

Ludmila Menezes Alves de Azevedo

**SAÚDE ORAL EM CRIANÇAS DE 9 – 12 ANOS DE IDADE NO
BAIRRO DA RASA EM ARMAÇÃO DOS BÚZIOS, RJ**

Dissertação apresentada ao curso de pós-graduação em Reabilitação Oral da Universidade Veiga de Almeida, como requisitos parcial para obtenção do Grau de Mestre. Área de concentração: Periodontia.

Orientadora: Prof^a Liana Bastos Freitas Fernandes

**Rio de Janeiro
2006**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Azevedo, Ludmila Menezes Alves

Saúde Oral em crianças de 9-12 anos de idade no bairro da Rasa em Armação dos Búzios, RJ / por Ludmila Menezes Alves de Azevedo. – 2006.

Digitado (original).

Dissertação (Mestrado em Reabilitação Oral) – Universidade Veiga de Almeida, Rio de Janeiro, 2006.

“Orientação; Prof^a. Dr^a. Liana Bastos Freitas Fernandes”.

1. Epidemiologia. 2. CPOD. 3. Nível de Placa. 4. Prevenção. 5. Saúde Oral.

Dissertações acadêmicas. I. Fernandes, Liana Bastos Freitas (orientadora).

II. Universidade Veiga de Almeida.

LUDMILA MENEZES ALVES DE AZEVEDO

SAÚDE ORAL EM CRIANÇAS DE 9 -12 ANOS DE IDADE DA REGIÃO DA RASA EM ARMAÇÃO DOS BÚZIOS, RJ.

Dissertação apresentada à
Universidade Veiga de Almeida,
como parte dos requisitos para
obtenção do título de Mestre em
Odontologia. Área de
concentração: Periodontia.

Aprovada em 28 de abril de 2006.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Eliana Bastos.

Prof^ª. Denise Cortes.

Prof. Henrique Pereira.

A Deus por se fazer presente em minha vida em todos os momentos,
se materializando em pessoas como meus pais, meus irmãos
e meu grande amigo Marcelo.

Meus sinceros agradecimentos ao Prof. Dr. Cláudio Pinheiro Fernandes, por ter possibilitado que o estudo fosse realizado no município da Armação dos Búzios, através de seu contato com o Exmo. Antônio Carlos Pereira da Cunha, que através do Secretário Municipal de Saúde Ilmo. Taylor da Costa Jasmim Júnior e o Chefe de Serviço de Saúde Oral Dr. Max de Aguiar Ferreira apoiaram para a realização da presente pesquisa.

Ao Sr. Rui Borba Presidente da ONG Bem-Te-Vi por ter cedido seu espaço para realização dos exames requeridos para o estudo.

Aos professores do Curso de Mestrado em Reabilitação Oral da Universidade Veiga de Almeida pelos três anos de aprendizado para que a dissertação fosse concluída. Em especial a Prof^a. Dr^a. Liana Bastos Freitas Fernandes pela orientação que me foi dada.

Ao Prof. Dr. Milton Carlos Kuga pelo apoio, amizade e disponibilidade de ajuda que infelizmente foi interrompida por motivo de acidente.

A todos os meus amigos que participaram da minha vida e me apoiaram ao longo desses três anos e em especial: Anna Gabriela, Aline, Fernanda, Cynthia, Paula, Janaina e Paulo que me hospedaram no Rio de Janeiro. Meus eternos agradecimentos.

Aos meus pais e meus irmãos pela abdicação de suas vidas durante esse tempo para que eu pudesse realizar este sonho. Devo a vocês tudo que sou.

Ao amigo Marcelo José Freire do Prado pela dedicação extrema ao me orientar num tempo tão limitado, porém com todo seu companheirismo esse trabalho se fez possível de ser apresentado.

"O que você ganha, ao atingir seu objetivo, não é tão importante quanto o que você se torna ao atingir seu objetivo."

(Zig Ziglar)

RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar a da doença cárie e o nível de placa de crianças de 9 - 12 anos de idade de um bairro de classe baixa do município de Búzios, RJ e avaliar através de um questionário conhecimentos sobre higiene oral e comportamento dos responsáveis dessas crianças. Exames clínicos foram realizados em 174 crianças em três momentos diferentes e um questionário foi aplicado aos responsáveis. Os resultados obtidos foram avaliados e conceituados para que fosse feita uma relação entre os resultados clínicos das crianças e o questionário respondido . Os resultados encontrados revelam que 65% das crianças estão livres de cárie, sendo 50% delas apresentando-se com índice de placa a 100%. Os questionários mostram que os responsáveis têm um conhecimento favorável sobre as questões de higiene oral e dieta porém os resultados clínicos em relação ao nível de placa sugerem que o comportamento das pessoas nem sempre é determinado pelo conhecimento das mesmas, estando o comportamento muitas vezes mais relacionado ao meio em que vivem e a cultura do local. Considerando-se os resultados obtidos em relação à doença cárie chegamos à conclusão que o baixo índice de cárie encontrado é devido ao acesso da população a água fluoretada e aos programas de prevenção que vem sendo realizados nos últimos anos. Em relação ao alto índice do nível de placa é um resultado que preocupa o futuro da saúde oral dessas crianças, visto que uma má higiene oral pode determinar um futuro com a presença de doença periodontal. Conclui-se então que o levantamento realizado foi importante para determinarmos estratégias preventivas eficazes, visto que o problema alvo foi bem determinado no levantamento.

Palavras – chave: cpod,índice de placa,índice de sangramento,epidemiologia.

ABSTRACT

The objective of this study was to evaluate of the illness the caries and level of plate of children of 9 -12 years of age of a quarter of classroom low of the city of Búzios, RIO DE JANEIRO and to evaluate through a questionnaire knowledge on oral hygiene and behavior of the responsible ones of these children. Clinical examinations had been carried through in the children at three different moments and a questionnaire was applied to the responsible ones. The gotten results had been evaluated and appraised so that it was made a relation it enters the clinical results of the children and the answered questionnaire. Although the studied sample if finds in a considered place of low income as it was presented in data supplied for the Secretariat of Health of the city, the joined results disclose that 65% of the children are carie free and that 50% of them had presented plate index the 100%. The questionnaires show that the responsible ones have a favorable knowledge on the hygiene questions verbal and diet however the clinical results in relation to the plate level suggest that the behavior of the people nor always is determined by the knowledge of the same ones, being the behavior many times more related to the way where they live and the culture of the place. Considering the results gotten in relation to the illness caries we arrive the conclusion that the low index of joined caries must to the access of the population the fluorinated water and at the prevention programs that come being carried through in the last years. In relation to the high index of the plate level it is a result that worries the future of the oral health of these children, since an bad oral hygiene can determine a future with the presence of periodontal illness. One concludes then that the carried through survey was important to determine efficient preventive strategies, since the white problem individualized assets in the survey.

Key Words: DMFT, plaque index, beeding index, epidemiology.

LISTA DE GRÁFICO

Gráfico 1 - CPOD Absoluto dividido por idade, p. 32.

Gráfico 2 - Percentual do CPOD por idade, p. 32.

Gráfico 3 - Percentual do CPOD das crianças entre 9-12 anos, p. 33.

Gráfico 4 - Análise do CPOD aos 9 anos, p. 34.

Gráfico 5 - Análise do CPOD aos 10 anos p. 34.

Gráfico 6 - Análise do CPOD aos 11 anos, p. 35.

