenas ao SUS, o qual possui uma demanda reprimida⁶².

Em 1998, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), quase um quinto da população brasileira, 19,5%, nunca tinha visitado um cirurgião-dentista para cuidar da saúde bucal; em 10 anos, este número caiu para 7,8%. Dados do Suplemento de Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2008 mostraram que 11,7% dos brasileiros ainda não receberam atendimento odontológico. De acordo com esta pesquisa, do total cerca de 78% são crianças de até quatro anos de idade⁶³.

Comparando os dados da PNAD de 1998 e 2008 observa-se que há uma melhora no acesso da população ao atendimento, no entanto, o número ainda é considerado elevado se o percentual for calculado para toda a população do país. Em 2008, eram, aproximadamente, 21,6 milhões de brasileiros que nunca tiveram atendimento odontológico, porém em 1998 eram 29,6 milhões de pessoas⁶³.

A condição socioeconômica da população é um dos fatores que mais afeta a utilização do tipo de serviço odontológico^{53,64}. Por exemplo, aqueles que possuem plano de saúde ou convênio apresentam uma possibilidade de acesso aproximadamente quatro vezes maior do que os que não possuem essas condições⁵³.

Em relação à renda, a grande maioria dos entrevistados com rendimento domiciliar de mais de cinco salários mínimos (98%), já consultou o cirurgião-dentista. Entre os que ganham até um quarto de salário mínimo, o percentual é de 71,3%. Segundo o estudo, embora 88,3% da população já tenha procurado serviços odontológicos, apenas 40% dos participantes da pesquisa haviam ido ao dentista no ano anterior à data da entrevista. Entre a população que ganhava até um salário mínimo, em 1998, a porcentagem de pessoas que nunca haviam ido ao dentista (36,5%) era nove vezes a taxa das que ganham mais de 20 salários (4,1%)⁶³.

No levantamento epidemiológico de saúde bucal de 2010, algumas das condições investigadas foram à utilização de serviços odontológicos, a caracterização socioeconômica e a auto percepção de saúde bucal⁶. Os dados deste estudo indicaram que cerca de 18% dos indivíduos de 12 anos nunca foi ao dentista no Brasil, situação semelhante a todas as regiões, exceto a região Sul, a qual apresentou uma prevalência significativamente menor de crianças nesta condição (9,8%). O serviço público foi marcadamente o mais utilizado em todas as regiões, assim como ir ao dentista para prevenção ou tratamento somaram os principais motivos em todo o país⁷. Em todas as regiões, a utilização do serviço público foi a opção mais citada, mas o uso foi maior na região Norte (65,4%) quando comparada com a região Sudeste (43,2%), Sul (41,3%) e o Brasil (46,3%)⁷.

Em relação à avaliação, a maioria das crianças de 12 anos avaliou a última consulta odontológica como muito boa ou boa no Brasil e em todas as regiões⁷. Os dados da PNAD 2008, dizem o mesmo em relação à avaliação, ou seja, 93,6% das pessoas entrevistadas, que já tinham recebido atendimento odontológico, consideraram o setor “muito bom ou bom”⁶³.

Sendo assim, ressalta-se a necessidade do estabelecimento de políticas públicas de promoção de saúde e a reorientação de serviços que facilitem o acesso aos serviços odontológicos e, assim, possibilitem o

atendimento preventivo desde a infância⁶⁰. Além disso, é fundamental que o princípio da equidade, entendido enquanto a perspectiva de ampliação de acesso a setores sociais tradicionalmente excluídos sejam efetivamente discutidos pela sociedade, profissionais de saúde e gestores, visando eliminar as iniquidades e proporcionar maior justiça social⁵³.

3 JUSTIFICATIVA

Embora os dados epidemiológicos nacionais indiquem que a cárie vem declinando nos últimos anos⁷, a necessidade de investigar a situação de saúde bucal ainda é premente. Os dados populacionais podem e devem fornecer informações relevantes para um planejamento adequado das ações futuras voltadas à prevenção, recuperação, reabilitação e manutenção da saúde bucal desta comunidade.

Averiguar a saúde bucal das crianças com cinco e 12 anos residentes em locais que não possuem acesso à água fluoretada, considerando que traz consequências diretas à saúde ao longo da vida, torna-se necessário.

Para que ações efetivas possam ser implementadas os municípios necessitam basearem-se em dados epidemiológicos confiáveis que justifiquem novas ações de saúde bucal ou que reforcem ou rediscutam as ações já existentes.

3.1 Local do estudo

O município de Arroio do Padre (RS) foi emancipado no dia 17 de abril de 1996, pela Lei Estadual nº 10.738. Em 1º de Janeiro de 2001 foi instalado o município. Possui uma população estimada de 2.730 habitantes⁶⁵ e está distante 265 Km da capital do estado. Sua atividade econômica é predominante agrícola, tendo como principal produto o plantio de fumo. A maioria dos seus moradores descende de imigrantes da Pomerânia e Alemanha são moradores da zona rural. O município é apontado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e

Estatística como a cidade com o menor percentual de católicos do Brasil, 86% dos moradores são evangélicos⁶⁵.

No local existem seis escolas municipais e uma escola estadual. Dentre as municipais há uma para a educação infantil, quatro com oferta de ensino fundamental incompleto e uma localizada na zona urbana com ensino fundamental completo e com educação de jovens e adultos à noite. A única escola estadual do local oferece o ensino médio completo e está situada na zona urbana.

O município possui um sistema de abastecimento de água somente na zona urbana, com três poços artesianos. A zona rural utiliza fontes de águas rasas sem fluoretação.

A cidade possui uma Unidade Básica de Saúde (UBS), composta por uma equipe da ESF com saúde bucal. A UBS ESF possui dois médicos (com 20 horas/semanais cada), uma enfermeira, uma cirurgiã-dentista, uma auxiliar de saúde bucal e seis agentes comunitárias de saúde. No local da UBS também há em funcionamento um pronto atendimento 24 horas médico e de enfermagem.

Os dados disponíveis sobre saúde bucal em Arroio do Padre, são provenientes das anotações realizadas durante as consultas (prontuários). Atualmente, após a adesão ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, alguns indicadores, como primeira consulta odontológica, atendimento de urgência, atendimento à gestante, tratamentos concluídos, instalações de próteses dentárias, os quais anteriormente não eram informados, são registrados no relatório de Produção e de Marcadores para Avaliação Complementar do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) e, transmitidos ao Ministério da Saúde. Nenhum tipo de levantamento sobre as condições de saúde bucal da população foi realizado até o momento, o que reforça a necessidade de uma avaliação na área em estudo.

Na prática clínica, percebe-se a falta de conhecimento ou desinteresse pela saúde bucal, principalmente, daqueles que utilizam o serviço de urgência. Talvez as variáveis de renda e escolaridade possam estar associadas às piores condições de saúde bucal. Em relação à saúde geral, dados podem ser obtidos através do SIAB, além de dados sobre condições de moradia, saneamento, produção e composição das equipes de saúde.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Realizar um levantamento sobre o índice de ceo-d e CPO-D em crianças de cinco anos e adolescentes com doze anos, residentes na zona rural e urbana no município do Arroio do Padre - RS e descrever a utilização do serviço público odontológico por parte da população em estudo.

4.2 Objetivos específicos

1. Estimar a média de ceo-d e CPO-D nas idades de cinco e 12 anos;
2. Estimar o percentual de crianças livres de cárie aos cinco e aos 12 anos;
3. Estimar a necessidade de tratamentos relacionados à cárie dentária nas idades de cinco e 12 anos;
4. Fornecer subsídios, ao município, para formular o planejamento de ações em saúde bucal para a faixa etária estudada;
5. Caracterizar os usuários de cinco e 12 anos do serviço público odontológico;
6. Avaliar a percepção dos pais ou responsáveis sobre a saúde bucal do filho(a);
7. Avaliar a auto percepção da saúde bucal dos pais ou responsáveis.

5 HIPÓTESES

1. Aos cinco anos a média de ceo-d será de 2,56 e aos 12 anos a média de CPO-D será de 2,17;
2. O percentual de crianças com cinco anos livres de cárie será de 37%;
3. O percentual de crianças com 12 anos livres de cárie será de 39%;
4. Cerca de 10% das crianças com cinco anos necessitará de algum tipo de tratamento odontológico, enquanto nas crianças de 12 anos esse número diminuirá para 6%;

5. Os usuários do serviço odontológico público do município terão menor experiência de cárie e menor necessidade de tratamento odontológico;
6. Cerca de 50% dos pais ou responsáveis considerarão a saúde bucal dos filhos como “boa”;
7. Um terço dos pais ou responsáveis avaliarão a sua saúde bucal como “boa”.

6 METODOLOGIA

6.1 Delineamento

Este estudo é do tipo observacional, com delineamento transversal.

6.2 Definição do desfecho

A prevalência de cárie e o percentual de crianças livres de cárie serão avaliadas pelos índices CPO-D (dentição permanente) e ceo-d (dentição decídua). Os índices medirão a experiência acumulada de cárie, representando o número total de dentes cariados, perdidos devido à cárie e obturados. Há uma série específica de códigos e critérios para cada elemento dentário que irão compor um determinado valor de CPO-D e ceo-d, de acordo com as recomendações da OMS²⁰. A necessidade de tratamento será avaliada após registrar as condições da coroa do dente e informarão tratamento indicado a cada participante do estudo. Caso seja observada outra alteração na cavidade bucal que necessite tratamento, os pais serão informados e o paciente encaminhado à um serviço especializado.

6.3 Variáveis independentes

Tabela 1. Descrição das variáveis independentes, características e tipo.

VARIÁVEL	OPERACIONALIZAÇÃO DA EXPOSIÇÃO	TIPO
Socioeconômicas		
Renda	Renda familiar mensal total (R\$)	Numérica Contínua

Escolaridade do chefe da família	Anos completos de estudo	Numérica discreta
Número de pessoas no domicílio	Número de indivíduos que moram no domicílio	Numérica discreta
Classe econômica	Classificação ABEP (A1, A2, B1, B2, C1, C2, D e E)	Categórica ordinal
VARIÁVEL	OPERACIONALIZAÇÃO DA EXPOSIÇÃO	TIPO
<i>Demográficas</i>		
Cor da pele da criança ou adolescente (IBGE)	Branca, parda, preta e outras	Categórica nominal
Idade da criança ou adolescente	Anos completos	Numérica discreta
Sexo da criança ou adolescente	Masculino, feminino	Categórica binária
Estado civil do responsável	Casado(a), solteiro(a), separado(a), divorciado(a) viúvo(a)	Categórica não-ordinal
<i>Acessibilidade a serviços odontológicos</i>		
Local de consulta	Particular, convênio, sindicato, posto de saúde, outros	Categórica não-ordinal
Tratamento no último atendimento	Revisão/limpeza, extração, prevenção/aplicação de flúor, restauração/obturação, aberto um ou mais dentes, curativo, tratamento de urgência, outros	Categórica não-ordinal
Motivos de não utilização do serviço odontológico	Achou que não precisava, nunca sentiu dor, difícil agendamento, acesso e transporte difícil, não podia pagar, medo, outros	Categórica não-ordinal
Consultou alguma vez na vida	Sim ou Não	Categórica binária
Consultas pela primeira vez	Sim ou Não	Categórica binária
<i>Comportamento na procura de cuidados odontológicos</i>		
Motivo da consulta na UBS ESF	Revisão/limpeza, extração, prevenção/aplicação de flúor, restauração/obturação, aberto um ou mais dentes, curativo, tratamento de urgência, outros	Categórica não-ordinal

Motivo da não utilização do serviço odontológico na UBS ESF	Difícil conseguir vaga/ficha, equipamento não estava funcionando, frequentemente falta dentista na UBS, não existe dentista na UBS, tinha que esperar muito naquele dia e desisti, outros	Categórica não-ordinal
Percepção da saúde bucal do filho(a)	Muito boa, boa, regular, ruim, muito ruim	Categórica ordinal
Auto percepção de saúde bucal	Muito boa, boa, regular, ruim, muito ruim	Categórica ordinal

6.4 População alvo

A população alvo deste estudo será composta por todos os indivíduos de cinco e doze anos, residentes no município de Arroio do Padre – RS

6.5 Critérios de elegibilidade

Critérios de inclusão: Todos os indivíduos de cinco e 12 anos de idade, nascidos em 2008 e 2001, que residem no município de Arroio do Padre-RS.

Critérios de exclusão: Todos aqueles não residentes em Arroio do Padre-RS, com idades menores ou maiores que cinco e 12 anos.

6.6 Tamanho da população

Todas as crianças de cinco anos e todos os adolescentes com 12 anos residentes em Arroio do Padre, RS.

6.7 Instrumentos

Para testar o instrumento, será realizado um piloto do estudo, envolvendo crianças e adolescentes com idade aproximada de cinco e 12 anos e seus respectivos pais, que não farão parte do estudo.

O estudo prevê coleta de dados primários, através de questionário aplicado ao responsável do adolescente e da criança para avaliar a utilização do serviço público odontológico e um exame clínico registrado em ficha para determinar prevalência de cárie e necessidade de tratamento nos indivíduos de cinco e 12 anos (ANEXO I e ANEXO II).

A ficha apresentará os códigos utilizados para identificação de condição dentária e os respectivos e critérios de diagnóstico de cárie dentária coronária em dentes permanentes (registro efetuado por números – CPO-D) e decíduos (registro efetuado por letras – ceo-d), conforme a recomendação da OMS (ANEXO III).

6.8 Logística

No primeiro momento do estudo será realizada uma reunião com os pais dos alunos de cinco e 12 anos, matriculados nas escolas do município. Neste momento, serão explicados os objetivos do estudo e todos aqueles que concordarem em participar deverão assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO IV).

Pais, de crianças e adolescentes que não estiverem frequentando a escola serão convidados individualmente, nos domicílios, para participarem da pesquisa. Eles serão localizados com o auxílio das agentes de saúde da equipe de ESF. Caso não estejam em casa, será feita nova visita em outro dia e horário, até serem encontrados.

Durante a reunião com os pais na escola o questionário do responsável será aplicado. O exame nas crianças e nos adolescentes será realizado na escola em momento posterior e de acordo com a disponibilidade do local. Todas as entrevistas e exames serão realizados por uma equipe treinada de alunos da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas.

O exame na escola será realizado com a utilização de luz natural, espelho bucal plano, abaixador de língua, cadeiras e mesas de uso comum. O examinador e indivíduo examinado deverão estar sentados.

6.9 Breve plano de análise

Será realizada análise descritiva das prevalências de ceo-d e CPO-D e comparação de médias dos dois índices de cárie encontrados em ambos os grupos pesquisados. O banco de dados será construído no Excel⁶⁶. Para análises estatísticas será utilizado o software Stata⁶⁷.

6.10 Considerações éticas

O estudo será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas. Todos os princípios éticos relativos à pesquisa com seres humanos serão respeitados.

6.11 Orçamento

Este estudo será financiado pela acadêmica pesquisadora Ida Beatriz Müller.

7 CRONOGRAMA

O quadro abaixo demonstra o tempo e as atividades que serão executadas para contemplar os objetivos propostos.

Etapas/ meses	2012					2013													
	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F
Elaboração do projeto																			
Revisão da literatura																			
Preparação do instrumento																			

Projeto Piloto																						
Coleta dos dados																						
Digitação dos dados																						
Limpeza dos dados																						
Análise dos dados																						
Redação do artigo																						
Entrega/ defesa da dissertação																						

REFERÊNCIAS

1. Antunes JLF, Peres MA, Mello TRC. Determinantes individuais e contextuais da necessidade de tratamento odontológico na dentição decídua no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.11, n.1, p.79-87, jan./mar. 2006.
2. Domingos PAS, Ribeiro DG, Dinelli W, Staufackar CA, Campos JÁDB. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal de crianças em um município Brasileiro. *Arquivos em Odontologia*. 2010;46(2):82-7
3. Gomes PR, Costa SC, Cypriano S, de Sousa MdLR. Paulínia, São Paulo, Brasil: situação da cárie dentária com relação às metas OMS 2000 e 2010. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(3):866-70.
4. Narvai PC, Frazão P, Roncalli AG, Antunes JLF, Camargos P, Ribeiro Y. Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social. *Rev Panam Salud Publica*. 2006;19(6):385-93.
5. Bastos RS et al. Declínio da cárie dentária e incremento no percentual de escolares, de 12 anos de idade livres da doença, em Bauru, São Paulo, entre 1976 e 1995. *Rev Fac Odontol Bauru* 2002; 10(2): 75-80.