Gráfico 7 - Análise do CPOD aos 12 anos, p. 35.

Gráfico 8 - Nível de Placa dividido por idade, p. 37.

Gráfico 9 - Nível de Placa em percentual por idade, p. 37.

Gráfico 10 - Gráfico do Nível de Placa Geral da População, p. 38.

Gráfico 11 - Percentual do índice de sangramento dividido por idade, p. 38.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Tabela extraída do artigo CURY, 2004, p. 19.

Tabela 2 - Legenda de transposição de valores, p. 27.

Tabela 3 - Já foi ao dentista?, p. 27.

Tabela 4 - Frequência de escovação, p. 28.

Tabela 5 - Informação de Hig. Oral, p. 28.

Tabela 6 - Cada pessoa tem uma escova na casa, p. 28.

Tabela 7 - Vocês usam fio dental, p. 28.

Tabela 8 - Seu filho foi ao dentista antes dos 6 anos, p. 28.

Tabela 9 - Motivos da ida ao dentista antes dos 6 anos, p. 28.

Tabela 10 - Conhecimento de dieta prejudicial, p. 29.

Tabela 11 - Frequência de consumo de refrigerante, p. 29.

Tabela 12 - Frequência de consumo de Leite com Açúcar, p. 29.

Tabela 13 - Frequência de consumo de Biscoitos Salgados, p. 29.

Tabela 14 - Frequência de consumo de Goma de Mascar e de Caramelos e doces, p. 30.

Tabela 15 - Frequência de consumo de Vegetais, p. 30.

Tabela 16 - Frequência de consumo de Queijo, p. 30.

Tabela 17 - Frequência de consumo de Frutas, p. 30.

Tabela 18 - CPOD Absoluto das crianças dividido por idade, p. 31.

Tabela 19 - Percentual do CPOD por idade, p. 32.

Tabela 20 - Percentual do CPOD das crianças entre 9-12 anos, p. 33.

Tabela 21 - CPOD com valoração da média de percentuais apurados, p. 36.

Tabela 22 - CPO por idade, p. 36.

Tabela 23- Conversão do valor percentual para conceito. Índice de sangramento, p. 39.

Tabela 24Consolidação de resultados através da homogeneização de valoração de números apurados através do uso de conceitos, p. 40.

SUMÁRIO

LISTA DE GRÁFICOS

LISTA DE TABELAS

RESUMO

ABSTRACT

- 1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA**, p.1
- 2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**,p. 5
 - 2.1 HISTÓRIA DA DOENÇA CÁRIE, p.5
 - 2.2 BIOFILME DENTAL, DOENÇA PERIODONTAL X CÁRIE, p. 7
 - 2.3 CÁRIE, p. 9
 - 2.4 DIETA X CÁRIE, p. 11
 - 2.5 ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS E IDADE X CÁRIE, p. 12
 - 2.6 NÍVEL SÓCIO ECONÔMICO X CÁRIE, p. 14
 - 2.7 CONHECIMENTO SOBRE SAÚDE ORAL, p. 16
 - 2.8 CÁRIE X FLÚOR, p.18.
- 3 OBJETIVOS**, p 19
 - 3.1 OBJETIVO GERAL, p. 19
 - 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS, p. 19
- 4 METODOLOGIA**,p 21
 - 4.1 LOCAL DA PESQUISA,p.
 - 4.2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS
- 5 RESULTADOS**,p. 27
 - 5.1 EQUACIONAMENTO DOS FATORES, p. 27
 - 5.2 FREQUENCIA DE CONSUMO GERAL, p. 29
 - 5.3 CPOD, p. 31
 - 5.4 CPO, p. 36
 - 5.5 NÍVEL DE PLACA, p. 36
 - 5.6 NIVEL DE SANGRAMENTO GENGIVAL, p. 38
- 6 DISCUSSÃO**, p. 41
- 7 CONCLUSÃO**, p. 48
- 8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**, p. 49
- 9 ANEXOS**, p.59

UNIVERSIDADE VEIGA DE ALMEIDA

Ludmila Menezes Alves de Azevedo

**SAÚDE ORAL EM CRIANÇAS DE 9 – 12 ANOS DE IDADE NO
BAIRRO DA RASA EM ARMAÇÃO DE BÚZIOS, RJ**

**Rio de Janeiro
2006**

1 INTRODUÇÃO

A cárie é uma doença que apresenta elevada incidência em vários países do mundo, atingindo principalmente crianças de baixo nível sócio-econômico entre sete e doze anos de idade (NORMANDO, 1990; FREIRE et al, 1999). O levantamento epidemiológico é fundamental para conhecer a necessidade de tratamento de uma população, assim como planejar suas ações específicas para diminuir a incidência das doenças orais

(MORITA, 1996). Alguns fatores tais como fatores sócio-econômico, dieta (TOMITA, 1999; SHEIHAM, 200), conhecimento sobre higiene oral (MARKANEN, 1989) aspectos sócio-demográficos (CANGUSSU, 2001; BAKIAN, 2002) e placa bacteriana são apontados como fatores de risco para a instalação das doenças orais como a cárie e doença periodontal (GISSELSON, 1983; FREITAS, 1990).

Em 1986 o Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988) executou o primeiro levantamento epidemiológico de âmbito nacional na área de saúde bucal, que foi realizado na Zona Urbana. Este trabalho relatou uma porcentagem de 3,73% de crianças livres de cárie aos 12 anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988) em 1996 esse dado aumentou para 21% e em 2002 para 31,07% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Nos países subdesenvolvidos, houve a partir da década de 60 um aumento dramático na prevalência e severidade da cárie, como resultado do consumo crescente de açúcar e pouca disponibilidade de fluoretos (BASTOS, 2002).

A saúde oral no Brasil sofreu modificações em relação à diminuição da prevalência e severidade das lesões cariosas. Os fatores responsáveis por isso são: o abastecimento de água

fluoretada assim como a inserção de programas de prevenção, o que acarretou uma diminuição de 45% a 60% de cárie (NARVAI. et. al.2000).

Os levantamentos básicos devem produzir dados confiáveis, possibilitando assim o desenvolvimento de bons programas de saúde bucal e o planejamento adequado da quantidade e do tipo de profissionais necessários para sua execução, reconhecendo o índice CPOD, que pode ser diferente entre regiões urbana e rural, de baixa e alta renda. As realizações de estudos epidemiológicos criteriosos em condições homogêneas permitem avaliar, e monitorar a distribuição e tendências de prevalência e severidade das doenças (CARRANZA).

A concentração dos mais altos índices de cárie em pequenos grupos populacionais dentro de um país ou região é um fato que vem sendo observado através de vários levantamentos realizados, esse fato tem sido chamado de polarização da cárie (NARVAI, 2000 BASTOS, 2002).

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

O levantamento epidemiológico de uma determinada população é realizado com a finalidade de estudar o processo saúde – doença em coletividades humanas, analisando a distribuição e os fatores determinantes de doenças.

No presente estudo foi avaliado os índices CPOD, nível de placa e índice de sangramento gengival, além de um questionário aplicado aos pais com o intuito de avaliar sobre o conhecimento em saúde oral da população em estudo.

A doença abordada no presente estudo foi a cárie, o nível de placa foi avaliado e o índice de sangramento gengival também, dessa forma foi feita uma revisão bibliográfica sobre os possíveis fatores que podem estar contribuindo para os resultados encontrados.