6. Projeto SB Brasil. Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Ministério da Saúde, Brasília 2004. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05_0053_M.pdf.
[acessado 2012 set 04]
7. Projeto SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Resultados Principais. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/CNSB/sbbrasil/arquivos/projeto_sb2010_relatorio_final.pdf. [acessado 2012 set 04]
8. Camargo MBJ et al. Uso regular de serviços odontológicos entre adultos: padrões de utilização e tipo de serviços. Cad Saúde Pública 2009; 25(9):1894-1906.
9. Sartori, L.A. Prevalência da doença cárie em escolares de 5 a 14 anos, na cidade de Alfenas – MG. R. Un. Alfenas 1999; 5:1-10.
10. Narvai PC, Frazão P, Moysés S, Kriger L, Moysés S. Políticas de saúde bucal no Brasil. Moysés ST, Kriger L, Moysés SJ (coords) Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências São Paulo: Artes Médicas. 2008:1-20
11. Frazão P, Narvai PC. Saúde bucal no Sistema Único de Saúde: 20 anos de lutas por uma política pública. Saúde em Debate. 2009;33(81):64-71.
12. Antunes JLF, Narvai PC. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. Rev Saúde Pública. 2010;44(2):360-5
13. MINISTÉRIO DA SAÚDE (2013). http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21125.
[acessado 2013 mar 23]
14. Calado GS. A Inserção da Equipe de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família: principais avanços e desafios. A Inserção da Equipe de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família: principais avanços e desafios. 2002.
15. Terreri ALM, Soler Z. Estudo comparativo de dois critérios utilizados no Programa Saúde da Família na priorização do tratamento da cárie entre crianças de 5 a 12 anos. Cad Saúde Pública. 2008;24(7):1581-7.
16. Alexandre GC, Nadanovsky P, Lopes CS, Faerstein E. Prevalência e fatores associados à ocorrência da dor de dente que impediu a realização de

tarefas habituais em uma população de funcionários públicos no Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saúde Pública 2006; 22:1073-8.

17. BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf. [acessado 2012 set 29]

18. Junqueira SR, Frias AC, Zilbovicius C, Rode S, Gentil S. Saúde bucal coletiva: quadros social, epidemiológico e político. Rode SM, Gentil SN, organizadores Atualização clínica em odontologia São Paulo: Artes Médicas. 2004:591-604.

19. da Costa Oliveira AGR, Unfer B, Costa ICC, Arcieri RM, Guimarães LOC. Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal: análise da metodologia proposta pela Organização Mundial da Saúde. Rev Bras Epidemiol. 1998;1(2).

20. Organização Mundial da Saúde/World Health Organization. Oral health survey: basic methods. 4th Ed. Geneva; 1997.

21. Peres MA, Peres KG. Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal- Um guia para os serviços de saúde. In: Fundamentos de Odontologia: Epidemiologia da Saúde Bucal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p.19-31.

22. Cypriano S, Sousa MLR, Rihs LB, Wada RS. Saúde bucal dos pré-escolares, Piracicaba, Brasil, 1999. Rev Saúde Pública. 2003;37(2):247-53.

23. de Campos Mello TR, Antunes JLF, Waldman EA. Prevalência de cárie não tratada na dentição decídua em áreas urbanas e rurais do Estado de São Paulo, Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2008;23(2):79.

24. Klein H, Palmer CE. Dental caries in american indian children. Public Health Bull 1937;(239): 1-54.

25. Roncalli AG. Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal no Brasil. In: Antunes JLF, Peres MA. Epidemiologia da saúde bucal. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan. 2006. p.32-48.

26. Brasil, Ministério da Saúde – Coordenação Nacional de Saúde Bucal. II Conferência Nacional de Saúde Bucal - Relatório Final. Brasília, 1990, 60.

27. Traebert JL, Peres MA, Galesso ER, Zobot NE, Marcenes W. Prevalência e severidade da cárie dentária em escolares de seis e doze anos de idade. Rev Saúde Pública. 2001;35(3):283-8.

28. Mello TRdC, Antunes JLF. Prevalência de cárie dentária em escolares da região rural de Itapetininga, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(3):829-35.
29. Kasakevicius Marin K, Gonçalves Leite IC. Prevalência de cárie dentária em escolares de 05 e 06 anos de idade atendidos pelo programa saúde da família em uma cidade de porte populacional médio de Minas Gerais- Brasil. *Revista de APS*. 2011;14(2).
30. Silva RHA, de Castro RFM, Cunha DCS, de Almeida CT, de Magalhães Bastos JR, Camargo LMA. Cárie dentária em população ribeirinha do Estado de Rondônia, Região Amazônica, Brasil, 2005/2006. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(10):2347-53.
31. Moro L, Varaschini ÉL, Bighetti TI, de Castilhos ED. Condições de Saúde Bucal de Escolares de 12 Anos de Idade, Município de Água Santa, Rio Grande do Sul, Brasil. *RevFacOdontol Porto Alegre*. 2009;50(2).
32. de Carvalho Sales-Peres SH, de Magalhães Bastos JR. Perfil epidemiológico de cárie dentária em crianças de 12 anos de idade, residentes em cidades fluoretadas e não fluoretadas, na Região Centro-Oeste do Estado de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2002;18(5):1281-8.
33. de Carvalho RB, de Medeiros UV, dos Santos KT, Pacheco Filho AC. Influência de diferentes concentrações de flúor na água em indicadores epidemiológicos de saúde/doença bucal. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 6(8):3509-18.
34. Bardal PAP, Olympio KPK, Buzalaf MAR, Bastos JRdM. Dental caries and dental fluorosis in 7-12-year-old school children in Catalão, Goiás, Brazil. *Journal of Applied Oral Science*. 2005;13(1):35-40.
35. Cortellazzi KL, Tagliaferro EPdS, Assaf AV, Tafner APMdF, Ambrosano GMB, Bittar TO, et al. Influence of socioeconomic, clinical and demographic variables on caries experience of preschool children in Piracicaba, SP. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2009;12(3):490-500.
36. Leite ICG, Ribeiro RA. Dental caries in the primary dentition in public nursery school children in Juiz de Fora, Minas Gerais, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2000;16(3):717-22.
37. Cypriano S, Hugo FN, Sciamarelli MC, TôrresLHdN, Sousa MdLRd, Wada RS. Fatores associados à experiência de cárie em escolares de um

município com baixa prevalência de cárie dentária. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(10):4095-106.

38. Ueda EMO, Dezan CC, Frossard WGT, Salomão F, Morita MC. Prevalence of dental caries in 3-and 5-year-old children living in a small Brazilian City. *Journal of Applied Oral Science*. 2004; 12(1):34-8.

39. Martins RJ, Garbin CAS, Garbin AJÍ, Moimaz SAS, Saliba O. Declínio da cárie em um município da região noroeste do Estado de São Paulo, Brasil, no período de 1998 a 2004. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(5):1035-41.

40. Pinto PK, Fenner PAH. Prevalência e severidade de cárie dentária e necessidade de tratamento em escolares no município de Novo Xingu-Rio Grande do Sul, 2010.

41. Cangussu MCT, Castellanos FRA. Prevalência de cárie dentária em escolares de 12 e 15 anos de Salvador, Bahia, 2001. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2004;4(3):287-97.

42. Santos NCNd, 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. *Ciênc saúde coletiva*. 2007;12(5):1155-66.

43. Peres S, Carvalho FSd, Carvalho CPd, Bastos JRdM, Lauris JRP. Polarização da cárie dentária em adolescentes, na região sudoeste do Estado de São Paulo, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13(2):2155-62.

44. Peres KG, Peres MA, Demarco FF, Tarquínio SBC, Horta BL, Gigante DP. Oral health studies in the 1982 Pelotas (Brazil) birth cohort: methodology and principal results at 15 and 24 years of age. *Cadernos de Saúde Pública*. 2011;27(8):1569-80.

45. Tomita NE, Bijella VT, Lopes ES, Franco LJ. Prevalência de cárie dentária em crianças da faixa etária de 0 a 6 anos matriculadas em creches: importância de fatores socioeconômicos. *Rev Saúde Pública*. 1996;30(5):413-20.

46. Narvai PC. Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2000;5(2).

47. Barros AJ, Bertoldi AD. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002;7(4):709-17.

48. Zardetto CGDC. Prevalência de cárie dentária em adolescentes residentes no município de São Paulo: indicadores de risco e gravidade. 2011.
49. Ribeiro AG, de Oliveira AF, Rosenblatt A. Cárie precoce na infância: prevalência e fatores de risco em pré-escolares, aos 48 meses, na cidade de João Pessoa, Paraíba. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(6):1695-700.
50. Lucas SD, Portela MC, Mendonça LL. Variações no nível de cárie dentária entre crianças de 5 e 12 anos em Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(1):55-63.
51. Frias AC, Antunes JLF, Junqueira SR, Narvai PC. Determinantes individuais e contextuais da prevalência de cárie dentária não tratada no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2007;22(4):279-85.
52. Gushi LL, da Candelária Soares M, Forni TIB, Vieira V, Wada RS, de Sousa MLR. Cárie dentária em adolescentes de 15 a 19 anos de idade no Estado de São Paulo, Brasil, 2002. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(5):1383-91.
53. Noro LRA, Roncalli AG, Júnior FIRM, Lima KC. A utilização de serviços odontológicos entre crianças e fatores associados em Sobral, Ceará, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(7):1509-16.
54. Celeste RK, Nadanovsky P, Leon APD. Associação entre procedimentos preventivos no serviço público de odontologia ea prevalência de cárie dentária. *Revista de Saúde Pública*. 2007;41(5):830-8.
55. Matos DL, Lima-Costa MFF, Guerra HL, MarcenesW. Projeto Bambuí: estudo de base populacional dos fatores associados com o uso regular de serviços odontológicos em adultos. *Cad Saúde Pública* 2001; 17:661-8.
56. Pereira, GM. *Epidemiologia teoria e prática*. Rio de Janeiro: Koogan; 1999.
57. Pinto RdS, Matos DL, Loyola Filho Ald. Características associadas ao uso de serviços odontológicos públicos pela população adulta brasileira. *Ciênc saúde coletiva*. 2012;17(2):531-44.
58. dos Santos Pereira CR, Patrício AAR, da Costa Araújo FA, de Souza Lucena EE, de Lima KC, Roncalli AG. Impacto da Estratégia Saúde da Família com equipe de saúde bucal sobre a utilização de serviços odontológicos. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(5):985-96.

59. Souza CER, Pamplona DF, Gonçalves L, Vale MJLC, Wassall MAJ, Boaretto P, et al. Levantamento epidemiológico de cárie dentária–Barão Geraldo–Campinas–SP. RGO (Porto Alegre). 2007;55(4):363-8.
60. Kramer PF, Ardenghi TM, Ferreira S, de Almeida Fischer L, Cardoso L, Feldens CA. Utilização de serviços odontológicos por crianças de 0 a 5 anos de idade no Município de Canela, Rio Grande do Sul,. Cad Saúde Pública. 2008;24(1):150-6.
61. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - Suplementos Saúde – 1998. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/pnad1998/pnaddescr.htm>. [acessado 2013 mar 20]
62. Silva MCB, Silva RA, Ribeiro CCC, Cruz MCFN. Perfil da assistência odontológica pública para infância e adolescência em São Luis (MA). Ciênc Saúde Coletiva 2007; 12(5):1237-45
63. Conselho Federal de Odontologia. Disponível em: <http://cfo.org.br/destaques/em-10-anos-cai-78-o-numero-de-brasileiros-que-nunca-foram-ao-dentista/> [acessado 2013 mar 20]
64. Pinheiro RS, Torres TZG. Uso de serviços odontológicos entre os Estados do Brasil. Ciênc Saúde Coletiva. 2006;11(4):999-1010
65. Populacional C. Censo Populacional 2010. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)(29 de novembro de 2010). [acesso em janeiro de 2013]
66. Bussab WO, Morettin PA. Estatística básica. Saraiva; 2010.
67. StataCorp. 1999. Statatistical software: release 6.0. StataCorporation, CollegeStation, TX
68. Andersen R, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. The Milbank Memorial FundQuarterly Health andSociety. 1973:95-124.
69. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de classificação econômica Brasil. Disponível em: http://www.abep.org/codigosguias/CCEB2008-Base_2006e2007.pdf. [acessado em 2013 mar 26].

ANEXOS

ANEXO I - INSTRUMENTO AOS PAIS/RESPONSÁVEIS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
MESTRADO PROFISSIONAL
SAÚDE PÚBLICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS



INSTRUMENTO AOS PAIS/RESPONSÁVEIS

Nome da criança/ adolescente _____ Estes dados devem ser observados pelo entrevistado Sexo da criança/adolescente: (1) masculino (2) feminino Idade da criança/adolescente: (1) 05 anos (2) 12 anos	N ____ Sexo ____ Idade ____															
IDENTIFICAÇÃO DA(O) ENTREVISTADA(O)																
Esta é uma pesquisa sobre a Avaliação da Experiência de Cárie e Utilização do Serviço Público Odontológico em Arroio do Padre (RS) , sob a responsabilidade da dentista Ida Beatriz Müller. As respostas deste questionário são de caráter sigiloso e o nome do seu filho também será preservado. Solicito que a Sra. (Sr.) responda da maneira mais exata possível. A sua entrevista é muito importante. Podemos conversar? EU VOU COMEÇAR LHE PERGUNTANDO ALGUMAS COISAS A RESPEITO DA SUA FAMÍLIA E SOBRE A(O) SRA.(SR.)																
1) Qual o seu parentesco com a criança ou adolescente? (1) Mãe (2) Pai (3) Avô/Avó (4) Irmão/ã () Outro parente: qual? (anotar) _____	Entrev ____															
2) Qual a última série que a(o) Sra.(Sr.) cursou com aprovação? (anotar grau) ____ série ____ grau (anotação) _____	Entrsérie ____ Entrgrau ____															
3) A(o) Sra.(Sr.). é... (ler opções de resposta) (1) casada(o) (2) solteira(o) (3) separada(o) (4) divorciada(o) (5) viúva(o) () ou outra situação, qual? _____	Conjuga ____															
4) Quantas pessoas moram na sua casa (do jovem/criança)? ____ pessoas	Pessoas ____															
5) Quem é a(o) chefe da sua família? (Parentesco com a criança) (1) Pai (2) Mãe (3) Avô/Avó () outro parente, qual? _____	Chf ____															
6) A(o) chefe da família estudou até que série e grau? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 33%;">Analfabeto/ Primário Incompleto</td> <td style="width: 33%;">Analfabeto/ Fundamental 1 Incompleto</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td>Primário Completo/ Ginásial incompleto</td> <td>Fundamental 1 Completo/ Fundamental 2 Incompleto</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>Ginásial Completo/ Colegial incompleto</td> <td>Fundamental 2 completo/ Médio Incompleto</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Colegial Completo/ Superior incompleto</td> <td>Médio Completo / Superior Incompleto</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td>Superior Completo</td> <td>Superior Completo</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </table>	Analfabeto/ Primário Incompleto	Analfabeto/ Fundamental 1 Incompleto	0	Primário Completo/ Ginásial incompleto	Fundamental 1 Completo/ Fundamental 2 Incompleto	1	Ginásial Completo/ Colegial incompleto	Fundamental 2 completo/ Médio Incompleto	2	Colegial Completo/ Superior incompleto	Médio Completo / Superior Incompleto	4	Superior Completo	Superior Completo	8	Chefescol ____
Analfabeto/ Primário Incompleto	Analfabeto/ Fundamental 1 Incompleto	0														
Primário Completo/ Ginásial incompleto	Fundamental 1 Completo/ Fundamental 2 Incompleto	1														
Ginásial Completo/ Colegial incompleto	Fundamental 2 completo/ Médio Incompleto	2														
Colegial Completo/ Superior incompleto	Médio Completo / Superior Incompleto	4														
Superior Completo	Superior Completo	8														

7) A Sra.(Sr.) ou a(o)chefe da família recebe bolsa família? (0) Não (1) Sim						Bolsa ____
8) No mês passado, quanto receberam, em reais, juntas, todas as pessoas que moram na sua casa incluindo salários, bolsa família, pensão, aluguel, aposentadoria ou outros rendimentos? (ler opções)						Renda ____
(1) Até 250 (2) de 251 a 500 (3) de 501 a 1.500 (4) de 1.501 a 2.500						
(5) de 2.501 a 4.500 (6) de 4.501 a 9.500 (7) Mais de 9.500						
(9) IGN = Não sabe/não respondeu						
EU VOU LHE LER UMA SÉRIE DE BENS E A(O) SRA.(SR.) VAI ME RESPONDER SE TEM E QUANTOS POSSUI.						
9) A(o) Sra.(Sr.) tem em casa...						
QUANTIDADE DE ITENS						
	0	1	2	3	4 ou +	
Televisão em cores	0	1	2	3	4	TV ____
Rádio	0	1	2	3	4	Rádio ____
Banheiro	0	4	5	6	7	Banho ____
Automóvel	0	4	7	9	9	Carro ____
Empregada mensalista	0	3	4	4	4	Empreg ____
Máquina de lavar	0	2	2	2	2	Mlavar ____
Vídeo cassete e/ou DVD	0	2	2	2	2	DVD ____
Geladeira	0	4	4	4	4	Gelad ____
Freezer (independente ou na geladeira duplex)	0	2	2	2	2	Freezer ____
DADOS DA/O CRIANÇA/ADOLESCENTE						
TODAS AS PERGUNTAS QUE EU VOU LHE FAZER SE REFEREM AO SEU FILHO(A). VOU LHE LEMBRAR NOVAMENTE QUE AS SUAS RESPOSTAS SÃO PARA UMA PESQUISA E NÃO SERÃO DIVULGADAS PARA NINGUÉM. VÁRIAS DELAS SERÃO SOBRE SAÚDE BUCAL.						
10) Seu(sua) filho(a) está estudando? (0) Não (1) Sim						Estuda ____
11) Ele(a) frequentou/frequenta a pré-escola em Arroio do Padre? (0) Não (1) Sim (9) IGN						Prescola ____
12) Seu(sua) filho(a) escova os dentes diariamente? (0) Não → VÁ PARA A PERGUNTA 15 (1) Sim						Escova ____
13) Quantas vezes ao dia ele/a escova os dentes? (1) 1 vez ao dia (2) 2 vezes ao dia (3) 3 vezes ao dia (4) 4 vezes ao dia (5) mais de 4 vezes ao dia (9) IGN						Freq ____
14) Ele(a) escova os dentes.... Responda SIM ou NÃO (ler opções de resposta)						
14a. Antes do café da manhã?	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN		Antescm ____
14b. Depois do café da manhã?	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN		Dpoiscm ____
14c. Depois do almoço?	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN		Dpoisal ____
14d. Após o lanche da tarde?	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN		Lanche ____
14e. Depois do jantar?	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN		Dpoisja ____
14f. Após o lanche da noite?	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN		Aposln ____
14g. Antes de dormir?	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN		Antesd ____
14h. Somente na escola?	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN		Sescol ____
14i. Em outros momentos?	(0) Não	() Sim, quais? _____				Om ____
→ VÁ PARA A PERGUNTA 16						
SE NÃO na 12: 15) Ele(a) não escova os dentes diariamente por que... Responda SIM ou NÃO (ler opções de resposta)						

15a. Não acha necessário?	(0) Não (1) Sim (9) IGN	Nneces ____
15b. Tem preguiça?	(0) Não (1) Sim (9) IGN	Tpreg ____
15c. Não tem escova ou creme dental?	(0) Não (1) Sim (9) IGN	NTesc ____
15d. Não é um hábito familiar?	(0) Não (1) Sim (9) IGN	NThab ____
15e. Outro. Qual? _____		Outro ____
→ VÁ PARA A PERGUNTA 17		
16) Em relação a escovação, seu (sua) filho (a) escova os dentes: (ler opções de resposta)		
(1) Sozinho		Escoaju ____
(2) Recebe ajuda de um adulto		
(3) Quem escova é o adulto		
(8) NSA		
(9) IGN		
17) Ele(a) utiliza fio dental (ler opções de resposta)		Fio ____
(0) Nunca (1) Às vezes (2) Sempre (9) IGN		
AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE CONSULTA COM O DENTISTA		
18) Alguma vez na vida o(a) seu(sua) filho(a) já foi ao dentista?		
(0) Não (1) Sim → → VÁ PARA A PERGUNTA 20		Dentis ____
19) A(o) Sra.(Sr.) pode me dizer por que ele(a) nunca foi ao dentista?		
(1) Achei que não precisava		Naocons ____
(2) Nunca sentiu dor		
(3) É difícil conseguir agendamento		
(4) O dentista é longe e o acesso ou transporte é difícil		
(5) Não podia pagar		
(6) Medo		
(7) Levei e não consegui atendimento		
() Outro. Qual? _____		
→ VÁ PARA A PERGUNTA 34		
20) Seu(sua) filho(a) já consultou com dentista na Unidade Básica de Saúde de Arroio do Padre?		
(0) Não → VÁ PARA A PERGUNTA 28 (1) Sim		Consubs1 ____
21) Quando foi a última vez que ele(a) consultou na Unidade Básica de Saúde de Arroio do Padre?		
(1) menos de 1 ano (2) 1 a 2 anos (3) três ou mais (9) IGN		Qultim ____
22) Qual o principal motivo da última consulta?		
(1) Consulta de rotina/Revisão		MotUICon ____
(2) Extração/arrancar o dente devido a cárie		
(3) Aplicação de flúor		
(4) Restauração ou obturação		
(5) Aberto um ou mais dentes		
(6) Curativo		
(7) Tratamento de urgência		
(8) Foi feito outro procedimento. Qual? _____		
23) Como foi o acesso a última consulta...		
(1) Agendamento (2) Urgência → VÁ PARA A PERGUNTA 25		AceCons ____
24) Em relação a última consulta quanto tempo o seu filho(a) teve que esperar desde o agendamento?		
(1) De 1 a 2 semanas		
(2) De 2 a 4 semanas		
(3) De 1 a 2 meses		
(4) Mais de 2 meses		
(9) IGN		

<p>25) Em relação ao último atendimento... (ler opções de resposta) (1) O problema foi resolvido (2) O problema não foi resolvido (3) Foi encaminhado para um especialista (4) Não tinha o material/equipamento (5) Não tinha energia elétrica (6) Outro. Qual? _____</p>	<p>UltiAtend____</p>
<p>26) Como a(o) Sra.(Sr.) avalia o último atendimento odontológico do(a) seu filho(a) na UBS do Arroio do Padre... (ler opções de resposta) (5) Muito bom (4) Bom (3) Regular (2) Ruim (1) Muito ruim</p>	<p>Avaliac ____</p>
<p>27) <u>E de modo geral</u>, como a(o) Sra.(Sr.) avalia o atendimento os profissionais de saúde bucal da UBS do Arroio do Padre? (ler opções de resposta) (5) Muito bom (4) Bom (3) Regular (2) Ruim (1) Muito ruim</p>	<p>Avaliac2 ____</p>
<p>PARA QUEM NÃO CONSULTOU NA UBS DA CIDADE:</p>	
<p>28) Por que ele(a) não consultou com o dentista da UBS? (1) porque não conseguiu atendimento (2) porque não procurou → VÁ PARA A PERGUNTA 30 (3) porque não precisou → VÁ PARA A PERGUNTA 31 () Outro. Qual? _____</p>	<p>Nconseg____</p>
<p>SE NÃO CONSEGUIU TRATAMENTO:</p>	
<p>29) Por que ele(a) não conseguiu atendimento na UBS da cidade na última vez que procurou? Me diga o principal motivo. (1) É difícil conseguir vaga/ficha (2) O equipamento não estava funcionando (3) Frequentemente falta dentista na UBS (4) Não existe dentista na UBS (5) Tinha que esperar muito naquele dia e desisti () Outro. Qual? _____</p>	<p>Nconsubs____</p>
<p>SE NUNCA PROCUROU TRATAMENTO NA UBS DE ARROIO DO PADRE:</p>	
<p>30) Por que ele(a) <u>nunca</u> procurou atendimento na UBS? Me diga o principal motivo. (1) É difícil conseguir vaga/ficha (2) O equipamento não estava funcionando (3) Frequentemente falta dentista na UBS (4) Não existe dentista na UBS (5) Tinha que esperar muito naquele dia e desisti (6) Tem dentista particular () Outro. Qual? _____</p>	<p>Nprocubs____</p>
<p>PERGUNTAR PARA TODOS:</p>	
<p>31) Quando seu (sua) filho(a) necessita ir ao dentista, qual o serviço que a Sra.(o) procura primeiro? (1) Particular (2) Convênio (3) Sindicato (4) Unidade Básica de Saúde de Arroio do Padre (9) IGN</p>	<p>ProcServ____</p>
<p>32) No último ano, desde <MÊS> do ano passado, o(a) seu(sua) filho(a) consultou com dentista em outro local fora da UBS de Arroio do Padre? (0) Não → VÁ PARA A PERGUNTA 34 (1) Sim</p>	<p>Cons ____</p>
<p>33) Este outro local que seu(sua) filho(a) consultou foi: (1) Particular (2) Convênio (3) Sindicato (4) Faculdade de Odontologia de Pelotas (5) UBS outro município (9) IGN () Outro. Qual? _____</p>	<p>Cononde____</p>

<p>SE NÃO na 32: 34) Alguma vez na vida, seu(sua) filho(a) já deixou de dormir ou dormiu mal por causa dos dentes? (0) Não (1) Sim →34a) Isto ocorreu no último ano, desde <MÊS> do ano passado? (0) Não (1) Sim</p>	<p>Dormir ___ UltDormir___</p>
<p>35) Desde <MÊS> do ano passado, seu(sua) filho(a) já teve dificuldade para comer ou sentiu dor ao tomar líquidos gelados ou quentes por causa dos dentes? (0) Não (1) Sim (9) IGN</p>	<p>Dor1 ___</p>
<p>36) Alguma vez na vida seu(sua) filho(a) já teve uma cárie no dente (ou um buraco nele)? (0) Não (1) Sim (9) IGN</p>	<p>Carie1___</p>
<p>37) Hoje, como a(o) Sra.(Sr.) considera a saúde bucal (dentes, gengiva) de seu(sua) filho(a)? (5) Muito boa (4) Boa (3) Regular → VÁ PARA A PERGUNTA 39 (2) Ruim → VÁ PARA A PERGUNTA 39 (1) Muito ruim → VÁ PARA A PERGUNTA 39</p>	<p>Percep___</p>
<p>SE MUITO BOA E BOA: 38) Na sua opinião, por que ele(a) tem a saúde bucal <ver resposta boa ou muito boa>... Responda SIM ou NÃO (ler opções) 38a. Por que tem uma boa higiene oral (escovação diária)? (0) Não (1) Sim 38b. Por que vai ao dentista regularmente? (0) Não (1) Sim 38c. Por que tem um bom hábito alimentar? (0) Não (1) Sim 38d. Por que se preocupa com a prevenção, como não ter cárie? (0) Não (1) Sim 38e. Por que é de família, todos tem boa saúde bucal? (0) Não (1) Sim 38f. Ou outro motivo. Qual? _____</p>	<p>Ho___ Uregser___ BHA___ Prev___ Fam___ Outro3___</p>
<p>SE REGULAR, RUIM OU MUITO RUIM: 39) Na sua opinião, ele(a) tem uma saúde bucal <regular, ruim, muito ruim> por que...Responda SIM ou NÃO (ler opções) 39a. Falta escovar os dentes com mais frequência? (0) Não (1) Sim 39b. Ele(a) precisa consultar mais vezes com o dentista? (0) Não (1) Sim 39c. Ele(a) deveria ter um hábito alimentar mais saudável (menos doces)? (0) Não (1) Sim 39d. É de família? (0) Não (1) Sim 39e. Ou outro motivo. Qual? _____</p>	<p>Rmr1___ Rmr2___ Rmr3___ Rmr4___ Outro4___</p>
<p>40) Neste momento, a(o) Sra.(Sr.) considera que seu(sua) filho(a) necessita de uma consulta com o dentista? (0) Não → VÁ PARA A PERGUNTA 42 (1) Sim (9) IGN</p>	<p>Necess___</p>
<p>41) Por que ele(a) necessita de uma consulta odontológica... Responda SIM ou NÃO (ler opções) 41a. Para fazer uma revisão? (0) Não (1) Sim 41b. Está com dor? (0) Não (1) Sim 41c. Tem dente(s) cariado(s)? (0) Não (1) Sim 41d. Tem sangramento na gengiva? (0) Não (1) Sim 41e. Precisa de aparelho? (0) Não (1) Sim 41f. Outro. Qual? _____</p>	<p>Rev___ Dor2___ Carie2___ Sang___ PrecApar___ Outro5___</p>
<p>SE NÃO na 40: 42) Eu vou ler alguns motivos para ele(a) não ter consultado com um dentista. Responda SIM ou NÃO ou me diga outro motivo. (ler opções) 42a. Ele(a) não tem nada, não sente nada na boca/dentes? (0) Não (1) Sim 42b. Ele(a) não pode pagar? (0) Não (1) Sim 42c. Ele(a) não tem tempo para levá-lo(a)? (0) Não (1) Sim 42d. Ele(a) não acha necessário? (0) Não (1) Sim 42e. Outro motivo não lido. Qual? _____</p>	<p>Ntn___ Npag___ Ntemp___ Nneces___ Outro6___</p>
<p>43) Alguma vez na vida, a(o) Sra.(Sr.) ou seu(sua) filho(a) recebeu orientações de como evitar problemas nos dentes e gengivas? (0) Não → VÁ PARA A PERGUNTA 46 (1) Sim</p>	<p>Orient___</p>
<p>44) Quem orientou a Sra.(Sr.)? (1) Enfermeiro (2) Médico (3) Dentista (4) Parente/amigo (5) Professor na escola (6) Agente de Saúde</p>	<p>OrientOutro___</p>

(7) Outro. Qual? _____ (9) IGN	
45) Onde ele(a) recebeu orientações de como evitar problemas nos dentes e gengivas? 45a. Unidade Básica de Saúde? (0) Não (1) Sim 45b. Particular? (0) Não (1) Sim 45c. Convênio? (0) Não (1) Sim 45d. Sindicato? (0) Não (1) Sim 45e. Faculdade de Odontologia de Pelotas? (0) Não (1) Sim 45f. Escola? (0) Não (1) Sim 45g. Outro. Qual? _____	UBS1 ____ Partic ____ Conv ____ Sind ____ Facul ____ Escol ____ Outro7 ____
46) A(O) Sra.(Sr.) fala com o(a) seu(sua) filho(a) sobre a importância de cuidar da saúde dos dentes e gengivas? (0) Não (1) Sim	Import ____
47) Seu(sua) filho(a) tem vergonha dos dentes ou do sorriso dele(a)? (0) Não → VÁ PARA A PERGUNTA 49 (1) Sim (9) IGN → VÁ PARA A PERGUNTA 49	Sorri ____
48) A(o) Sra.(Sr.) sabe me dizer o por quê? (0) Não sei (1) Porque não tem um (ou mais) dente(s) na frente (2) Porque o(s) dente(s) da frente é(são) torto(s) (3) Porque são “pra frente” (4) Porque um (ou mais) é mais escuro que os outros () Outro. Qual? _____	Vergon ____
VOU LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE A SUA SAÚDE BUCAL. AGORA AS PERGUNTAS SÃO SOBRE A(O) SRA.(SR.).	
SE NÃO OU IGN na 47: 49) Como a(o) Sra.(Sr.) considera a sua saúde bucal? (ler opções de resposta) (5) Muito bom (4) Bom (3) Regular (2) Ruim (1) Muito ruim	Sbpais ____
50) A(O) Sra.(Sr.) usa prótese, ou seja, dentadura ou ponte? (0) Não (1) Sim	Protese ____
51) Alguma vez na vida, a(o) Sra.(Sr.) já consultou com dentista na Unidade Básica de Saúde do Arroio do Padre? (0) Não → FIM DO QUESTIONÁRIO, agradeça (1) Sim	Conspa ____
52) No último ano, a(o) Sra.(Sr.) já consultou com dentista na Unidade Básica de Saúde do Arroio do Padre? (0) Não (1) Sim	UBS2 ____
NESSA ÚLTIMA PERGUNTA, A SUA OPINIÃO NÃO SERÁ IDENTIFICADA NEM TRARÁ PREJUÍZOS A UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	
53) A(O) Sra.(Sr.) gostaria de dar alguma sugestão para melhorar o serviço odontológico da Unidade Básica de Saúde do Arroio do Padre? (0) Não (1) Sim, qual? _____	Sugest ____
OBRIGADA POR TER PARTICIPADO!!!! A SUA COLABORAÇÃO É MUITO IMPORTANTE.	