2.1 HISTÓRIA DA DOENÇA CARIE

A saúde pública tem sido alvo de preocupação pelas autoridades desde 1902, quando através do governo de Rodrigues Alves a Saúde pública federal foi entregue à lucidez e capacidade de Oswaldo Cruz que iria inaugurar a nova era para a higiene nacional. Em 1904, na reforma de Oswaldo Cruz foi criada a diretoria Geral de Saúde Pública, que se destinava a atender aos problemas de saúde da capital do país e prosseguir na defesa sanitária dos portos brasileiros. Em 1930 os serviços relacionados à saúde pública são transferidos para o novo Ministério da Educação de Saúde Pública. Em 1948, aconteceu a criação do primeiro Conselho de Saúde, considerado por William Wech o marco inicial da Saúde pública moderna. A saúde do povo era integralmente reconhecida como importante função administrativa do governo. Quanto melhores fossem as condições de Saúde da população,

tanto maiores seriam as possibilidades econômicas de um país (http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.ctm).

Essa grande expansão dos sistemas de prevenção a partir de 1991 é um fato segundo Narvai e colaboradores (1999) que se deve entre outros aspectos, à aprovação da Portaria 184 da Secretaria Nacional de Assistência a Saúde. Por meio desse documento, foram instituídos os Procedimentos Coletivos em Saúde Bucal na tabela de procedimentos vinculada ao Sistema de Informações Laboratoriais do SUS. Os autores reconhecem que sua “edição criou condições extremamente favoráveis à implementação dessas ações nos municípios brasileiros, passando-se efetivamente a financiar o desenvolvimento de outras ações preventivas além da fluoretação das águas” (PEREIRA, 2003).

Em 2004 foi criado pelo Ministério da Saúde, o programa Brasil Sorridente. A partir desse programa, o número de brasileiros com acesso a atendimento odontológico passou de 26 milhões de pessoas para mais de 47 milhões. Além do atendimento básico disponível em maior quantidade no país, o Brasil Sorridente atua com distribuição de kits com pasta e escova de dente para as pessoas atendidas, e fornecem orientação sobre escovação para pessoas menos assistidas. Outra medida é a fluoretação da água em todos os municípios com sistema de saneamento. Existe ainda um investimento nos serviços odontológicos especializados, para que a população que só tem acesso a serviços públicos seja assistida com melhores opções de tratamento. A expectativa é que até 2006 será investido R\$ 1,3 bilhão na Saúde bucal (BRASIL SORRIDENTE, 2003).

2.2 BIOFILME DENTAL, DOENÇA PERIODONTAL X CÁRIE

Algumas horas após a limpeza profissional, a superfície dental exposta à saliva é coberta por uma fina camada de aproximadamente 200 a 1000 nm de espessura, chamada de película adquirida (LISTIGARTEN, 1975).

A película adquirida é um filme orgânico derivado principalmente da saliva e depositado sobre a superfície do dente. Inicialmente, não contém bactérias; no entanto, ela é rapidamente colonizada, passando a integrar placa dental (SAXTON, 1973).

O crescimento e acúmulo da placa dental são determinados, principalmente pela multiplicação e pela coesão das células bacterianas, devido à formação da matriz da placa, que é dependente das atividades metabólicas bacterianas, de componentes salivares e de outros derivados do hospedeiro. Além disso, fatores bacterianos, do hospedeiro e ambientais irão influenciar a composição final e a patogenicidade da placa dental (LÖE, 1972). Recentemente, o termo placa dental tem sido substituído por biofilme dental.

A gengivite, bem como a periodontite e a cárie são doenças infecciosas, causadas por bactérias que colonizam a superfície dos dentes, formando o biofilme dental. Um estudo clássico realizado na Dinamarca demonstrou que sintomas clínicos da gengivite se desenvolveram em duas a três semanas, quando se deixou placa acumular livremente. Uma semana após a retomada da prática regular de limpeza dos dentes, a inflamação gengival desapareceu (LÖE, 1965).

Por outro lado, lesões incipientes de cárie se desenvolveram em três semanas em indivíduos que deixaram a placa se acumular livremente sobre os dentes, paralelamente à realização de bochechos com solução de sacarose à 50% nove vezes ao dia (VON DER FEHR, 1970).

A utilização freqüente de sacarose na ausência de placa, não resultou no desenvolvimento de cárie (LÖE, 1972) mostrando que a doença só se desenvolve quando bactérias cariogênicas estão presentes na superfície dos dentes. Estabelecendo assim uma relação de causa-efeito entre placa dental e as doenças dentárias mais prevalentes (BUISCHI, 2000 p. 177).

O controle de placa é a medida mais direta e abrangente de controle e prevenção da cárie dentária e doença periodontal, pois se direciona para a causa determinante dessas doenças tais como a microflora patogênica que coloniza a superfície dos dentes formando a placa dental (GISSELSON, 1983; FREITAS, 1990; SANTOS, 2002).

Na atualidade os resultados apresentados em relação à presença de sangramento gengival verificada em crianças de 5 anos, durante o exame clínico, nas diferentes macrorregiões foi de pouco mais de 6%. Uma prevalência um pouco mais elevada foi encontrada na região Norte, cerca de 10% (BRASIL SORRIDENTE, 2002)

2.3 CÁRIE

A cárie dental tem caráter multifatorial. Seu aparecimento depende seu aparecimento da interação de três fatores essenciais: o hospedeiro (dente), a microbiota e a dieta (substrato). Esse modelo é um tipo simplificado apontado por Keyes, 1962, porém apenas a existência desses três fatores não determina a presença da lesão cariosa sendo necessário para isso o fator tempo que deve ser significativo, segundo Newbrun, 1988. Por outro lado podemos citar em torno dessas causas específicas para o surgimento da doença cárie, fatores socioeconômicos e comportamentais que estariam na periferia de um esquema representativo dessa patologia. Esses fatores são considerados provocadores de confusão, já que nem sempre influenciam da

mesma forma em torno das sociedades (FEJERSKOV e THYLSTRUP, 1994). Portanto, também devem ser observados, quando estamos estudando o índice de cárie de uma população.

Crianças brasileiras de 12 anos de idade apresentam em média 2,8 dentes com experiência de cárie dentária. Para estas idades os menores índices de CPO encontram-se na região Sudeste (2,30) e Sul (2,31) enquanto médias mais elevadas foram encontradas nas Regiões Nordeste (3,13) e Centro-Oeste (3,16). Nota-se, que o CPOD aos 12 anos nas Regiões Norte e Nordeste possuem médias mais altas de dentes cariados e perdidos, quando comparadas com as outras regiões brasileiras. Chegou-se a conclusão de que, em crianças e adolescentes, o principal problema, são as cáries não tratadas.

O Brasil atingiu as metas da OMS para o ano 2000 somente na idade de 12 anos, e em parte isto somente aconteceu devido às crianças das Regiões Sul e Sudeste. Para todas as outras idades os níveis estão aquém das metas propostas para o ano 2000. A proposição de metas mundiais oferece referências para comparações internacionais. Em nosso país, é importante assinalar que as autoridades sanitárias, nos diferentes níveis de gestão do Sistema Único de Saúde, podem e devem estabelecer metas em saúde bucal coerente à sua realidade para orientar o processo de planejamento-avaliação das ações e serviços de saúde. Embora as crianças de 12 anos de idade apresentem valores de ataque de cárie semelhantes aos padrões recomendados pela OMS para o ano 2000, é relevante sublinhar a ampla variabilidade da distribuição dos valores, e a existência de uma proporção significativa de crianças nessa idade com valores muito elevados de cárie, o que pode ocasionar no futuro em um número grande de adultos com perdas de dente.

As metas da OMS para o ano 2000 são 50% de crianças de cinco a seis anos livres de cárie, crianças até 12 anos de idade com CPOD até 3. Até os 18 anos 85% da população deveria manter todos os dentes na boca (INTERNATIONAL DENTAL FEDERATION, 1982).

2.4 DIETA X CÁRIE

A dieta é considerada um fator determinante. O que determina se a placa dental será cariogênica é o substrato que esta recebe pela dieta do indivíduo. Entre os carboidratos necessários para o desenvolvimento da lesão, a sacarose é o mais importante na etiologia da doença (PINTO, 2000).

Os alimentos sozinhos não têm poder de causar cárie, a frequência com que você come e o tempo que esse alimento permanece na boca é o que vai determinar o seu poder cariogênico (MOSS,S.J.1996). Nesse caso Pinto, 2000 alerta para a sacarose como um vilão importante na etiologia da doença. Cabe ressaltar ainda sobre a retentividade dos alimentos, por exemplo, os amidos cozidos (batata, bolos e bolachas) que permanecem na boca grudados por muito mais tempo do que uma bala de caramelo.

Nas últimas décadas tem-se observado um significativo declínio na prevalência de cárie em países industrializados. O grau de diminuição de prevalência de cárie nesses países e o aumento da prevalência dessa doença em outros refletem a introdução da água de abastecimento fluoretada e a mudanças nos hábitos alimentares. O consumo de açúcar tem permanecido constante em vários países altamente industrializados durante as últimas décadas, logo a diminuição das doenças deve ser atribuída ao uso de fluoretos nas suas várias formas, mais frequentemente dentifrícios (PINTO, 2000, NORMANDO A. D. C, FREIRE, M. C. M, 1997).

A introdução da sacarose na dieta aumenta a incidência de cárie, mas em diferentes níveis, dependendo da maneira como o açúcar é consumido (GUSTAFSSON et. Al, 1954).

Outro fator que podemos observar em algumas regiões rurais é a influência da dieta urbana refletindo nos hábitos alimentares dessa população, ocasionando altas incidências de cárie, igualando os níveis de CPOD aos de municípios onde não possuem água de abastecimento fluoretada (FREIRE, M. C. M, 1997).

A relação entre dieta e cárie existe e já foi comprovada através de vários trabalhos como por exemplo num estudo realizado por KAREN GLAZER DE ANSELMO, onde ela constatou que as crianças que consumiram produtos cariogênicos 2 a 3 vezes por dia, todos os dias apresentaram maiores chances de ter alta severidade de cárie.

2.5 ASPECTOS SÓCIO- DEMOGRÁFICOS E IDADE X CÁRIE

A relação entre cárie e localização geográfica é muito difícil de ser explicada, uma vez que mais importante são os costumes, a vida social, a dieta e as condições socioeconômicas de um grupo. Exceção que poderia ser atribuída ao fator geográfico seria aquela região que não possui água fluoretada ou cujos níveis de fluoretação são inadequados. (PEREIRA, A.C. 2003).

A cárie é a principal doença que afeta os dentes de crianças e adultos jovens, enquanto que 70% dos europeus apresentam lesões de cárie clinicamente detectáveis aos 12 anos de idade, apenas 0,1% a 0,3% são portadores de periodontite de início precoce. O quadro epidemiológico brasileiro em saúde bucal, ainda que parcial e precisando de atualização, aponta para a mesma tendência (PINTO, 2000).

A fase crítica para o desenvolvimento de cárie de fissura é durante a erupção dos molares permanentes (CARVALHO, 1992). Normalmente a erupção se inicia por volta dos 11 anos de idade nas meninas e 12 nos meninos. O tempo total de erupção é de 16 a 18 meses. Durante esse período as superfícies proximais passam pelo processo de maturação secundária, o que as torna

mais suscetíveis à cárie. É também nessa faixa etária que se encontra o maior número de superfícies dentárias intactas, a maioria em risco de cárie, caracterizando essa faixa etária como a de maior risco à doença (AXELSON, 1981).

Além disso, sabe-se que em adolescentes com alto nível salivar de *S. mutans*, são as superfícies proximais de molares e pré- molares as mais colonizadas por essa bactéria (KRISTOFFERSON, k., et al), e que são essas áreas onde a prevalência de cárie é maior.

Através do último levantamento epidemiológico realizado no Brasil em 2002, observou-se que há uma tendência de crescimento na prevalência em função da idade, um fenômeno comum considerando o caráter cumulativo do CPO-D/ceo-d. Grandes diversidades regionais também são percebidas em todas as idades. Na faixa etária de 18 a 36 meses, idades de 5 e 12 anos e faixa etária de 15 a 19 anos, os percentuais de CPO-D/ceo-d = 0 são sempre inferiores nas regiões Norte e Nordeste quando comparados aos dados das regiões Sul e Sudeste.

Segundo os dados do Levantamento Epidemiológico de 2002 os resultados do ataque de cárie na dentição permanente, na idade de 12 anos revela condições mais desfavoráveis em municípios com porte populacional menor. A análise feita em crianças de 12 anos de municípios com menos de 10.000 habitantes possuem um CPO-D mais elevado, bem como uma média maior de dentes com cáries não tratadas. Além disso, de uma maneira geral, adultos e idosos de cidades com menos de 50.000 habitantes apresentam médias mais baixas de dentes hígidos e médias maiores de dentes perdidos (MINISTERIO DA SAÚDE, 2002).

2.6 NÍVEL SÓCIO – ECONÔMICO X CÁRIE

Ao longo de todos os tempos, vários conceitos são dados para definir o que é Saúde, com isso encontramos hoje definições amplas do ponto vista de social e podemos fazer um paralelo entre a Saúde de forma geral e mais especificamente a saúde Oral. Entender saúde

como apenas a ausência de sinais clínicos de doença não mais é aceito, a partir do momento em que consideramos o indivíduo como um todo e sua relação com o meio em que ele vive.

A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, divulga o seguinte conceito de Saúde: "Saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação; educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acessos aos serviços de saúde, é assim antes de tudo, o resultado das formas de organização social".

Desta forma temos que reconhecer que a maior parte da população brasileira ainda vive num contexto de vida em que suas necessidades básicas não são atendidas da forma que deveriam, resultando assim em índices de cárie altos e severos, ficando o atendimento odontológico restrito a uma pequena parte da população que usufrui de serviços particulares.

Com isso a outra parte da população tem usufruído mais dos recursos da atenção primária como a fluoretação de água e programas de prevenção, onde os recursos especializados são mais difíceis de acesso em serviço público.

Estudos epidemiológicos em vários países como a Venezuela, Colômbia e Brasil nas décadas de 50 a 70 mostram nenhuma ou reduzidas diferenças na experiência de cárie de indivíduos de diferentes classes sociais. Entretanto, era observada uma clara distinção na composição do índice CPO, com percentual de tratamento executados amplamente favorável aos grupos economicamente privilegiados (PINTO, 2000).