ANEXO III- CÓDIGOS E CRITÉRIOS DO MANUAL DE EQUIPE DE CAMPO SB BRASIL 2010 PARA DIAGNÓSTICO E REGISTRO DE CÁRIE DENTÁRIA

Os códigos e critérios são os seguintes (para decíduos entre parênteses):

Código	Critério	Descrição
0 (A)	Coroa Hígida	<p>Não há evidência de cárie. Estágios iniciais da doença não são levados em consideração. Os seguintes sinais devem ser codificados como hígidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • manchas esbranquiçadas; • manchas rugosas resistentes à pressão da sonda OMS; • sulcos e fissuras do esmalte manchados, mas que não apresentam sinais visuais de base amolecida, esmalte socavado, ou amolecimento das paredes, detectáveis com a sonda OMS; • áreas escuras, brilhantes, duras e fissuradas do esmalte de um dente com fluorose moderada ou severa; • lesões que, com base na sua distribuição ou história, ou exame tátil/visual, resultem de abrasão. <p>Nota: Todas as lesões questionáveis devem ser codificadas como dente hígido.</p>
1 (B)	Coroa Cariada	<p>Sulco, fissura ou superfície lisa apresenta cavidade evidente, ou tecido amolecido na base ou descoloração do esmalte ou de parede ou há uma restauração temporária (exceto ionômero de vidro). A sonda OMS deve ser empregada para confirmar evidências visuais de cárie nas superfícies oclusal, vestibular e lingual. Na dúvida, considerar o dente hígido.</p> <p>Na presença de cavidade originada por cárie, mesmo sem doença no momento do exame, deve-se adotar, como regra de decisão, considerar o dente atacado por cárie, registrando-se cariado. Entretanto, este enfoque epidemiológico não implica admitir que há necessidade de uma restauração.</p> <p>Nota: Quando a coroa está completamente destruída pela cárie, restando apenas a raiz, deve-se registrar o código "1" apenas na casela correspondente à coroa e o código "9" na casela da raiz.</p>
2 (C)	Coroa restaurada com cárie	<p>Há uma ou mais restaurações e ao mesmo tempo uma ou mais áreas estão cariadas. Não há distinção entre cáries primárias e secundárias, ou seja, se as lesões estão ou não em associação física com a(s) restauração(ões).</p>
3 (D)	Coroa restaurada sem cárie	<p>Há uma ou mais restaurações definitivas e inexistente cárie primária ou recorrente. Um dente com coroa colocada devido à cárie inclui-se nesta categoria. Se a coroa resulta de outras causas, como suporte de prótese, é codificada como 7 (H).</p> <p>Nota: Com relação aos códigos 2(C) e 3(D), apesar de ainda não ser uma prática consensual, a presença de ionômero de vidro em qualquer elemento dentário será considerada, neste estudo, como condição para elemento <i>restaurado</i></p>
4 (E)	Dente perdido devido à cárie	<p>Um dente permanente ou decíduo foi extraído por causa de cárie e não por outras razões. Essa condição é registrada na casela correspondente à coroa. No caso de dentes decíduos, deve-se aplicar apenas quando o indivíduo está numa faixa etária na qual a esfoliação normal não constitui justificativa suficiente para a ausência.</p> <p>Nesses casos, o código registrado na casela correspondente à raiz é 9 ou 7 (quando tiver um implante no lugar). Em algumas idades pode ser difícil distinguir entre dente não irrompido (código 8) e dente perdido (códigos 4 ou 5). Fazer relações (cronologia da erupção, experiência de cárie etc.) pode ajudar na tomada de decisão.</p>

5 (F)	Dente perdido por outra razão	Ausência se deve a razões ortodônticas, periodontais, traumáticas ou congênitas. Nesses casos, o código registrado na casela correspondente à raiz é “7” ou “9”. O código para decíduos (F) nestes casos deverá ser utilizado com certa cautela, uma vez que, a partir dos 5 anos, geralmente o espaço vazio se deve à exfoliação natural, devendo ser codificado como coroa não erupcionada (código “8”).
6 (G)	Selante	Há um selante de fissura ou a fissura oclusal foi alargada para receber um compósito. Se o dente possui selante e está cariado, prevalece o código 1 ou B (cárie). Nota: Embora na padronização da OMS haja referência apenas à superfície oclusal, deve-se registrar a presença de selante localizado em qualquer superfície.
7 (H)	Apoio de ponte ou coroa	Indica um dente que é parte de uma prótese fixa. Este código é também utilizado para coroas instaladas por outras razões que não a cárie ou para dentes com facetas estéticas. Dentes extraídos e substituídos por um elemento de ponte fixa são codificados, na casela da condição da coroa, como 4 ou 5, enquanto o código 9 deve ser lançado na casela da raiz. Implante: Registrar este código (7) na casela da raiz.
8 (K)	Coroa não-erupcionada	Quando o dente permanente ou decíduo ainda não foi erupcionado, atendendo à cronologia da erupção. Não inclui dentes perdidos por problemas congênitos, trauma etc.
T-T	Trauma (fratura)	Parte da superfície coronária foi perdida em consequência de trauma e não há evidência de cárie. Restaurações decorrentes de fratura coronária devem ser registrados como Trauma (T).
9 (L)	Dente excluído	Aplicado a qualquer dente permanente que não possa ser examinado (bandas ortodônticas, hipoplasias severas etc.). Quando há 5 ou mais dentes com bandas o portador será excluído da amostra. Braquetes, em qualquer número, não inviabilizam os exames e, assim, não constituem obstáculo para aproveitamento do elemento amostral.

ANEXO IV - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS MESTRADO PROFISSIONAL SAÚDE PÚBLICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o(a) Sr.(a) para participar da pesquisa *Avaliação da Experiência de Cárie e Utilização do Serviço Público Odontológico em Arroio do Padre (RS)*, sob a responsabilidade do pesquisador Ida Beatriz Müller. O estudo compreende um levantamento sobre o índice de ceo-d e CPO-D em crianças de cinco anos e adolescentes com doze anos, residentes neste município e o uso do serviço odontológico gratuito.

Sua participação é voluntária e se dará através respostas a um instrumento (questionário) dirigido aos pais (ou responsáveis) sobre as condições de saúde bucal do(a) seu(sua) filho(a). Com sua permissão, ele/ela serão examinados na escola por uma dentista e um auxiliar para saber quantos dentes estão cariados, já foram tratados ou perdidos. O(A) Sr(a). será informado(a) sobre os problemas encontrados na boca e dentes de seu filho(a) apresentar e, se necessário, ele(a) será encaminhado a um serviço de saúde bucal. Se o(a) Sr.(a) aceitar participar, estará contribuindo para conhecimento da saúde bucal e aprimoramento do serviço público odontológico.

Se depois de consentir o(a) Sr.(a) desistir de continuar participando, deve ficar claro que terá a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase do estudo, independente do motivo e sem que essa atitude lhe traga algum prejuízo. Saliento que participar da pesquisa não lhe acarretará qualquer despesa. Ao ser diagnosticada alguma necessidade de tratamento em saúde bucal, o(a) Sr.(a) será comunicada e seu(sua) filho(a) receberá encaminhamento para o serviço de saúde, podendo recebê-lo no serviço público local em dia e hora previamente combinados.

Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade e de seu(sua) filho(a) não será divulgada, a confidencialidade será garantida. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Pelotas. Para qualquer outra informação, entre em contato com a pesquisadora (Ida Müller) no endereço: Rua Av.17 de abril, 196 ou pelo telefone (53) 3224-9139.

Nome do participante:

Assinatura do participante ou Identificação dactiloscópica

Assinatura do Pesquisador Responsável Data: ___/ ___/ 2013.

ANEXO V – MANUAL DE INSTRUÇÃO UTILIZADO PELOS ENTREVISTADORES DURANTE O TRABALHO DE CAMPO.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
MESTRADO PROFISSIONAL
SAÚDE PÚBLICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS**



MANUAL DE INSTRUÇÕES PARA ENTREVISTA

PESQUISA: AVALIAÇÃO DA EXPERIÊNCIA DE CÁRIE E UTILIZAÇÃO DO SERVIÇO PÚBLICO ODONTOLÓGICO EM ARROIO DO PADRE (RS)

MESTRANDA: Ida Beatriz Müller

ORIENTADORA: Prof^a. Helen Gonçalves

COORIENTADORES: Prof. Eduardo Dickie de Castilhos e Maria Beatriz J. de Camargo

PELOTAS – RS

2013

ORIENTAÇÕES GERAIS PARA ENTREVISTA E PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

- Posicione-se de preferência frente a frente com a pessoa entrevistada, **evitando que ela procure ler as questões durante a entrevista.**
- O questionário deve ser **preenchido a lápis** e com muita atenção, usando borracha para as devidas correções.
- As letras e números devem ser escritos de maneira **absolutamente legível**, sem deixar margem para dúvidas. Lembre-se! Tudo isto vai ser relido e digitado. De preferência, use letra de forma.
- Em especial, o **1 não tem aba**, nem pé. Faça um **cinco bem diferente do nove!** O **oito são duas bolinhas.**
- **Não use abreviações ou siglas**, a não ser que tenham sido fornecidas pelo manual.
- **Nunca deixe respostas em branco**, a não ser as dos pulos indicados no questionário. Faça um risco diagonal no bloco que está sendo pulado e siga em frente.
- Caso a resposta seja **“OUTRO”**, **especificar o que foi respondido no espaço reservado, segundo as palavras do informante.**
- **Nunca passe para a próxima pergunta se tiver alguma** dúvida sobre a questão que acabou de ser respondida. Se necessário, peça para que se repita a resposta. **Não registre a resposta se não estiver absolutamente seguro** de ter entendido o que foi dito pelo (a) entrevistado(a). Quando você tiver dúvida sobre a resposta ou a informação parecer pouco confiável, tentar esclarecer com o respondente, e se necessário, anote a resposta por extenso.
- Ao final de cada página do questionário, **procure verificar se todas as perguntas da página foram respondidas.**
- **Nunca confie em sua memória** e não deixe para registrar nenhuma informação depois da entrevista. Não encerre a entrevista com dúvidas ou espaços ainda por preencher.

MUITO IMPORTANTE

- AS INSTRUÇÕES NOS QUESTIONÁRIOS EM **ITÁLICO** SERVEM APENAS PARA ORIENTAR A(O) ENTREVISTADORA(O), NÃO DEVENDO SER PERGUNTADAS OU LIDAS PARA O ENTREVISTADO.
- AS PALAVRAS EM **NEGRITO** DEVEM SER LIDAS PARA O ENTREVISTADO FAZENDO-SE PRÉVIA PAUSA.
- As perguntas devem ser feitas exatamente como estão escritas, sendo que o que estiver escrito em **ITÁLICO**, **NÃO** deve ser lido. Caso o respondente não entenda a pergunta, repita uma segunda vez exatamente como está escrita. Em último caso, enunciar todas as opções, tendo o cuidado de não induzir a resposta..
- Caso seja necessário fazer algum cálculo, **não** o faça durante a entrevista, pois, a chance de erro é maior. Anote as informações por extenso e calcule posteriormente.

LEMBRE-SE:

Nunca deixe respostas em branco. Aplique os códigos especiais quando for o caso:

- **NÃO SE APLICA (NSA)** = Este código deve ser usado quando a pergunta não pode ser aplicada para aquele caso.
- **IGNORADA (IGN)** = Este código deve ser usado quando o informante não souber responder ou não lembrar. Antes de aceitar uma resposta como **ignorada** deve-se tentar obter uma resposta mesmo que aproximada. Se esta for vaga ou duvidosa, anotar por extenso. Use a resposta “ignorado” somente em último caso.
- **__ FAÇA UM TRAÇO** quando a opção **Outro, qual?** não for respondida pelo entrevistado(a).

ORIENTAÇÕES ESPECÍFICAS PARA ENTREVISTA E PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

Primeiramente:

Perguntar e anotar nome da criança ou adolescente

Dados a serem observados e anotados: sexo e idade da criança ou adolescente

Ler texto de identificação do entrevistador:

Esta é uma pesquisa sobre a **Avaliação da Experiência de Cárie e Utilização do Serviço Público Odontológico em Arroio do Padre (RS)**, sob a responsabilidade da dentista Ida Beatriz Müller. As respostas deste questionário são de caráter sigiloso e o nome do seu filho também será preservado. Solicito que a Sra. (Sr.) responda da maneira mais exata possível. A sua entrevista é muito importante. Podemos conversar?

LER O ENUNCIADO:

EU VOU COMEÇAR LHE PERGUNTANDO ALGUMAS COISAS A RESPEITO DA SUA FAMÍLIA E SOBRE A(O) SRA.(SR.)

PERGUNTA 1: Qual o seu parentesco com a criança ou adolescente?

Marcar a resposta ou assinalar outro parente e anotar a resposta.

PERGUNTA 2: Qual a última série que a(o) Sra.(Sr.) cursou com

aprovação? Anotar a série e grau ou se não entender, perguntar novamente e, depois de compreendido, anotar o que o entrevistado relatou.

PERGUNTA 3: A(o) Sra.(Sr.). é... (situação conjugal) ler opções de resposta.

Se assinalar a opção outra situação, anotar a resposta como foi mencionada, desde que ela seja clara para uma codificação posterior.

PERGUNTA 4: Quantas pessoas moram na sua casa (do jovem/criança)?

Considere MORADOR (IBGE, 2011) a pessoa que tem o domicílio como local habitual de residência e que, na data de referência, estava presente ou ausente

por período não superior a 12 meses em relação àquela data, por um dos seguintes motivos:

- Viagens: a passeio, a serviço, a negócio, de estudos etc.;
- Internação em estabelecimento de ensino ou hospedagem em outro domicílio, pensionato, república de estudantes, visando a facilitar a frequência à escola durante o ano letivo;
- Detenção sem sentença definitiva declarada;
- Internação temporária em hospital ou estabelecimento similar;
- Embarque a serviço (militares, petroleiros etc.).

Anotar o número de pessoas moradoras, para números com menos de dois dígitos, colocar o zero (0), antes do número, exemplo: 02, 03...

PERGUNTA 5: Quem é a(o) chefe da sua família? (*Parentesco sempre com a criança*) Chefe da família (IBGE, 2011) é a pessoa responsável pelo domicílio ou assim considerada pelos demais moradores. Em caso de dúvida ler a definição de chefe da família e aguardar a resposta.

PERGUNTA 6: A(o) chefe da família estudou até que série e grau? Estes códigos são da ABEP (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa) Assinalar a opção correspondente a escolaridade referida.

PERGUNTA 7: A Sra.(Sr.) ou a(o)chefe da família recebe bolsa família? Assinalar a opção de resposta que equivale à faixa que contempla o valor mencionado.

PERGUNTA 8: No mês passado, quanto receberam, em reais, juntas, todas as pessoas que moram na sua casa incluindo salários, bolsa família, pensão, aluguel, aposentadoria ou outros rendimentos? Ler as alternativas. Caso receba por safra, perguntar o valor total recebido e dividir por 12 meses. O valor total pode ser anotado e, posteriormente, feito o cálculo.

PERGUNTA 9: A(o) Sra.(Sr.) tem em casa... Ler o enunciado da pergunta, citar os itens, perguntando quantos tem em casa e assinalar a resposta. Observar a linha onde diz quantidade de bens, há possibilidade de nenhum (0), 1, 2, 3, 4 ou + e marcar a resposta. Estar atento as normas da ABEP, anexas no final deste manual.

LER O ENUNCIADO:

TODAS AS PERGUNTAS QUE EU VOU LHE FAZER SE REFEREM AO SEU FILHO(A). VOU LHE LEMBRAR NOVAMENTE QUE AS SUAS RESPOSTAS SÃO PARA UMA PESQUISA E NÃO SERÃO DIVULGADAS PARA NINGUÉM. VÁRIAS DELAS SERÃO SOBRE SAÚDE BUCAL.

PERGUNTA 10: Seu(sua) filho(a) está estudando? Queremos saber se ele está atualmente, em 2013, estudando. Se estiver em licença temporária, por doença ou outro motivo, anote que Sim e escreva atestado ao lado da pergunta no questionário.

PERGUNTA 11: Ele(a) frequentou/frequenta a pré-escola em Arroio do Padre? Assinalar a resposta. Não esqueça que queremos saber frequentou em Arroio do Padre.

PERGUNTA 12: Seu(sua) filho(a) escova os dentes diariamente? Marcar a resposta. Observar pulo. Só anote sim se de fato o/a responsável disser que sim. Se responder que não é sempre (todos os dias), assinale a opção (0) Não.

PERGUNTA 13: Quantas vezes ao dia ele/a escova os dentes? Aguardar resposta e assinalar.

PERGUNTA 14: Ele(a) escova os dentes.... Solicitar que o entrevistado responda SIM ou NÃO e ler opções de resposta.

SE NÃO na 12: PERGUNTA 15: Ele(a) não escova os dentes diariamente por que... Solicitar que o entrevistado responda SIM ou NÃO e ler as opções de resposta que expliquem porque os dentes não são escovados diariamente. Se houver outro motivo, anotar de forma clara para codificação posterior.

PERGUNTA 16: Ele(a) utiliza fio dental diariamente? Assinalar a resposta. O (1) Sim deve ser assinalado se de fato for diariamente.

LER O ENUNCIADO: AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE CONSULTA COM O DENTISTA

PERGUNTA 17: Alguma vez na vida o(a) seu(sua) filho(a) já foi ao dentista? Antes de fazer esta pergunta, ler o enunciado. Marcar a resposta. Observar pulo. Lembre-se que é na vida e não nos últimos meses ou anos.

PERGUNTA 18: A(o) Sra.(Sr.) pode me dizer por que ele(a) nunca foi ao dentista? Aguardar a resposta, caso não tenha a opção correspondente, anotar o motivo. Observar pulo correto.

PERGUNTA 19: Seu(sua) filho(a) já consultou com dentista na Unidade Básica de Saúde de Arroio do Padre? Marcar a resposta. Observar pulo para a opção (0) Não.

PERGUNTA 20: Quando foi a última vez que ele(a) consultou na Unidade Básica de Saúde de Arroio do Padre? Aguardar resposta e assinalar o tempo correto.

PERGUNTA 21: Na última consulta com o dentista da UBS de Arroio do Padre, foi ... Ler opções de resposta e marcar. Queremos saber o procedimento realizado na criança/adolescente na última consulta com o dentista.

PERGUNTA 22: Como a(o) Sra.(Sr.) avalia o último atendimento odontológico do(a) seu filho(a) na UBS do Arroio do Padre... Ler opções de resposta e marcar. Importante ter o cuidado de fazer a mesma entonação ao ler para cada uma das opções de resposta.