Segundo uma Revisão de Literatura feita por Powell, L.V. sobre predição de cárie, nota-se que os fatores sociais e comportamentais foram de maior importância nos modelos para crianças, jovens e idosos.

Uma pesquisa realizada por LIZAN e col., onde foi avaliado o índice de CPOD em escolares de níveis socioeconômicos diferentes concluíram que os escolares de nível socioeconômico baixo apresentaram maior prevalência de cárie.

Terner e Cury (1985) encontraram diferenças no CPO-D e na média de dentes cariados, em relação ao nível socioeconômico, quando analisaram esse índice em escolares de 12 anos de idade, da rede pública de ensino, em três cidades paulistas. Freire et.al., 1996 realizaram estudo em Goiânia, comparando a experiência de cáries em pré-escolares de 0 a 6 anos de idade em creches públicas e privadas. O ceod mais alto foi encontrado no grupo de crianças das creches públicas, sendo essa diferença significativa acima da idade de dois anos.

Outro estudo realizado na Jordânia (RAJAB,e col.) mostra que o baixo nível de educação e a falta de conselhos sobre cuidados odontológicos aos pais influenciam na frequência de escovação dos filhos.

2.7 CONHECIMENTO SOBRE SAÚDE ORAL

Essa forma mais ampla de entender Saúde requer a capacidade de luta contra todos os fatores que limitam o desenvolvimento físico, mental e social do ser humano, ou seja, a capacidade de atuar contra todos os fatores que levam à doença está em relação às formas de organização da sociedade civil e sua atuação frente aos problemas. A conquista de novas e melhores condições de vida da população deve fazer parte do projeto educacional que, junto com o setor de Saúde, podem através da Educação em Saúde, produzir resultados produtivos no seu campo de ação dentro e fora da escola.

A nova Lei de Diretrizes e Bases, de 1996, é o resultado da necessidade efetiva de transformação de nosso sistema educativo, objetivando o desenvolvimento integral das crianças para a conquista da cidadania. Os Parâmetros Curriculares Nacionais, referentes às quatro

primeiras séries do ensino fundamental, explicita em seus objetivos a necessidade de “conhecer e cuidar do próprio corpo, valorizando e adotando hábitos saudáveis como um dos aspectos básicos da qualidade de vida e agindo com responsabilidade em relação à saúde coletiva”.

No Brasil, buscando a regressão desse quadro, criaram-se diversos programas que visam melhorar a saúde bucal da população, tomando-se medidas com base na educação e prevenção. Esses programas são aplicados mais ostensivamente na faixa etária escolar, por se entender que a abordagem dos assuntos ligados à prevenção educaria e motivaria a criança a cultivar hábitos de dieta mais saudáveis e, que juntamente com a escovação supervisionada, obter-se-ia bons resultados para o não desenvolvimento da doença cárie e periodontal (SILVEIRA et al., 1998 e ZANETTI et.al., 2001).

É de fundamental importância propor ao paciente um programa suficientemente interessante que esteja relacionado às suas necessidades, causando, assim, um impacto motivacional. Um outro estudo consistiu na execução de um programa educativo-preventivo com 682 escolares entre seus doze anos de idade de três escolas públicas de Araraquara, São Paulo, com a utilização de material audiovisual, orientação direta e apresentação do robô-dente. A avaliação, por meio de redações escritas pelos participantes após quinze dias da realização do programa, resultou em 100% de aproveitamento, pois em todas as redações foi citado pelo menos um elemento de impacto, seja ele o dentista, a música, o passeio ou o robô. Portanto a estruturação de programas dessa natureza deve envolver o maior número possível de atividades e de figuras motivadoras que produzam um impacto sobre as crianças a fim de reforçar sua memorização. Os autores também concluíram que há necessidade de cursos pedagógicos diferenciados na implementação de programas que abranjam crianças de diferentes níveis psicointelectuais, e que, para um melhor aprendizado, é importante que programas educativos não sejam realizados uma única vez, mas que tenham continuidade (GARCIA et. al,1998).

São vários os trabalhos que comprovam a eficácia de projetos educativo-preventivos mostrando também que é possível realizar um trabalho efetivo de prevenção de cárie dental e de doença periodontal em locais de poucas condições técnicas, exigindo custos baixos do órgão patrocinador, nunca sendo interrompido, pois pode delegar ao beneficiário a responsabilidade da execução do programa.

As ações do controle das doenças bucais, preconizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) na década de 90, incluem educação em saúde oral como um dos itens essenciais para a modificação do quadro epidemiológico das doenças bucais. No entanto, ainda não ocorre sistematização de estratégias educativas para a saúde bucal. Na prática, o que se tem observado é que a chamada educação em saúde bucal tem se restringido à instrução sobre normas de higiene. As pessoas, muitas vezes, não seguem as regras de higiene por vários fatores, entre eles: ausência de materiais de higiene, falta de condições para realizá-las, desinformação de como fazê-las. A grande maioria das ações de educação em saúde bucal enfatiza, porém, somente um desses fatores que é a informação. Os profissionais de saúde bucal acreditam que podem mudar os hábitos das pessoas através da informação (MARTINS, 1998).

2.8 CÁRIE X FLÚOR

O flúor tem uma importante participação na prevenção da cárie dentária, estando disponível principalmente na água de abastecimento. Este íon tem sido associado à inibição da desmineralização e à aceleração da remineralização durante o processo cariioso. A presença constante do flúor nos fluidos bucais constitui o principal fator na prevenção da cárie. Além disso, tem-se demonstrado que o flúor na placa bacteriana pode inibir a produção de ácidos pelas bactérias cariogênicas (ASSIS, F.G e col).

O uso do flúor na água de abastecimento público vem mostrando forte influência na prevenção da doença cárie, CURY em 2004, realizou um trabalho onde avaliou a importância do flúor na prevalência de cárie dental no Brasil, com tal estudo observou que entre 1970 e 1983 não existiu nenhum fenômeno em relação ao declínio de cárie, porém entre 1986 – 1996 é observada uma redução 68% na prevalência de cárie, fato esse que coincide com acontecimentos como o início da fluoretação em água de abastecimento em 1985, disponibilidade de fluoretos em pasta de dente em larga escala desde 1989 e aplicação de programas preventivos em 1990. Esses dados podem ser avaliados na Tabela 1.

Declínio de cárie no Brasil J.CURY

ANO	CPOD		IDADE
1968	8.3		12
1980	3.0(19.5%)		12
1980	4.0-7.0(45.3%)		12
1980	>8.0(35.2)		12
2003	<3.0(65.5%)		12
2003	4.0-7.0(25.5%)		12
2003	>8.0(8.0%)		12

Tabela 1 – Tabela extraída do artigo CURY, 2004.