PERGUNTA 23: E de modo geral, como a(o) Sra.(Sr.) avalia o atendimento odontológico na UBS do Arroio do Padre? Ler opções de resposta. Idem instrução acima (entonação igual).

PARA QUEM NÃO CONSULTOU NA UBS DA CIDADE:

PERGUNTA 24: Por que ele(a) não consultou com o dentista da UBS? Ler a questão e aguardar a resposta. Anotar de forma legível e compreensível o motivo, caso não exista a opção de resposta do entrevistado. Observar pulos.

SE NÃO CONSEGUIU TRATAMENTO:

PERGUNTA 25: Por que ele(a) não conseguiu atendimento na UBS da cidade na última vez que procurou? Me diga o principal motivo. Ler a questão e aguardar a resposta. Anotar de forma legível e compreensível o motivo, caso não exista a opção de resposta do entrevistado.

SE NUNCA PROCUROU TRATAMENTO NA UBS DE ARROIO DO PADRE:

PERGUNTA 26: Por que ele(a) nunca procurou atendimento na UBS? Me diga o principal motivo. Ler a questão e aguardar a resposta. Anotar de forma legível e compreensível o motivo, caso não exista a opção de resposta do entrevistado.

PERGUNTAR PARA TODOS:

PERGUNTA 27: No último ano, desde <MÊS> do ano passado, o(a) seu(sua) filho(a) consultou com dentista em outro local fora da UBS de Arroio do Padre? Assinalar sim ou não. Observar pulo. Lembre-se que queremos saber se o(a) filho(a) foi em outra UBS além do município. A palavra *MÊS* deve ser substituída pelo mês atual.

PERGUNTA 28: No último ano, desde <MÊS> do ano passado, o(a) seu(sua) filho(a) consultou com dentista particular, convênio, sindicato ou outro? Se necessário, marcar mais de uma resposta ou ainda anotar se a consulta foi em outro local que não tenha nas alternativas. A palavra *MÊS* deve ser substituída pelo mês atual.

SE NÃO na 27: PERGUNTA 29: No último ano, desde <MÊS> do ano passado, seu(sua) filho(a) consultou com dentista em outra cidade? Assinalar sim ou não. Observar pulo. A palavra *MÊS* deve ser substituída pelo mês atual.

PERGUNTA 30: Esta consulta foi com dentista particular, convênio, sindicato, na Faculdade de Odontologia de Pelotas ou outro? Se necessário, marcar mais de uma resposta ou ainda anotar se a consulta foi em outro local, qual local: particular, convênio, sindicato ou escola + a cidade.

SE NÃO na 29: PERGUNTA 31: Alguma vez na vida, seu(sua) filho(a) já deixou de dormir ou dormiu mal por causa dos dentes? Marcar (1) Sim ou (0) Não, Dormir mal significa sentir incomodo relacionado à um problema com a dentição. Não esqueça que a pergunta refere-se à vida e não aos últimos anos ou meses.

PERGUNTA 31a: Isto ocorreu no último ano, desde <MÊS> do ano passado? Se sim na pergunta 31 verificar se foi no último ano (últimos doze meses). A palavra *MÊS* deve ser substituída pelo mês atual.

PERGUNTA 32: Desde <MÊS> do ano passado, seu(sua) filho(a) já teve dificuldade para comer ou sentiu dor ao tomar líquidos gelados ou quentes por causa dos dentes? Assinalar a resposta. Não esqueça que a pergunta refere-se aos últimos doze meses. A palavra *MÊS* deve ser substituída pelo mês atual.

PERGUNTA 33: Alguma vez na vida seu(sua) filho(a) já teve uma cárie no dente (ou um buraco nele)? Assinalar a resposta. Não esqueça que a pergunta refere-se à vida e não aos últimos anos ou meses.

PERGUNTA 34: Hoje, como a(o) Sra.(Sr.) considera a saúde bucal (dentes, gengiva) de seu(sua) filho(a)? Ler opções de resposta. Observar pulo. Não mude a entonação durante a leitura das opções de resposta. Ela poderá induzir o respondente.

SE MUITO BOA E BOA:

PERGUNTA 35: Na sua opinião, por que ele(a) tem a saúde bucal <boa ou muito boa>... Responda SIM ou NÃO Ler opções de resposta. Assinale uma resposta em cada perguntas. Não deixe as perguntas sem respostas.

SE REGULAR, RUIM OU MUITO RUIM:

PERGUNTA 36: Na sua opinião, ele(a) tem uma saúde bucal<regular, ruim, muito ruim> por que...Responda SIM ou NÃO. Ler opções de resposta. Assinale uma resposta em cada perguntas. Não deixe as perguntas sem respostas.

PERGUNTA 37: Neste momento, a(o) Sra.(Sr.) considera que seu(sua) filho(a) necessita de uma consulta com o dentista? Assinalar a resposta. Observar pulo.

PERGUNTA 38: Por que ele(a) necessita de uma consulta odontológica... Responda **SIM** ou **NÃO** Ler opções de resposta. Assinale uma resposta em cada perguntas. Não deixe as perguntas sem respostas.

SE NÃO na 37: **PERGUNTA 39:** Eu vou ler alguns motivos para ele(a) não ter consultado com um dentista. Responda **SIM** ou **NÃO** ou me diga outro motivo. Ler opções de resposta. Assinale uma resposta em cada perguntas. Não deixe as perguntas sem respostas.

PERGUNTA 40: Alguma vez na vida, a(o) Sra.(Sr.) ou seu(sua) filho(a) recebeu orientações do dentista, de como evitar problemas nos dentes e gengivas? Assinalar sim ou não. Observar pulo.

PERGUNTA 41: Onde ele(a) recebeu orientações do dentista de como evitar problemas nos dentes e gengivas? Responda sim ou não. Ler opções de resposta. Assinale uma resposta em cada perguntas. Não deixe as perguntas sem respostas.

PERGUNTA 42: A(O) Sra.(Sr.) fala com o(a) seu(sua) filho(a) sobre a importância de cuidar da saúde dos dentes e gengivas? Assinalar (1) Sim ou (0) Não.

PERGUNTA 43: Seu(sua) filho(a) tem vergonha dos dentes ou do sorriso dele(a)? Assinalar a resposta. Observar pulo.

PERGUNTA 44: A(o) Sra.(Sr.) sabe me dizer o por quê? Aguardar a resposta. Preencher a opção outro caso o(a) entrevistado(a) mencione outro motivo. Escreva de forma compreensível para o pesquisador poder codificar.

LER PAUSADAMENTE: VOU LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE A SUA SAÚDE BUCAL. AGORA AS PERGUNTAS SÃO SOBRE A(O) SRA.(SR.).

SE NÃO OU IGN na 43: **PERGUNTA 45:** Como a(o) Sra.(Sr.) considera a sua saúde bucal? Ler opções de resposta. Cuide sua entonação durante a leitura das respostas.

PERGUNTA 46: A(O) Sra.(Sr.) usa prótese, ou seja, dentadura ou ponte? Ler o enunciado antes da pergunta 46. Assinalar (1) Sim ou (0) Não. Em caso de dúvida anote e fale com o supervisor logo após a aplicação do instrumento.

PERGUNTA 47: Alguma vez na vida, a(o) Sra.(Sr.) já consultou com dentista na Unidade Básica de Saúde do Arroio do Padre? Marcar sim ou não. Se a resposta for não, agradecer o entrevistado e encerrar o questionário.

PERGUNTA 48: No último ano, a(o) Sra.(Sr.) já consultou com dentista na Unidade Básica de Saúde do Arroio do Padre? Marcar (1) Sim ou (0) Não.

LER PAUSADAMENTE: NESSA ÚLTIMA PERGUNTA, A SUA OPINIÃO NÃO SERÁ IDENTIFICADA NEM TRARÁ PREJUÍZOS A UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

PERGUNTA 49: A(O) Sra.(Sr.) gostaria de dar alguma sugestão para melhorar o serviço odontológico da Unidade Básica de Saúde do Arroio do Padre? Marcar (1) Sim ou (0) Não, se sim anotar de forma compreensível a sugestão.

ANEXO VI – MANUAL DE INSTRUÇÕES PARA OS EXAMINADORES.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
MESTRADO PROFISSIONAL
SAÚDE PÚBLICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS**



MANUAL DE INSTRUÇÕES PARA EXAMINADORES

**PESQUISA: AVALIAÇÃO DA EXPERIÊNCIA DE CÁRIE E UTILIZAÇÃO DO
SERVIÇO PÚBLICO ODONTOLÓGICO EM ARROIO DO PADRE (RS)**

MESTRANDA: Ida Beatriz Müller

ORIENTADORA: Prof^a. Helen Gonçalves

**COORIENTADORES: Prof. Eduardo Dickie de Castilhos e Maria
Beatriz J. de Camargo**

PELOTAS – RS

2013

MANUAL DE CALIBRAÇÃO DE EXAMINADORES

Calibração

A despeito das críticas que podem ser feitas ao termo *calibração* (é uma expressão usada na indústria, ou seja, calibram-se máquinas, não pessoas), pela consagração de seu uso em epidemiologia bucal, ele será utilizado neste manual como o **processo que visa estabelecer padrões uniformes para o exame epidemiológico em saúde bucal e determina parâmetros aceitáveis de consistência interna e externa aos examinadores.**

Objetivos da Calibração

Em linhas gerais, pode-se dizer que os principais objetivos da calibração de examinadores em levantamentos epidemiológicos são (WHO, 1993):

- Assegurar uma interpretação, entendimento e aplicação uniformes dos critérios para as doenças e condições a serem observadas e registradas.
- Assegurar que cada examinador possa examinar dentro de um padrão consistente.
- Minimizar variações entre os diferentes examinadores, ou seja, trata-se de proporcionar consistência aos exames epidemiológicos realizados por um ou mais examinadores. Para isso, é importante que eles adotem na maioria das observações o mesmo critério, atuando como se fossem um único examinador.

Concordância Interexaminador

A equipe deve funcionar de modo a examinar sempre a partir de um mesmo critério, concordando, o máximo possível, em seus diagnósticos. A equipe deve examinar um mesmo grupo de indivíduos e os resultados devem ser comparados entre si. É sempre bom lembrar que o objetivo da calibração interexaminador não é estabelecer quem está certo e quem está errado, mas verificar quais examinadores estão diferindo de forma mais significativa, reduzindo a variabilidade entre eles. Uma vez detectadas grandes discrepâncias, todo o exercício deve ser repetido, permanecendo na equipe apenas aqueles examinadores que apresentarem um grau de consistência aceitável com a equipe.

Biossegurança

Proceder conforme os preceitos de biossegurança é um imperativo. Todos os membros da equipe de campo (examinadores e anotadores) devem estar permanentemente atentos e desenvolver práticas coerentes e adequadas em relação à sua proteção e dos que se submetem aos exames. As principais medidas, na presente investigação, incluem:

- lavar as mãos no início e no final de cada sessão/período de exames, ou quando for necessário;
- usar, luvas e máscara. Óculos e gorros são facultativos;
- descartar as luvas no saco de lixo apropriado;
- não manipular objetos como lápis, borrachas, fichas, pranchetas etc, durante o exame. Durante o exame tais objetos devem ser utilizados *apenas pelo anotador*;

- pegar o instrumental, fazer o exame e descartá-lo no recipiente adequado, devidamente identificado.

Índices dos Agravos Bucais

É indispensável que examinadores participantes de uma pesquisa epidemiológica compreendam que, neste tipo de investigação, a avaliação de uma determinada condição (diagnóstico, p.ex.) obedece a padrões de julgamento profissional diferentes dos padrões adotados na clínica.

O fundamental, na avaliação com fins epidemiológicos, é tomar decisões com base nos critérios definidos *a priori* para todos os examinadores, independentemente das suas convicções clínicas pessoais. A epidemiologia não existe sem a clínica, mas a epidemiologia é diferente da clínica. Nesta, há preocupações compreensíveis quanto à exatidão e maior precisão possível (do diagnóstico, p.ex.), o que *não* se constitui em exigência da epidemiologia, cuja preocupação maior é que diferentes examinadores julguem casos semelhantes com a maior uniformidade possível.

Deve ficar claro que não se trata de “improvisação” ou que “a teoria na prática é outra”. O que ocorre é que há diferenças de *significado* em determinadas ações *aparentemente* iguais às realizadas no contexto da clínica. É fundamental que as diferenças entre *exame clínico* e *exame epidemiológico* sejam bem compreendidas, uma vez que têm grande importância prática.

No exame clínico o CD está preocupado com a *terapia* que se seguirá ao diagnóstico. No exame epidemiológico o examinador, mesmo quando registra as necessidades de tratamento, não está, no momento do exame, preocupado com a terapia, mas com o que uma determinada condição significa para um grupo populacional, de acordo com certos padrões definidos anteriormente para cada pesquisa.

Os exames serão feitos utilizando-se espelho bucal plano e a sonda da OMS (sonda CPI) para levantamentos epidemiológicos, sob luz natural, com o examinador e a pessoa examinada sentados. Preferencialmente, o local para realização dos exames deve ser bem iluminado e ventilado.

A sequência de exames deve iniciar no primeiro molar permanente até o incisivo central do hemiarco superior direito (do 16 ao 51), passando em seguida ao incisivo central do hemiarco superior esquerdo e indo até o primeiro molar (do 61 ao 26), indo para o hemiarco inferior esquerdo (do 36 ao 71) e, finalmente, concluindo com o hemiarco inferior direito (do 81 ao 46).

CÁRIE DENTÁRIA

Os **códigos** e **critérios** são os seguintes:

0 - Superfície Hígida.

Não há evidência de cárie. Estágios iniciais da doença não são levados em consideração. Os seguintes sinais devem ser codificados como *hígidos*:

- manchas esbranquiçadas;
- descolorações ou manchas rugosas resistentes à pressão da sonda CPI;

- sulcos e fissuras do esmalte manchados, mas que não apresentam sinais visuais de base amolecida, esmalte socavado, ou amolecimento das paredes, detectáveis com a sonda CPI;
- áreas escuras, brilhantes, duras e fissuradas do esmalte de um dente com fluorose moderada ou severa;
- lesões que, com base na sua distribuição ou história, ou exame tátil/visual, resultem de abrasão.

Nota: Todas as lesões questionáveis devem ser codificadas como **superfície hígida**.

1 - Superfície Cariada.

Sulco, fissura ou *superfície lisa* apresenta cavidade evidente, ou tecido amolecido na base ou descoloração do esmalte ou de parede ou há uma restauração temporária (exceto ionômero de vidro). A sonda CPI deve ser empregada para confirmar evidências visuais de cárie nas superfícies oclusal, vestibular e lingual.

Na dúvida, considerar o dente hígido.

Nota: Na *presença de cavidade* originada por cárie, mesmo sem doença *no momento do exame*, a FSP-USP adota como regra de decisão considerar o dente *atacado por cárie*, registrando-se **cariado**.

2 - Superfície Restaurada e Cariada.

Há uma ou mais restaurações e ao mesmo tempo uma ou mais áreas estão cariadas. Não há distinção entre cáries primárias e secundárias, ou seja, se as lesões estão ou não em associação física com a(s) restauração(ões).

3 - Superfície Restaurada e Sem Cárie.

Há uma ou mais restaurações definitivas e inexistente cárie primária ou recorrente. Um dente com *coroa colocada devido à cárie* inclui-se nesta categoria, anotando se restaurado para todas as superfícies.

Nota: Com relação aos códigos 2 e 3, apesar de ainda não ser uma prática consensual, a presença de ionômero de vidro em qualquer superfície dentária será considerada, neste estudo, como condição para elemento restaurado.

4 - Dente Perdido Devido à Cárie.

Um dente permanente ou decíduo foi extraído *por causa* de cárie e não por outras razões. Essa condição é registrada para todas as superfícies correspondente ao dente em questão. *Dentes decíduos:* aplicar apenas quando o indivíduo está numa faixa etária na qual a esfoliação normal não constitui justificativa suficiente para a ausência.

5 - Dente Perdido por Outra Razão.

Ausência se deve a razões ortodônticas, periodontais, traumáticas ou congênitas.

6 - Selante.

Há um selante de fissura ou a fissura oclusal foi alargada para receber um compósito. Se a superfície possui selante e está cariado, prevalece o código 1 (cárie).

Nota: Embora na padronização da OMS haja referência apenas à superfície oclusal, deve-se registrar a presença de selante localizado em qualquer superfície.

7- Apoio de Ponte ou Coroa

Indica um dente que é parte de uma prótese fixa. Este código é também utilizado para coroas instaladas por outras razões que não a cárie ou para dentes com facetas estéticas. Dentes extraídos e substituídos por um elemento de ponte fixa são codificados, na casela da condição da coroa, como **4** ou **5**.

8- Coroa Não Erupcionada.

Quando o dente permanente ou decíduo ainda não foi erupcionado, atendendo à cronologia da erupção. Não inclui dentes perdidos por problemas congênitos, trauma etc.

T - Trauma (Fratura).

Parte da superfície coronária foi perdida em consequência de trauma e não há evidência de cárie. Se existir presença de trauma e a superfície também estiver cariada, prevalecer o código para a condição de cárie.

9 - Dente Excluído.

Aplicado a qualquer superfície do dente decíduo que não possa ser examinada (bandas ortodônticas, hipoplasias severas etc.).

QUADRO-RESUMO DOS CÓDIGOS PARA CÁRIE DENTÁRIA (ceo-d e CPO-D)

CÓDIGO			CONDIÇÃO/ESTADO
DENTES DECÍDUOS	DENTES PERMANENTES		
Coroa	Coroa		
A	0		HÍGIDO
B	1		CARIADO
C	2		RESTAURADO MAS COM CÁRIE
D	3		RESTAURADO E SEM CÁRIE
E	4		PERDIDO DEVIDO À CÁRIE
F	5		PERDIDO POR OUTRAS RAZÕES
G	6		APRESENTA SELANTE
H	7		APOIO DE PONTE OU COROA
K	8		NÃO ERUPCIONADO - RAIZ NÃO EXPOSTA
T	T		TRAUMA (FRATURA)
L	9		DENTE EXCLUÍDO

Códigos e critérios do Manual de Equipe de Campo para necessidade de tratamento (SB Brasil 2010)

Imediatamente após registrar as condições da coroa, e antes de passar ao espaço dentário seguinte, deve-se registrar o tratamento indicado. Quando não houver necessidade de tratamento, um “0” deve ser registrado no espaço correspondente. Isso precisa ser feito sempre, para evitar dificuldades no posterior processamento dos dados, uma vez que, não havendo registro, não será possível ao digitador saber o que aconteceu (se não há necessidade ou se o anotador esqueceu-se de preencher a casela).

Os códigos e critérios para as necessidades de tratamento são:

Código	Critério	Descrição
0	Nenhum tratamento	A coroa e a raiz estão híginas, ou o dente não pode ou não deve ser extraído ou receber qualquer outro tratamento.
1	Restauração de uma superfície dentária	Quando é exigido, para a recuperação da estrutura dentária, uma restauração de qualquer tipo que envolva apenas uma face do dente.
2	Restauração de duas ou mais superfícies dentárias	Quando é exigido, para a recuperação da estrutura dentária, uma restauração de qualquer tipo que envolva duas ou mais faces do dente.
3	Coroa por qualquer razão	Quando o dente necessita de uma cobertura coronária, seja por trauma, cárie ou causa desconhecida.
4	Faceta estética	Quando a superfície dentária está destruída ou com comprometimento estético que exija um tratamento com facetas laminadas.
5	Tratamento pulpar e restauração	O dente necessita tratamento endodôntico previamente à colocação da restauração ou coroa, devido à cárie profunda e extensa, ou mutilação ou trauma. Nota: Nunca se deve inserir a sonda no fundo de uma cavidade para confirmar a presença de uma provável exposição pulpar.
6	Extração	Um dente é registrado como indicado para extração, dependendo das possibilidades de tratamento disponíveis, quando: <ul style="list-style-type: none"> • a cárie destruiu o dente de tal modo que não é possível restaurá-lo; • a doença periodontal progrediu tanto que o dente está com mobilidade, há dor ou o dente está sem função e, no julgamento clínico do examinador, não pode ser recuperado por tratamento periodontal; • um dente precisa ser extraído para confecção de uma prótese; ou • a extração é necessária por razões ortodônticas ou estéticas, ou devido à impactação.
7	Remineralização de mancha branca	Quando o dente apresenta mancha branca ativa que necessite de tratamento remineralizador à base de flúor ou outro composto.

8	Selante	<p>A indicação de selantes de fósulas e fissuras não é uma unanimidade entre os cirurgiões-dentistas, havendo profissionais que não o indicam em nenhuma hipótese. Nesta pesquisa a necessidade de selante será registrada. Sua indicação, conforme regra de decisão adotada pela FSP-USP, será feita na presença simultânea das seguintes condições:</p> <ul style="list-style-type: none"> • o dente está presente na cavidade bucal há menos de 2 (dois) anos; • o dente homólogo apresenta cárie ou foi atingido pela doença; • há presença de placa clinicamente detectável, evidenciando higiene bucal precária. <p>Nota a respeito das necessidades de tratamento: Os códigos 1 (restauração de uma superfície), 2 (restauração de 2 ou mais superfícies), 7 (remineralização de mancha branca) ou 8 (selante) serão usados para indicar o tratamento necessário para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tratar as cáries iniciais, primárias ou secundárias; • tratar a descoloração de um dente ou um defeito de desenvolvimento; • reparar o dano causado por trauma, abrasão, erosão ou atrição; ou • substituir restaurações insatisfatórias ou selantes se existirem uma ou mais das seguintes condições: <ul style="list-style-type: none"> - margem deficiente, permitindo ou em vias de permitir infiltração na dentina. A decisão deve ser tomada com base no senso clínico do examinador, após ter inserido a sonda OMS na margem entre a restauração e o tecido duro ou após observar uma significativa descoloração do esmalte adjacente; - excesso marginal, causando irritação local do tecido gengival e não podendo ser removido por meio de um ajuste da restauração; - fratura, que possa causar a perda da restauração ou infiltração marginal.
9	Sem informação	<p>Quando, por alguma razão, não for possível definir a necessidade de tratamento do dente. Via de regra, quando a condição da coroa for 9 (dente excluído), assinala-se 9 também na necessidade de tratamento. Na condição em que a coroa foi considerada não-erupcionada (8) ou dente perdido (4 ou 5), também deve ser assinalado 9 na casela referente à necessidade de tratamento.</p>

QUADRO-RESUMO CÓDIGOS E CRITÉRIOS PARA NECESSIDADE DE TRATAMENTO

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

RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO

1.INTRODUÇÃO

Este estudo fez parte do primeiro levantamento de saúde bucal realizado na cidade de Arroio do Padre, RS, 2013. Sob orientação da mestranda e cirurgiã-dentista, da Estratégia de Saúde da Família, do município em questão, o levantamento contou com o auxílio de outros profissionais da equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde.

A pesquisa avaliou a população de cinco e 12 anos, identificando o índice de ceo-d e CPO-D, além de descrever a utilização do serviço público odontológico e identificar a necessidade de tratamento por parte da população em estudo.

2.ELABORAÇÃO DO INSTRUMENTO

O instrumento de pesquisa foi elaborado e testado com os pais das crianças que frequentavam a Unidade Básica de Saúde do local. Após este teste, várias questões foram reformuladas, com alterações no enunciado e nas opções de resposta para facilitar a compreensão no momento da entrevista.

3.TREINAMENTO DO QUESTIONÁRIO

Os entrevistadores selecionados foram estudantes de graduação da Faculdade de Odontologia da UFPel e odontólogos. Além destes, o treinamento contou com o apoio dos coorientadores deste estudo.

O treinamento teórico-prático teve a duração de 12 horas e foi realizado nas dependências da Faculdade de Odontologia. No primeiro dia de treinamento o questionário foi lido e apresentado o Manual de Instruções para execução da entrevista, esta primeira etapa ocorreu no dia 11 de setembro de 2013 e teve duração de oito horas. No dia seguinte foram feitas simulações para verificar possíveis dúvidas na aplicação do questionário.

4.TREINAMENTO PARA O EXAME BUCAL

O treinamento do exame bucal foi executado por odontólogos e pesquisadora, com duração de quatro horas com aula teórica e prática. As atividades de treinamento, exercício e calibração aconteceram no dia 18 de setembro de 2013, também nas dependências da Faculdade de Odontologia, da Universidade Federal de Pelotas. Na teoria foram discutidos os critérios adotados, com aula expositiva dos coorientadores deste trabalho, os quais possuem experiência neste tipo de avaliação. Durante o treinamento foram usados recursos visuais, facilitando o entendimento e a padronização dos exames.

5.CALIBRAÇÃO PARA O EXAME BUCAL

Esta fase foi executada na Escola Municipal Benjamin Constant, com estudantes de 11 e 13 anos, no dia 19 de setembro e na Unidade Básica de Saúde de Arroio do Padre, com crianças de seis anos, no dia 23 de setembro. Para verificação da consistência interna da equipe foi utilizado o coeficiente Kappa que obteve o valor máximo (1) representando total concordância Inter-examinadores.

Ao término da calibração dois odontólogos foram selecionados para o trabalho de campo.

6.MANUAL DE INSTRUÇÕES

Foram elaborados dois manuais, um com orientações para as entrevistas e outro para o exame bucal. Ambos com o intuito de esclarecer dúvidas durante a realização das entrevistas e dos exames. Estes manuais foram utilizados no treinamento e disponibilizados para os entrevistadores e examinadores consultarem durante o trabalho de campo. Os manuais encontram-se no ANEXO “D” e “E” deste volume.

7.LOGÍSTICA DO TRABALHO DE CAMPO

Após a autorização da Secretária de Educação Municipal de Arroio do Padre e respectivas regentes das escolas Benjamin Constant e Visconde de Ouro Preto, as entrevistas com os responsáveis e os exames bucais foram realizados no dia 25 de setembro de 2013. Para não interferir no andamento das aulas, a pesquisa foi desenvolvida pela manhã na Escola Visconde de Ouro Preto com as crianças nascidas em 2008, acompanhadas do responsável. Na Escola Benjamin Constant o mesmo ocorreu no turno da tarde, mas com adolescentes nascidos em 2001, que também estavam acompanhados do responsável (pai ou mãe). A pesquisa contou com dois examinadores, dois anotadores e quatro entrevistadores, todos treinados e calibrados previamente.

A divulgação foi feita através de anúncio em uma rádio local, com cartazes na Unidade Básica de Saúde e convite impresso, distribuído pelas Agentes Comunitárias de Saúde da Unidade Básica de Saúde do município.

Logo após a finalização do exame bucal, foi entregue uma lembrança ao participante da pesquisa e após a entrevista, o responsável também recebeu um brinde, como mais uma forma de agradecimento.

Aqueles que não comparecem no dia 25 de setembro ao local foram agendados, através de contato telefônico, e verificada a data e hora de conveniência para a realização dos exames e entrevista.

8.PERDAS E RECUSAS

De acordo com a listagem de nascidos em 2001 e 2008 fornecida pelas Agentes Comunitárias de Saúde e conferidas pela pesquisadora, tem-se que dos 51 indivíduos moradores no município, somente uma criança não permitiu a execução do exame bucal. Esta criança nunca havia consultado com um odontólogo.

9.DIGITAÇÃO E PROCESSAMENTO DOS DADOS

A pesquisadora foi responsável pela digitação dos dados no programa EpiData. Após a limpeza e codificação foram verificadas as inconsistências no EpiData Analysis.

10.DIFICULDADES ENCONTRADAS PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO

Tendo em vista que o município em estudo é, praticamente, rural a comunicação através do telefone é difícil, o primeiro contato com a população alvo foi por telefone, porém, outros meios de comunicação tiveram que ser explorados para que conseguir convidar todos os indivíduos, como a rádio local, por exemplo.

Aqueles que não frequentavam a escola foram mais difíceis de contatar e para isso as agentes de saúde fizeram o convite para participar da pesquisa individualmente nos domicílios.

Uma outra dificuldade foi em relação a localização do município, ou seja, o Arroio do Padre é um dos quatro municípios do Brasil que são enclaves, ou seja, está geograficamente situado "dentro" do município de Pelotas, isso gera dificuldade em identificar quem é morador de Pelotas é quem é o do Arroio do Padre. Em decorrência disso, nas escolas haviam algumas crianças que eram moradoras de Pelotas e não se enquadravam na população alvo, portanto não participaram da pesquisa.

Outra questão que poderá ser alterada em novo estudo é a ordem da avaliação com finalidade epidemiológica, ou seja, seria mais adequado ter realizado a entrevista com os pais e, posteriormente, executado o exame bucal, para que os pais não sofressem influência do exame para responder ao questionário. Incluir perguntas para as crianças e os adolescentes também podem ajudar a compreensão do eles pensam e como agem em relação a sua saúde bucal, além de poderem avaliar o serviço consultado e discriminar as suas restrições e medos neste âmbito dos cuidados pessoais e com a saúde.

ARTIGO ORIGINAL

O artigo será submetido à revista
Epidemiologia e Serviços de Saúde
(ISSN 1679-4974 versão impressa)

ARTIGO ORIGINAL

**AVALIAÇÃO DA EXPERIÊNCIA DE CÁRIE E UTILIZAÇÃO DO SERVIÇO
PÚBLICO ODONTOLÓGICO EM ARROIO DO PADRE (RS)**

EVALUATION OF EXPERIENCE OF CARIES AND UTILIZATION OF DENTAL
CARE PUBLIC SERVICE IN ARROIO DO PADRE (RS)

Experiência de cárie e utilização de serviço odontológico

Ida Beatriz Müller¹, Eduardo Dickie de Castilhos², Maria Beatriz J. Camargo², Helen
Gonçalves³

- 1- Mestranda Programa do Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil. *E-mail:* ibmuller@gmail.com
- 2- Faculdade de Odontologia. Universidade Federal de Pelotas. *E-mail:* bia.jcamargo@gmail.com / eduardo.dickie@gmail.com
- 3- Faculdade de Medicina, Programa de Pós-graduação em Epidemiologia. Universidade Federal de Pelotas. *E-mail:* hdgs.epi@gmail.com

Correspondência:

Ida Beatriz Müller

Rua Gonçalves Chaves, 3858, apto 303. Pelotas- RS, Brasil- 96015-560

Telefone: 53 32252463. E-mail: ibmuller@gmail.com

Artigo baseado em dissertação de Mestrado em Saúde Pública Baseado em Evidências, do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia. Título da dissertação: “Avaliação da experiência de cárie e utilização do serviço público odontológico em Arroio do Padre (RS)”. Instituição/ano: Universidade Federal de Pelotas/2014.

Resumo

Objetivo: O estudo descreveu a utilização do serviço público odontológico e avaliou os índices de ceo-d e CPO-D no município de Arroio do Padre, RS. **Métodos:** Estudo transversal com todos os residentes no município com idade de cinco e 12 anos (N= 50). Foram realizados exames bucais e aplicado questionário aos responsáveis. **Resultados:** O ceo-d foi de 3,9, com prevalência do componente cariado (82%) e CPO-D de 1,3 – sendo o componente cariado responsável por 35% da composição do índice. Metade das crianças apresentavam dentes cariados no momento do exame e a maior parte delas já consultou com dentista da Unidade Básica de Saúde do local. **Conclusão:** Atenção maior deve ser dada a saúde bucal das crianças e a resolutividade no serviço público. Estudos epidemiológicos em locais com poucas ou inexistentes informações oferecem subsídios para planejamento, execução e monitoramento das ações básicas de saúde bucal.

Palavras-chave: cárie dentária, índice CPO, saúde bucal, inquérito de saúde bucal

Abstract

Objective: To describe the use of public dental services and to assess dmft/DMFT indexes in the city of Arroio do Padre, state of Rio Grande do Sul, Brazil. **Methods:** Cross-sectional study of children aged 5-12 years (N=50) living in the city of Arroio do Padre, RS, Brazil. Oral Health exams were conducted with the population under study and a questionnaire was applied to the adult responsible for the minors. **Results:** The dmft index was 3.9, with a prevalence of the decayed components of 81%. The DMFT index was 1.3, with 35% of decayed components. Half of the children had decayed teeth during the examination. Most of the sample had already visited the dentist at the Basic Health Unit. **Conclusion:** The health service should give greater attention to oral health of children five years. Epidemiological studies in places with little or no information provides grants for planning, implementation and monitoring of basic oral health actions.

Key words: dental caries, DMF index, oral health, oral health survey

Introdução

Os inquéritos epidemiológicos em saúde bucal são necessários tanto para conhecimento da prevalência das doenças, quanto para estimar necessidades de tratamento de uma população em determinado tempo e local¹. Estes inquéritos devem ser realizados periodicamente também para monitorar mudanças nos níveis e nos padrões dos agravos ao longo do tempo^{1,2}. Dados estatísticos nacionais demonstram que a experiência de cárie em crianças e adolescentes teve um significativo declínio no Brasil, porém ainda é um dos principais problemas de saúde pública.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a utilização de idades-índices para medir e comparar a experiência de cárie em populações, avaliadas pelos índices ceo-d e CPO-D que contabilizam os dentes decíduos e permanentes nas idades de cinco e 12 anos⁷.

Segundo os resultados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SB Brasil), de 2010, aos cinco anos existem, em média, 2,43 dentes com experiência de cárie, cerca de 80% do valor do índice ceo-d para o componente cariado⁴. Segundo a classificação adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2003 o Brasil saiu de uma condição de média prevalência de cárie em adolescentes (CPO-D entre 2,7 e 4,4), para uma condição de baixa prevalência em 2010 (CPO-D entre 1,2 e 2,6). Todavia, o principal problema em crianças e adolescentes ainda é a não prevenção e a cárie não tratada⁴. De 2003 para 2010, em relação a cárie, houve uma redução no índice de 14% para as crianças, enquanto que a redução para os adolescentes foi de 25%⁵. Quanto ao componente cariado do CPO-D, a redução no mesmo período foi de 29%.