Por isso foi feito no último Levantamento Epidemiológico realizado no Brasil uma análise de cárie segundo a presença de flúor na água (e respectivos anos de fluoretação) segundo porte populacional e macro região. Observa-se que, de uma forma geral, a presença de flúor está mais concentrada nas regiões Sul e Sudeste e em municípios de maior porte populacional. Ao todo, 46% dos municípios pesquisados dispõem de água fluoretada. Percebe-se, de uma forma geral, que, até os 12 anos, as diferenças são marcantes entre municípios com e sem flúor na água. 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. É importante, ressaltar, contudo, que este estudo não teve, como objetivo, verificar a eficácia da fluoretação das águas e estas diferenças não devem ser creditadas em

sua totalidade à presença de flúor na água. A amostra não está corretamente balanceada com relação ao número de municípios fluoretados e não-fluoretados e municípios com menos de cinco anos de aplicação da medida foram incluídos. Nesse sentido, análises mais criteriosas, a inclusão de outras variáveis devem ser implementadas (MINISTÉRIO DE SAÚDE, 2003).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

A presente pesquisa tem como objetivo geral avaliar a saúde oral de uma população de crianças de 9-12 anos de idade de baixa renda para avaliar a necessidade ou não de desenvolver uma estrutura motivadora de cuidados de higiene oral para a população carente.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

O objetivo da pesquisa foi avaliar dois grupos: Grupo 1 as crianças de 9-12 anos de idade, onde foram apurados o CPOD, nível de placa e índice de sangramento gengival, Grupo 2 os pais dessas crianças que foram avaliados sobre o conhecimento em saúde oral através de questionário.

Após as duas apurações foi feita uma análise dos resultados para que pudéssemos dizer o quanto o nível de conhecimento em saúde oral dos pais pode estar influenciando nos dados clínicos dessas crianças, além de nos proporcionar dados que possam servir, no futuro de guia para Planejamentos e Execução de Projetos específicos para essa amostra.

4 METODOLOGIA

LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada na região da Rasa situada na Armação dos Búzios, RJ. Os dados foram coletados através de questionário tomado de 177 responsáveis e da avaliação de exame clínico em 174 crianças de 9 -12 anos de idade. A primeira amostra foi adquirida na ONG Bem Te Vi (Anexo IV Figuras 1,2,3) destinada a crianças carentes para atividades extra-curriculares, a segunda amostra foi adquirida durante o evento Sorria Búzios (Anexo IV Figura 5.1) realizado pela Secretaria de Saúde do município e a terceira amostra foi adquirida com a ajuda de uma agente de saúde com o qual a pesquisadora fez visitas domiciliares (Anexo IV Figura 9).

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

No primeiro contato foi assinado pelos responsáveis das crianças um termo de consentimento (ANEXO I) e foi tomado um questionário (ANEXO II) com perguntas referentes ao conhecimento e comportamento dos mesmos em relação à saúde oral.

A segunda parte da pesquisa foi a coleta de dados clínicos como CPOD, Índice de Sangramento Gengival e Índice de Placa.

O CPOD foi o índice de referência. Um examinador treinado foi previamente padronizado para os critérios de diagnóstico de cárie dentária preconizados pela OMS. Esse treinamento foi executado na ONG em crianças entre 6 e 12 anos de idade. O exame bucal foi realizado com espelho e sonda exploradora. As crianças eram colocadas em cadeiras comuns, disponibilizando-se de luz natural (ANEXO IV figuras 5 e 5.1). Radiografias não foram tomadas.

O CPOD divide-se em três partes: dentes cariados (C), perdidos (P) e obturados (O) que foram registrados obtendo-se dessa forma índices individuais de cárie por criança. O índice CPO

também foi avaliado sendo ele o resultado dos dentes cariados, perdidos e obturados, dividindo-se o total das três partes pelo número de crianças total observado, obtendo-se dessa forma o número de CPO por grupos de idade e do grupo total (PONTES, G.S, 1987).

Índice gengival (LöE,1976) simplificado, onde se considerou apenas a ausência ou presença de sangramento a sondagem gengival. Foi feito uma sondagem em todas as faces dos dentes. Esse Sistema binário de dados é recomendado pela Organização Mundial da Saúde (1978).

O Índice de placa foi avaliado com o auxílio de um evidenciador de placa para corar as regiões dos dentes onde existia placa dental (Figuras 6 e 7 ANEXO IV), o índice foi avaliado pela porcentagem de faces coradas. Esses dados foram registrados em ficha clínica. (ANEXO III). Após o exame, as crianças receberam kits de escovação contendo escova, pasta de dentes e fio dental. As crianças então realizavam a escovação supervisionada com pasta de dente e depois flúor (Anexo IV Figura 8)

A partir dos dados coletados analisaram-se os seguintes aspectos: frequência de distribuição de cárie por indivíduo; composição percentual do índice CPOD e distribuição da experiência de cárie por idade.

Devido ao objetivo e às dimensões de dados apresentados, convencionamos que o mais acertado para a elaboração de uma análise eficaz, com coerência, não estaria na metodologia estatística convencional, por justamente não termos uma análise descritiva com comparações entre lugares, momentos e grupos de indivíduos com heterogeneidade, o que normalmente é sempre esperado neste tipo de trabalho. Explicitamos essa decisão, quando analisamos com cuidado os dois fatores acima mencionados.

Primeiro fator de decisão, o vislumbrar que a dimensão dos dados apurados é monofásica, ou seja; só temos um grupo populacional muito homogêneo em todos os aspectos

sócio-econômicos, educacional e comportamental em relação ao quesito de saúde oral; o estudo não denota fases temporais para observação de maturação de desenvolvimento de objeto estudado; no nível espacial-geográfico temos alusão a um só bairro, com características relevantes totalmente homogêneas.

Segundo fator de decisão, o objetivo do trabalho, o qual nos leva a uma comparação criteriosa de causa e efeito entre fatores formadores de condicionamento e comportamento relativos à saúde oral combinados às atitudes das várias entidades envolvidas no processo de formação dos indivíduos, no tocante a cultura de higiene oral.

Uma vez que, tal tipo de análise vislumbra a combinação dos dados de como os responsáveis pelas crianças são/estão municiados de informação correta sobre o assunto (conseguido através de questionário), com os dados auferidos por exame clínico efetuado nas crianças, temos a comprovação do efeito de como as entidades estão fornecendo e sendo efetivas em relação à atenção primária, e como isto vai evoluir no comportamento e condicionamento da postura de execução da saúde oral pelas próprias crianças, o que é observado e comprovado na coleta de dados adquiridos no exame clínico.

Isto posto, convencionamos realizar um estudo de causa e efeito perante uma única população estudada em um só momento, para tal corroborou-se a técnica de comparação por volume populacional gerando a valoração dos números apurados, através da conceituação de percentual lastreado no volume populacional de crianças examinadas clinicamente (num total de 174).

A valoração dos números (conseguidos no questionário) foi realizada através da transformação de resultados absolutos em percentuais, calibrando para a população examinada clinicamente, quando na fórmula de transformação de valor absoluto para valor percentual (Valor

percentual = Valor do questionário x 100 / Quantidade total de crianças examinadas) utilizamos no denominador geral a quantidade total de crianças examinadas.

A conceituação do percentual apurado foi dividido em cinco conceitos, dos quais temos interstícios exatamente iguais, de 20 pontos percentuais, representativos de um quinto do grupo total analisado, corroborando-se que a cada subida no conceito temos o aumento em um quinto (20 %) da participação da população analisada.

Para ilustrarmos a conceituação, visualizamos a legenda abaixo

CONCEITOS PERCENTUAL DA POPULAÇÃO VOLUME DA POPULAÇÃO

A	80% a 100%	143 a 174
B	60% a 79%	107 a 142
C	40% a 59%	71 a 106
D	20% a 39%	36 a 70
E	0% a 19%	0 a 35

<u>Fatores primários</u>		<u>Fatores Secundários</u>		<u>Fatores Terciários</u>	
Já foi ao Dentista	A	Cada pessoa tem uma escova	A	Nível de Placa	€
		Uso de fio dental	B		
				Índice de Sangramento	£
		Frequência de escovação	C		

Tabela 2 – Exemplo de Transposição de dados.

Para exemplificarmos a análise conceitual por volume populacional, vemos na parte da Tabela 2 exposta acima, que numa observação de causa e efeito, como por exemplo: o fator de frequência de escovação (Conceito C) é diretamente proporcional ao resultado obtido de nível de placa encontrado (Conceito C), pois uma concentração da população estudada em relação à escovação (comportamento) influi no resultado de termos este mesmo volume com menos de

100% de placa, pois podemos ver que os conceitos são os mesmos, respeitados os pesos relativos à importância dos mesmos no sentido de causa / efeito.

Os fatores foram relacionados de forma que foram dispostos em fatores primários, secundários e terciários, onde:

Fatores primários – os que advindos pelas entidades (Governo, profissionais de saúde, dentistas, familiares, afins, etc) trazem informação ou estrutura pública para o desenvolvimento da saúde oral, onde temos a formação de opinião dos responsáveis de como tratar da higiene oral pessoal e dos seus filhos;

Fatores secundários – os que advindos pela influência dos fatores primários evoluem perante responsáveis e crianças denotando em condicionamento das informações obtidas e dependendo do nível de esclarecimento conquistado, o surgimento de comportamento positivo, o qual irá refletir na saúde oral.

Fatores terciários – os que advindos pela influência do comportamento dos fatores secundários denotam uma margem de saúde oral vista na população.

5 RESULTADOS

5.1 EQUACIONAMENTO DOS FATORES

Os resultados obtidos através da tomada de informações junto aos responsáveis foram transformados em percentuais e conceituados, como segue nas tabelas abaixo. .

N %b Conceito

Fator	Já Foi ao dentista?				A
Resp	sim (1)	163	94		A
	não (2)	14	8		E

Tabela 3 - Já foi ao dentista?

Fator	Frequência de escovação				C
Resp	3x ad (1)	88	51		C
	2x ad (2)	61	35		D
	1x ad (3)	12	4		E

Tabela 4 - Frequência de escovação.

Fator	Informação de Hig Oral				C
Resp	Profissionais de saúde (1)	128	74		B
	Familiares (2)	58	33		D
	Mídia (3)	91	52		C
	Escola (4)	82	47		C

Tabela 5 - Informação de Hig. Oral.

Fator	Cada pessoa tem uma escova na casa				B
Resp	Sim (1)	134	77		B
	Não (2)	23	13		E

Tabela 6 - Cada pessoa tem uma escova na casa.

N % Conceito

Fator	Vocês usam fio dental				B
Resp	Sim (1)	115	66		B
	Não (2)	61	35		D

Tabela 7 - Vocês usam fio dental.

Fator	Seu filho foi ao dentista antes dos 6 anos				B
Resp	Sim (1)	106	61		B
	Não (2)	71	41		C

Tabela 8 - Seu filho foi ao dentista antes dos 6 anos.

Subfator	Motivo 1: Dor	42	24	24	D
	Motivo 2: Carie	37	21	21	D
	Motivo 3: Prevenção	27	16	15	E

Tabela 9 - Motivos da ida ao dentista antes dos 6 anos.

Fator	Conhecimento de dieta prejudicial				B
Resp	Açúcar (1)	153	88		A
	Bebidas açucaradas (2)	107	61		B
	Refrigerante (3)	104	60		C
	Doces e balas (4)	153	88		A
	Leite com chocolate (5)	76	44		C
	Salgadinhos Chips (6)	85	49		C

Tabela 10 - Conhecimento de dieta prejudicial.

5.2 FREQUENCIA DE CONSUMO GERAL

Fator	Frequência de consumo de refrigerante				B
Resp	2 x ad (1)	54	31		D
	1x ad (2)	16	9		E
	às vezes (3)	90	52		C
	raramente (4)	17	10		E

Tabela 11 - Frequência de consumo de refrigerante.

Fator	Frequ. de consumo de Leite com Açúcar				D
Resp	2 x ad (1)	99	57		C
	1x ad (2)	22	13		E
	às vezes	28	16		E
	Raramente	28	16		E

Tabela 12 – Frequência de consumo de Leite com Açúcar.

N % Conceito

Fator	Frequ. de consumo de Biscoitos Salgados				C
Resp	2 x ad (1)	74	43		C
	1x ad (2)	18	10		E
	às vezes	69	40		C
	Raramente	16	9		E

Tabela 13 – Frequência de consumo de Biscoitos Salgados.

Fator	Freq. de consumo de Goma de Mascar				C
Resp	2 x ad (1)	75	43		C
	1x ad (2)	9	5		E
	às vezes	52	30		D
	Raramente	41	24		D
Fator	Freq. de consumo de Caramelos e Doces				C
Resp	2 x ad (1)	87	50		C
	1x ad (2)	21	12		E
	às vezes	59	34		D
	Raramente	18	10		E

Tabela 14 - Frequência de consumo de Goma de Mascar e de Caramelos e doces.

Fator	Freq. de consumo de Vegetais				C
Resp	2 x ad (1)	52	30		D
	1x ad (2)	25	14		E
	às vezes	39	22		D
	Raramente	61	35		D

Tabela 15 – Frequência de consumo de Vegetais.

Fator	Freq. de consumo de Queijo				D
Resp	2 x ad (1)	28	16		E
	1x ad (2)	14	8		E
	às vezes	61	35		D
	Raramente	76	44		C

Tabela 16 - Frequência de consumo de Queijo.

Fator	Freq. de consumo de Frutas				C
Resp	2 x ad (1)	67	39		D
	1x ad (2)	20	11		E
	às vezes	53	30		D
	Raramente	37	21		D

Tabela 17 – Frequência de consumo de Frutas.

5.3 CPOD

O CPOD encontrado aponta uma situação onde o número absoluto de crianças livres de cárie é relevante em todas as faixas - etárias (Tabela 18 e Gráfico 1). Outro fator a ser considerado é que o CPOD encontrado ficou centralizado entre os índices 1,2 e 4 (Tabela 20, Gráfico 3). Quando o dado de CPOD é posto em percentual podemos visualizá-lo de uma forma bem homogênea no que diz respeito a todas idades (Tabela 19 e Gráfico 2).

Idade	N	CPOD 0	CPOD1	CPOD2	CPOD3	CPOD4	CPOD5	CPOD6	CPOD7	Total de dentes cariados
9	42	26	5	6	0	4	0	0	1	16
10	62	40	9	5	2	3	2	1	0	22
11	31	20	2	5	1	1	0	0	2	11
12	39	26	5	3	0	1	2	1	1	13
Total	174	112	21	19	3	9	4	2	4	62

Tabela 18 - CPOD Absoluto das crianças dividido por idade.