A Política Nacional de Saúde Bucal reconhece que é preciso deter a progressão da doença e impedir o surgimento de novos eventos, assim como inverter a lógica que leva à extração de dentes, predominante no serviço público^{6,7}. A infância e a

adolescência são importantes momentos para monitoramento das condições bucais³. Desfechos negativos nestas fases de vida são preditores do desenvolvimento de problemas de saúde bucal na fase adulta⁸. Em distintos contextos nacionais, os serviços odontológicos devem exercer papel relevante na conquista e manutenção da saúde bucal coletiva^{4,9}.

O presente estudo objetivou descrever a utilização do serviço público odontológico e avaliar os índices de ceo-d e CPO-D em crianças de cinco anos e adolescentes com 12 anos, residentes de um pequeno município no interior do Rio Grande do Sul, com características sociodemográficas e econômicas bastante semelhantes aos de zona rural.

Métodos

A presente pesquisa foi realizada no município de Arroio do Padre, localizado no interior do estado do Rio Grande do Sul, durante ano de 2013. A cidade possui uma população estimada de 2.730 habitantes e sua atividade econômica está mais centrada na economia agropastoril (plantações de tabaco, frutas e produção de leite). Possui colonização alemã e pertencia à zona rural de Pelotas até 1996, ano da sua emancipação. A rede de ensino do local é composta por seis escolas municipais e uma estadual. Há uma Unidade Básica de Saúde mista (UBS) e nela há uma Equipe de Saúde da Família (ESF) com Equipe de Saúde Bucal, modalidade I e também dispõe de outra cirurgiã-dentista atuando no modelo tradicional, as duas profissionais dentistas locais organizam as atividades clínicas através de agendamento em turnos distintos. Os atendimentos da ESF são executados no turno da manhã e um turno à tarde; nos momentos restantes são desenvolvidas atividades educativas nas escolas e com grupos específicos (hipertensos e diabéticos, adolescentes, mães-bebês, idosos, gestante). O município tem como

referência na atenção especializada o Centro de Especialidades Odontológicas de Canguçu.

A população-alvo do estudo foi composta por todos moradores do local com idades de cinco e 12 anos, contatados através das escolas, com autorização da Secretaria Municipal de Educação do município e das diretoras das duas escolas que atendiam crianças e adolescentes na faixa da investigação. A coleta de dados foi realizada entre os meses de setembro e outubro de 2013. Para não interferir no andamento das atividades escolares, a pesquisa foi desenvolvida em turnos contrários aos das aulas e com a presença de um responsável (pai ou mãe). Os pais foram comunicados através de um convite-informativo, entregue pelas agentes de saúde em visita aos domicílios, sobre o estudo. No documento, além do esclarecimento sobre a pesquisa, os responsáveis foram convidados a participar e autorizar o exame do seus filhos. Também foi realizada divulgação em rádio local e através de cartazes na sala de espera da UBS.

O instrumento, previamente formulado pela pesquisadora, coletou informações somente com os responsáveis. Uma parte do instrumento coletou informações sobre às condições socioeconômicas e demográficas da família. Outra parte, inquiriu os pais/responsáveis sobre a saúde bucal de seus filhos, como: hábitos de higiene da criança ou adolescente; percepção de saúde bucal do(a) filho(a); acesso, utilização de serviços odontológicos (locais, motivos, qualidade do atendimento), percepção ou relato de desconfortos relativos à presença de cárie (dor, dormir mal, dificuldade de comer, não sorrir, vergonha), necessidade de consulta com dentista, orientação recebida em saúde bucal e local onde foi dada. Os pais ainda responderam sobre a autopercepção de saúde bucal de sua saúde bucal e foi solicitado que dessem sugestões para a melhoria do serviço de saúde bucal na UBS local, se considerassem necessário.

Além do instrumento, um exame bucal, realizado nas crianças de cinco e adolescentes de 12 anos foi realizado e tiveram como variáveis de estudo: cárie dentária e necessidade de tratamento. Os critérios adotados foram os da OMS de acordo com a 4^a edição do *Oral Health Surveys - basic methods*, de 1997, descritos no Manual da Equipe de Campo, produzido pela equipe de coordenação da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal⁴. A presente pesquisa contou com dois examinadores (dentistas), dois anotadores (estagiária e profissional da UBS ESF) e quatro entrevistadores (dois alunos de odontologia e dois professores universitários). Todos foram treinados e calibrados pela pesquisadora. A concordância da equipe de examinadores foi aferida através do índice Kappa que obteve o valor máximo. Os exames e as entrevistas duraram em média 10 e 15 minutos, respectivamente. Antes da realização dos exames e entrevistas foi entregue ao responsável o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para conhecimento e consentimento.

Após a coleta dos dados, o questionário e a ficha de avaliação foram conferidos e digitados no programa EpiData 3.1 e as análises foram executadas no software STATA¹⁰.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Pelotas (Of. N^o 348.313).

Resultados

No total foram avaliados todos os 50 indivíduos pertencentes a ambos os grupos etários do estudo, sendo 22 com idade de cinco anos e 28 com 12 anos. Somente uma criança de cinco anos recusou-se a realizar o exame bucal, mas o responsável respondeu ao questionário. Treze crianças, que não compareceram no dia do exame e entrevista, foram chamadas, por contato telefônico, e reagendados horários/datas para avaliação e

entrevista na UBS ESF. Duas delas foram entrevistadas e avaliadas no domicílio por dificuldades de agenda e deslocamento até a UBS ESF.

Das 50 crianças e adolescentes do estudo, 52% eram meninos e 48% meninas. Por predominar a descendência germânica no município, 90% (N=45) eram de cor da pele branca. Das crianças, apenas 13,6% (N=3) não frequentavam a escola e nenhum adolescente estava desvinculado da instituição escolar. Os dados socioeconômicos e demográficos da amostra estão apontados na Tabela 1. A maioria dos participantes de cinco anos pertencia a famílias da faixa mais alta de renda (R\$ 1.501,00 a 4.500,00), enquanto que os com 12 anos – na sua maioria – eram oriundos de famílias da faixa intermediária de renda (R\$ 501,00 a 1.500,00). O pai foi apontado como sendo o chefe da família 86,4% (N=19) nos dois grupos etários, cuja escolaridade mais prevalente foi de até quatro anos de estudo. Mais de 60% (N=31) dos domicílios possuíam até quatro moradores.

A média de experiência de cárie para as crianças e os adolescentes foi, respectivamente, de 3,9 dentes (DP 4,2) e 1,3 dentes (DP 1,1). Cerca de 64% e 71% dos indivíduos de cinco e 12 anos, respectivamente, já tiveram a experiência de cárie. Quanto aos componentes, para o ceo-d houve um predomínio do componente cariado (82% na composição do índice) em relação ao componente obturado (18% na composição do índice). Na dentição permanente o componente obturado foi mais prevalente, totalizando 65% na composição do índice, seguido do componente cariado, que correspondeu a 35% do CPO-D. A necessidade de tratamento restaurador foi mais prevalente nas duas idades.

A Tabela 2 demonstra práticas de higiene bucal preocupantes, como o pouco ou o não uso prevalente do fio dental e para cerca de 14% das crianças e 25% dos adolescentes os pais mencionaram que eles não escovavam diariamente os dentes.

Todavia, mais da metade dos entrevistados sentiam necessidade de algum tratamento odontológico (73%, cinco anos e 58% aos 12 anos). A dor ao dormir e/ou ao comer apresentou prevalências semelhantes entre os adolescentes, um pouco superior a 30%. Para a faixa etária dos cinco anos, os pais mencionaram mais que seus filhos tinham dor ao comer do que ao dormir. Alguns pais de adolescentes (11%) mencionaram que seus filhos sentiam vergonha dos seus dentes ao sorrir. Dois terços dos pais de crianças e adolescentes classificaram a saúde bucal dos seus filhos como muito boa e boa, e 84% dos pais consideraram como regular a boa a sua própria saúde bucal.

Quando avaliada a consulta alguma vez na vida com dentista(s), verificou-se que apenas cinco crianças e um adolescente ainda não havia consultado esse profissional. Dos que já sentiram necessidade de consulta (N=17 crianças e N=27 adolescentes), questionou-se qual o serviço procuraram e a maior procura foi a UBS local (94,1% das crianças e 81,5% dos adolescentes), seguida pela rede privada – dados não mostrados.

A utilização do serviço público odontológico foi comum a grande parte da amostra, 22 crianças e 28 adolescentes haviam consultado com um dentista na UBS local. A Tabela 3 caracteriza esse grupo em relação à última consulta, a avaliação sobre o(s) atendimento(s) local e o recebimento de orientação sobre saúde bucal. Destaca-se entre os achados que: para a maioria da amostra, ocorreu há menos de um ano; a prevenção foi referida como o motivo principal para a maior parte dos entrevistados, para a última consulta na UBS ESF; o serviço de urgência da UBS ESF para a última consulta foi muito pouco usado pelos participantes; o tempo de espera para o último atendimento na UBS ESF variou, podendo ser de até sete dias ou mais de dois meses. Além disso, cerca de 14% dos pertencentes ao grupo de cinco anos e 25% dos adolescentes nunca receberam uma orientação para prevenção de doenças bucais em consultas com profissionais de saúde. A avaliação sobre o trabalho dos profissionais

odontólogos, referente à última consulta, foi pior avaliada no grupo das crianças do que no dos adolescentes; no entanto, essa consulta foi avaliada como boa e muito boa pela maioria dos entrevistados considerando ambas as idades. O profissional foi melhor avaliado (muito bom) pelos pais das crianças e como bom pelos adolescentes.

Ao final da entrevista, foi solicitado aos pais que fizessem sugestões para aperfeiçoar o serviço odontológico da UBS ESF do local e foram citados como necessidades: menor tempo de espera entre o agendamento e a consulta, realização de procedimentos de maior complexidade (endodontia, prótese, ortodontia, extração de 3º molar) e contratação de outro profissional para o atendimento no turno da tarde.

Discussão

Os resultados deste trabalho permitem, estimar pela primeira vez a prevalência de cárie e a utilização do serviço público odontológico das crianças de cinco e 12 anos de idade no município de Arroio do Padre, que possui características próprias de municípios da zona rural, cuja população historicamente tem sido pouco estudada no país. O objetivo deste estudo permite traçar um panorama parcial sobre a condição de saúde bucal, visto que avaliou uma parcela da população do município e sobre a atenção odontológica no que se refere ao Programa de Saúde da Família.

Os principais resultados mostraram que aos cinco anos de idade, no momento do exame metade das crianças ainda apresentavam dentes cariados. Elas apresentaram um ceo-d médio de 3,9, índice superior ao encontrado nos trabalhos que se assemelham ao município estudado em relação ao porte, população rural e a idade investigada¹¹⁻¹⁴, e que está aquém da média brasileira³.

Os valores mais altos de ceo-d concentram-se em poucas crianças e a não adição de flúor na água de abastecimento pode estar contribuindo para elevada prevalência de cárie na dentição decídua, esses resultados se assemelham aos estudos^{13,14}. Pode-se

inferir que no Arroio do Padre, apesar da maioria das crianças ter consultado há menos de um ano com o dentista na UBS ESF local, de os pais relatarem ter recebido orientação sobre prevenção e de considerarem o atendimento resolutivo, isto não tem se traduzido em melhoria da condição de saúde bucal desse grupo. Devido ao percentual elevado de crianças e adolescentes apresentarem uma ou mais cáries no momento do exame pode-se inferir que o serviço odontológico não está sendo resolutivo.

Problemas provenientes do tratamento e atendimento na UBS ESF, como a não conclusão de um procedimento e não oferta de tratamentos mais específicos não foram coletados no estudo, inviabilizando análises mais específicas do serviço. Um possível fator para compreender tais resultados é o cuidado diferencial com a dentição decídua por parte dos cuidadores, também apontado por outros estudos^{15,16}. Sabe-se que a saúde bucal das crianças nesta idade requer atenção, estímulo ao cuidado, planejamento e monitoramento, visto que a cárie na dentição decídua é o mais forte preditor de cárie na dentição permanente⁸. Salienta-se, ainda, que o município onde ocorreu a investigação não dispõe de água de abastecimento público fluoretada, medida de proteção eficiente e eficaz contra à cárie¹⁷, que pode estar contribuindo para o índice elevado de ceo-d encontrado.

Analisar a utilização de serviços odontológicos é fundamental para uma percepção mais real sobre o efetivo alcance do desafio da universalização do acesso à saúde proposto pelo Sistema Único de Saúde¹⁸. Apesar de a literatura mostrar que a população brasileira, como um todo, ainda sofre com a falta de acesso aos serviços odontológicos^{11,14,18-20}, em Arroio do Padre isso não foi observado na população investigada.

Diferentemente das crianças, os adolescentes apresentaram um índice (CPO-D médio) considerado baixo de acordo com a escala de severidade proposta pela OMS³,

semelhante ao encontrado na Pesquisa Nacional de Saúde Bucal⁴ e em estudos realizados com populações similares, cuja variação foi de 1,0 a 1,7^{9,21-23}. Neste grupo etário, o componente obturado foi mais prevalente, destacando o acesso e a resolutividade para os tratamentos odontológicos.

A realização de levantamentos periódicos, para que se possa planejar, monitorar e avaliar adequadamente as condições de saúde bucal da população local, é um dos caminhos para solucionar problemas neste campo. Além disso, intervenções baseadas na população prioritária – com maior necessidade em saúde bucal – impactarão positivamente os cuidados em nível individual e coletivo, tornando todos corresponsáveis pela saúde.

As limitações do presente estudo devem ser salientadas. Variáveis como a percepção de saúde bucal do filho, avaliação sobre o atendimento público odontológico e a frequência de escovação podem estar sujeitas a inibição dos entrevistados em criticar negativamente o serviço e os cuidados com a higiene de seus filhos. A frequência da escovação, por exemplo, pode ter sido superestimada, levando-se em consideração que escovar os dentes três vezes ao dia é um comportamento desejável socialmente e amplamente divulgado em distintos fóruns.

O viés de causalidade reversa deve ser considerado, pois não é possível saber se os indivíduos sentem necessidade de tratamento porque usaram o serviço e foram orientados, ou se perceberam a necessidade de tratamento e, conseqüentemente, buscaram o serviço. A autopercepção de saúde dos pais e a percepção deles sobre a saúde bucal dos filhos, também são passíveis do mesmo tipo de viés. Todavia os estudos transversais, que possuem essa limitação, consistem em uma ferramenta de grande utilidade para a descrição de características da população, para a identificação de grupos de risco, para a ação preventiva e terapêutica mais efetiva e para o planejamento

em saúde^{24,25}. Além desses, pode-se questionar a presença do viés de cortesia nas avaliações do tratamento e dos profissionais.

Especula-se ainda que a ordem de procedimentos durante o trabalho de coleta de dados – exame e entrevista – pode ter influenciado alguns respondentes, visto que os pais presenciavam a marcação do número de cáries na ficha. Todavia, essa influência pode ser para ambas as direções. Por exemplo, aqueles que confirmaram ou souberam da presença de cáries podem ter avaliado negativamente o serviço ou os cuidados pessoais. Coletar os dados em ordem alternada poderá distribuir melhor as diferenças na população estudada.

Estudos como este servem de base para outros levantamentos em município do interior e de zona rural, que com poucas ações (simples e bem direcionadas) podem efetivamente mudar o quadro de saúde bucal de sua população.

Agradecimentos

À Secretaria Municipal de Saúde de Arroio do Padre no apoio à pesquisa e a dentista, agentes de saúde e outros colegas da UBS que participaram de distintas formas para que a coleta de dados fosse possível.

Contribuição dos autores

Muller IB foi responsável pela concepção do estudo, realizou a revisão de literatura, coordenou a coleta de dados e realizou análise. Castilhos ED e Camargo MBJ participaram da coleta de dados, elaboração do artigo e colaboraram nas análises. Gonçalves H orientou todas as etapas do estudo.

Referências

1. Oliveira AGRC, Unfer B, Costa ICC, Arcieri RM, Guimarães LOC. Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal: análise da metodologia proposta pela Organização Mundial da Saúde. Rev Bras Epidemiol. 1998;1(2):177-89.
2. Antunes JLF, Peres MA, Crivelo Jr O. Epidemiologia da saúde bucal. In: Fundamentos de odontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
3. Organização Mundial da Saúde / World Health Organization. Oral health survey: basic methods. 4th Ed. Geneva; 1997.
4. Projeto SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Resultados Principais. Ministério da Saúde, Brasília 2012.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
7. Noro LRA, Roncalli AG, Júnior FIRM, Lima KC. A utilização de serviços odontológicos entre crianças e fatores associados em Sobral, Ceará, Brasil. Cad Saúde Pública. 2008;24(7):1509-16.
8. Zardetto CGDC. Prevalência de cárie dentária em adolescentes residentes no município de São Paulo: indicadores de risco e gravidade [tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2011.
9. Domingos PAS, Ribeiro DG, Dinelli W, Staufackar CA, Campos JADB. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal de crianças em um município Brasileiro. Arquivos em Odontologia. 2010;46(2):82-7.

10. Stata Corp. 1999. Stata statistical software: release 6.0. Stata Corporation, College Station, TX.
11. Mello TRC, Antunes JLF, Waldman EA. Prevalência de cárie não tratada na dentição decídua em áreas urbanas e rurais do Estado de São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2008;23(2):79.
12. Tuon ACLF, Lacerda JT, Traebert J. Prevalência de cárie em escolares da zona rural de Jacinto Machado, SC, Brasil. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*. 2008;7(3):277-84.
13. Pinto PK, Fenner PAH. Prevalência e severidade de cárie dentária e necessidade de tratamento em escolares no município de Novo Xingu-Rio Grande do Sul, 2010.
14. Abreu MHNG, Pordeus IA, Modena CM. Cárie dentária entre escolares do meio rural de Itaúna (MG), Brasil. *Rev Panam Salud Publica*, 2004;16(5), 334-44.
15. Mello TRC, Antunes JLF. Prevalência de cárie dentária em escolares da região rural de Itapetininga, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(3):829-35.
16. Almeida DL, Nascimento, DOR, Rocha ND, Dias AGA, Castro RFMD, Closs PDS. Avaliação da saúde bucal de pré-escolares de 4 a 7 anos de uma creche filantrópica. *Revista Gaúcha de Odontologia*, 2011;59(2):271-75.
17. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia para recomendações do uso de fluoretos no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
18. Noro LRA, Roncalli AG, Mendes Jr FIR, Lima FC. A utilização de serviços odontológicos entre crianças e fatores associados em Sobral, Ceará, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2008;24(7):1509-16

19. Barros AJ, Bertoldi AD. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002;7(4):709-17.
20. Camargo MBJ, Dumith SC, Barros, AJ. Uso regular de serviços odontológicos entre adultos: padrões de utilização e tipos de serviços *Cad. Saúde Pública*. 2009;25(9), 1894-1906.
21. Traebert JL, Peres MA, Galess.o ER, Zabot NE, Marcenes W. Prevalência e severidade da cárie dentária em escolares de seis e doze anos de idade. *Rev Saúde Pública*. 2001;35(3):283-8.
22. Gomes PR, Costa SC, Cypriano S, Sousa MLR. Paulínia, São Paulo, Brasil: situação da cárie dentária com relação às metas OMS 2000 e 2010. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(3):866-70.
23. Toassi RFC, Kuhnen M, Cislighi GA, Bernardo JR, Araújo CM. Prevalência e severidade de cárie dental e necessidades de tratamento em uma população de baixo nível socioeconômico de uma escola pública da área urbana de Lages, Santa Catarina (Brasil). *Rev. ABO* 2010;18(1):70-4.
24. Pereira MG. *Epidmiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995.
25. Bastos JLD, Duquia RP. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. *Scientia Medica*. 2007;17(4): 229-32.

Tabela 1. Características socioeconômicas e demográficas da amostra. Estudo saúde bucal com todas as crianças de cinco e 12 anos, moradoras em Arroio do Padre, RS, 2013.

Variáveis	5 anos (N=22) (%)	12 anos (N=28) (%)
Renda mensal familiar (R\$)		
Até 500,00	5 (22,7)	6 (21,4)
501,00 - 1.500,00	8 (36,4)	16 (57,1)
1.501,00 - 4.500,00	9 (40,9)	6 (21,4)
Chefe da família		
Pai	19 (86,4)	23 (82,0)
Mãe	1 (4,5)	3 (10,7)
Avô ou Avó	2 (9,1)	2 (7,1)
Escolaridade chefe da família		
Até 4 anos	12 (54,5)	15 (53,6)
5 a 8 anos	10 (45,5)	10 (35,7)
9 a 11 anos	--	3 (10,7)
Número de moradores no domicílio		
3	5 (22,7)	8 (28,6)
4	9 (41,0)	9 (32,0)
5	5 (22,7)	5 (17,9)
6 ou mais	3 (13,6)	6 (21,5)

Tabela 2. Hábitos e percepção de saúde bucal de crianças de cinco e 12 anos, moradoras de Arroio do Padre, RS, 2013.

Variáveis	5 anos N (%)	12 anos N (%)
História - ausência/presença de cárie		
Livres de cárie	8 (36,4)	8 (28,6)
Uma ou mais cáries	14 (63,6)	20 (71,4)
Sente necessidade de tratamento		
Não	6 (27,3)	11 (42,3)
Sim	16 (72,7)	15 (57,7)
Sente dor ao dormir		
Não	21 (95,5)	18 (64,3)
Sim	1 (4,5)	10 (35,7)
Sente dor ao comer		
Não	16 (72,7)	19 (67,9)
Sim	6 (27,3)	9 (32,1)
Sente vergonha do sorriso		
Não	22 (100,0)	25 (89,3)
Sim	-	3 (10,7)
Escovação diária		
Não	3 (13,6)	7 (25,0)
Sim	19 (86,4)	21 (75,0)
Uso do fio dental		
Nunca	11 (52,4)	4 (14,3)
Às vezes	8 (38,1)	22 (78,6)
Sempre	2 (9,5)	2 (7,1)
Percepção de saúde bucal do filho pelos pais		
Muito boa	3 (13,6)	4 (14,5)
Boa	12 (54,5)	15 (53,6)
Regular	5 (22,7)	8 (28,6)
Ruim	2 (9,1)	1 (3,6)
Autopercepção de saúde bucal dos pais		
Muito boa	1 (4,5)	2 (7,1)
Boa	9 (40,9)	11 (39,3)
Regular	10 (45,5)	12 (42,9)
Ruim	2 (9,1)	3 (10,7)

Tabela 3. Consultas com dentista e avaliação do serviço da UBS entre crianças e adolescentes de Arroio do Padre, RS, 2013.

Variáveis	5 anos N (%)	12 anos N (%)
Consultou com dentista (alguma vez na vida)		
Não	5 (22,7)	1 (3,6)
Sim	17 (77,3)	27 (96,4)
Consultas na UBS local		
Não	-	2(7,4)
Sim	17 (100)	25(92,6)
Última consulta com dentista na UBS		
Menos de 1 ano	14 (82,3)	17 (68,0)
1 a 2 anos	2 (11,8)	6 (24,0)
3 ou mais anos	1 (4,9)	2 (8,0)
Motivo da última consulta na UBS		
Prevenção/Rotina	9 (53,0)	11 (44,0)
Problema orientado	8 (47,0)	14 (56,0)
Tipo de acesso ao serviço odontológico prestado na UBS (última consulta)		
Agendamento	15 (88,2)	24 (96,0)
Urgência	2 (11,8)	1 (4,0)
Tempo de espera para atendimento na UBS		
1 a 2 semanas	3 (20,0)	7 (29,2)
2 a 4 semanas	4 (26,7)	6 (25,0)
1 a 2 meses	5 (33,3)	7 (29,2)
Mais de 2 meses	2 (13,3)	3 (12,5)
Recebeu orientação prevenção em Saúde Bucal na UBS		
Não	3 (13,6)	7 (25,0)
Sim	19 (86,4)	21(75,0)
Resolutividade, último atendimento na UBS		
Problema resolvido	13 (76,4)	25 (100)
Problema não resolvido	4 (23,6)	-
Avaliação último atendimento na UBS		
Regular	-	1 (4,0)
Bom	7 (41,2)	12 (48,0)
Muito bom	10 (58,8)	12 (48,0)
Avaliação dos profissionais na UBS		
Bom	6 (35,3)	16 (64,0)
Muito bom	11 (64,7)	9 (36,0)

NORMAS DA REVISTA

A Epidemiologia e Serviços de Saúde segue os princípios da ética na publicação contidos no código de conduta do Committee on Publication Ethics (COPE). O Núcleo Editorial da revista acolhe manuscritos nas seguintes modalidades:

a) **Artigo original** – produto inédito de pesquisa inserido em uma ou mais das diversas áreas temáticas da vigilância, prevenção e controle das doenças e agravos de interesse da Saúde Pública, como doenças transmissíveis, doenças crônicas e agravos não transmissíveis, análise de situação de saúde, promoção da saúde, vigilância em saúde do trabalhador, vigilância em saúde ambiental, respostas às emergências em Saúde Pública, políticas e gestão em vigilância em saúde e desenvolvimento da epidemiologia nos serviços de saúde (limite: 20 laudas);

Crítérios de autoria Ao final do texto do manuscrito, deve ser incluído um parágrafo com a informação sobre a contribuição de cada autor para sua elaboração.

A versão **original - em inglês - das recomendações do ICMJ/Normas de Vancouver** encontra-se disponível no endereço eletrônico <http://www.icmje.org>

Formato dos manuscritos Serão acolhidos manuscritos redigidos no idioma português. O trabalho deverá ser digitado em espaço duplo, fonte Times New Roman 12, no formato RTF (Rich Text Format) ou DOC (Documento do Word), em folha-padrão A 4, com margens de 3cm. Não são aceitas notas de texto de pé de página.

Cada manuscrito, obrigatoriamente, deverá conter:

Folha-de-rosto

- a) modalidade do manuscrito;
- b) título do manuscrito, em português e inglês;
- c) título resumido, para referência no cabeçalho das páginas;

- d) nome completo dos autores e das instituições a que pertencem;
- e) endereço eletrônico de todos os autores;
- f) endereço completo e endereço eletrônico, números de fax e de telefones do autor correspondente;
- g) informação sobre monografia, dissertação ou tese que originou o manuscrito, com as respectivas instituições de ensino envolvidas, se pertinente; e
- h) créditos a órgãos financiadores da pesquisa, se pertinente.

Resumo Parágrafo único, de até 150 palavras, estruturado com as seguintes seções: Objetivo; Métodos; Resultados; e Conclusão.

Palavras-chave Três a cinco, selecionadas a partir da lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), vocabulário estruturado pelo Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, também conhecido pelo nome original de Biblioteca Regional de Medicina (BIREME). Os DeCS foram criados para padronizar uma linguagem única de indexação e recuperação de documentos científicos (disponíveis em <http://decs.bvs.br>); e

Abstract Versão em inglês do Resumo, contendo as seguintes seções: Objectives; Methods; Results; e Conclusion.

Keywords Versão em inglês das mesmas palavras-chave selecionadas a partir dos DeCS.

Texto completo O texto de manuscritos nas modalidades de artigo original e nota de pesquisa deverão apresentar as seguintes seções, nesta ordem: Introdução; Métodos; Resultados; Discussão; e Referências. Tabelas e figuras serão referidas nos Resultados e apresentadas ao final do artigo, quando possível, ou em arquivo separado. Eis as definições e conteúdos dessas seções:

Introdução – apresentação do problema, justificativa e objetivo do estudo, nesta ordem.

Métodos – descrição dos métodos empregados, incluindo, quando pertinente, cálculo do tamanho da amostra, amostragem, procedimentos de coleta dos

dados, procedimentos de processamento e análise dos dados; quando se tratar de estudo envolvendo seres humanos ou animais, devem estar contempladas as **Considerações éticas** pertinentes; pesquisas clínicas devem apresentar número de identificação em um dos registros de ensaios clínicos validados pela Organização Mundial da Saúde e pelo ICMJE.

Resultados – exposição dos resultados alcançados, podendo considerar tabelas e figuras, desde que autoexplicativas (ver o item Tabelas e Figuras destas Instruções).

Discussão – comentários sobre os resultados, suas implicações e limitações; confrontação do estudo com outras publicações de relevância para o tema e, no último parágrafo da seção, as conclusões.

Agradecimentos – após a discussão devem-se limitar ao mínimo indispensável.

Contribuição dos autores – parágrafo descritivo da contribuição de cada um dos autores.

Referências – para citação das referências no texto, deve-se utilizar o sistema numérico adotado pelas Normas de Vancouver; os números devem ser grafados em sobrescrito, sem parênteses, imediatamente após a passagem do texto em que é feita a citação, separados em si por vírgulas; em caso de números sequenciais de referências, separá-los por um hífen, enumerando apenas a primeira e a última referência do intervalo sequencial de citação (Ex.: 7,10-16); após a seção Contribuição dos autores, as referências serão listadas segundo a ordem de citação no texto; em cada referência, deve-se listar até os seis primeiros autores, seguidos da expressão et al para os demais; títulos de periódicos deverão ser grafados sob forma abreviada; títulos de livros e nomes de editoras deverão constar por extenso; as citações são limitadas a 30; para artigos de revisão sistemática e meta-análise, não há limite de citações e o manuscrito fica condicionado ao limite de laudas definidas nestas Instruções; o formato das Referências deve seguir os Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Periódicos Biomédicos do ICMJE (disponíveis em www.icmje.org)

Tabelas e Figuras. Figuras e as tabelas devem ser enviadas ao final do manuscrito (quando possível) ou em arquivos separados, por ordem de citação

no texto. Os títulos das tabelas e figuras devem ser concisos e evitar o uso de abreviaturas ou siglas; estas, quando indispensáveis, serão traduzidas em legendas ao pé da própria tabela ou figura. Tabelas, quadros (estes, classificados e intitulados como figuras), organogramas e fluxogramas devem ser apresentados em meio eletrônico, de preferência, no formato-padrão do Microsoft Word; gráficos, mapas, fotografias e demais imagens devem-se apresentar nos formatos EPS, JPG, BMP ou TIFF, no modo CMYK, em uma única cor (preto) e suas diversas tonalidades.

Lista de itens de verificação prévia à submissão

1. Formatação: fonte Times New Roman 12, tamanho de folha A4, margens de 3cm, espaço duplo.
2. Folha-de-rosto:
 - a. Modalidade do manuscrito;
 - b. Título do manuscrito, em português e inglês;
 - c. Título resumido, em português;
 - d. Nomes e instituição de afiliação e e-mail de cada um dos autores;
 - e. Endereço completo e telefone do autor correspondente;
 - f. Nomes das agências financiadoras e números dos processos, quando pertinente; e
 - g. No caso de manuscrito redigido com base em monografia, dissertação ou tese acadêmica, indicar o nome da instituição de ensino e o ano de defesa.
3. Resumo em português e Abstract em inglês, para todos os tipos de manuscritos – exceto cartas; e especificamente para artigos originais e notas, respeito ao formato estruturado e discriminado – objetivo, métodos, resultados e conclusão.
4. Palavras-chave/Key words, selecionadas entre os Descritores em Ciências da Saúde, criados pela Biblioteca Virtual em Saúde e disponíveis em sua página eletrônica.
5. Informação do número de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa e do número de registro do ensaio clínico, quando pertinente.
6. Parágrafo contendo a contribuição de cada autor.

7. Tabelas e figuras – para artigos originais e de revisão, somadas, não devem exceder o número de cinco, e para notas de pesquisa, não devem exceder o total de três.
8. Referências normalizadas segundo o padrão ICMJ (Normas de Vancouver), ordenadas e numeradas na sequência em que aparecem no texto; verificar se todas estão citadas no texto e se sua ordem-número de citação corresponde à ordem-número em que aparecem na lista das Referências ao final do manuscrito.
9. Anuência das pessoas mencionadas nos Agradecimentos.
10. Declaração de Responsabilidade, assinada por todos os autores.

IV MATÉRIA PARA IMPRENSA

Saúde bucal em crianças deve ser priorizada em Arroio do Padre

Em 2013, pesquisa realizada pela mestranda, odontóloga Ida Müller, do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, descreveu a utilização do serviço público odontológico por parte desta população e investigou o índice de cárie em crianças de cinco anos e adolescentes com 12 anos, residentes na zona rural e urbana no município do Arroio do Padre – RS. Os pais/responsáveis foram entrevistados e os filhos foram examinados.

As crianças avaliadas apresentaram um percentual elevado de dentes cariados (81%), indicando a necessidade de tratamento preventivo e curativo. Os adolescentes estão em melhores condições bucais. Entre aqueles que consultaram com um dentista na UBS, o principal motivo da procura foi para a prevenção, fato bastante positivo. Todavia, 14% das crianças e 25% dos adolescentes nunca receberam qualquer orientação de um profissional qualquer para prevenir cáries e outras doenças bucais. Mais da metade dos pais referiram necessidade de tratamento para seus filhos, destacando a preocupação com a saúde bucal.

Os pais destacaram ainda que deveria haver diminuição do tempo de espera entre agendamento e consulta com dentista na UBS do município, assim como o local deveria realizar procedimentos de maior complexidade (endodontia, prótese, ortodontia, extração) para que não precisassem se deslocar para outra cidade. Também solicitaram a contratação de outro profissional para o atendimento no turno da tarde.

A pesquisadora aponta a importância de desenvolver estudos realizados em locais com poucas ou inexistentes informações. Eles oferecem subsídios para planejamento, execução e monitoramento das ações básicas de saúde bucal, contribuindo, desta forma, para a realização de um atendimento focado nas necessidades específicas da população.