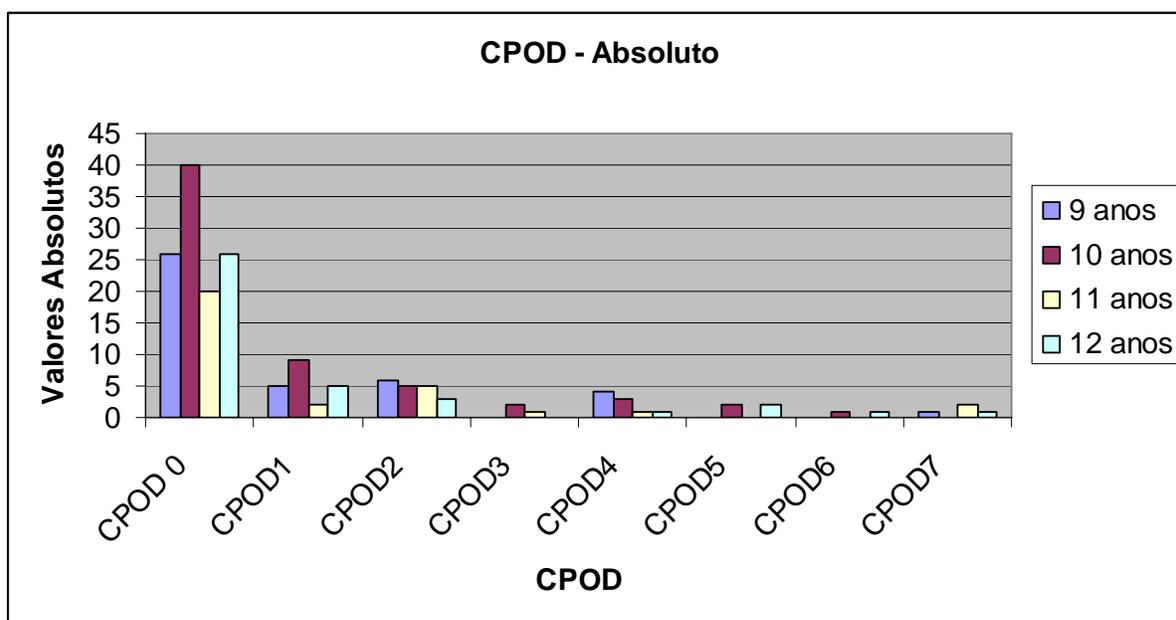


Gráfico 1 - CPOD Absoluto dividido por idade.

Idade	N	CPOD 0	CPOD1	CPOD2	CPOD3	CPOD4	CPOD5	CPOD6	CPOD7	Total
9	42	62%	12%	14%	0%	10%	0%	0%	2%	38%
10	62	65%	15%	8%	3%	5%	3%	2%	0%	35%
11	31	65%	6%	16%	3%	3%	0%	0%	6%	35%
12	39	67%	13%	8%	0%	3%	5%	3%	3%	33%

Tabela 19 - Percentual do CPOD por idade.

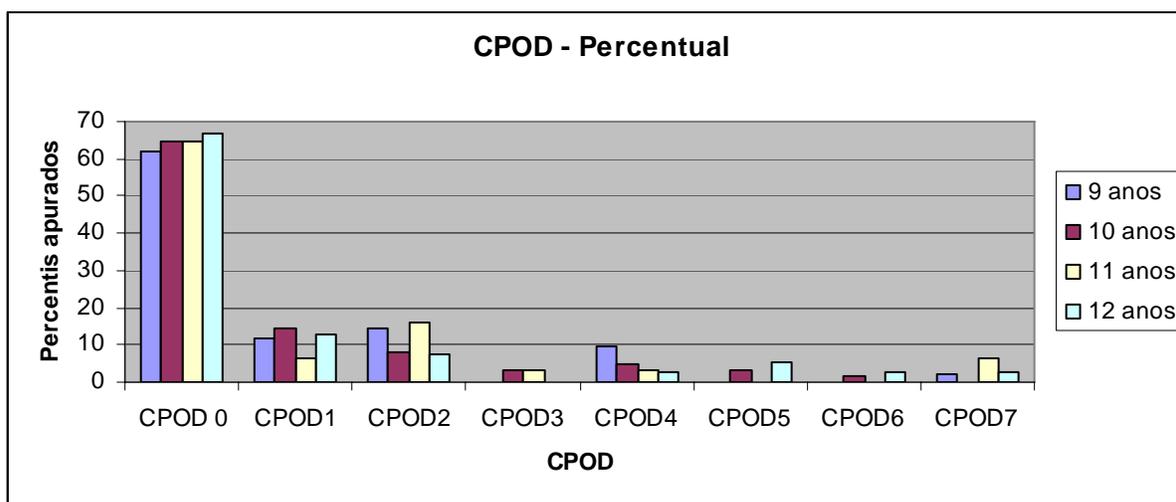


Gráfico 2 - Percentual do CPOD por idade.

	N	CPOD 0	CPOD1	CPOD2	CPOD3	CPOD4	CPOD5	CPOD6	CPOD7
Absoluto	174	112	21	19	3	9	4	2	4
Percentual	100	64	12	11	2	5	2	1	2

Tabela 20 - Percentual do CPOD das crianças entre 9-12 anos.

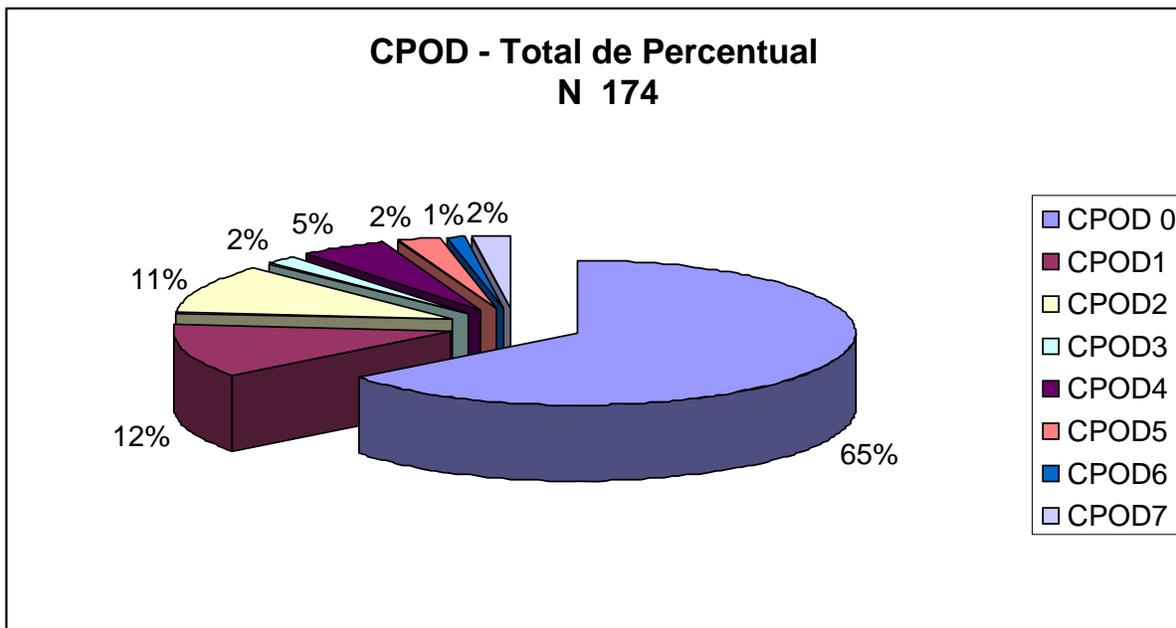


Gráfico 3 - Percentual do CPOD das crianças entre 9-12 anos.

O valor do CPOD foi fragmentado, para análise do percentual de dentes cariados, perdidos e obturados separadamente de forma que pudéssemos avaliar a necessidade de tratamento odontológico na amostra estudada por idade. Nesse caso foi exposto o CPOD 0 para que fosse melhor visualizado (Tabela 22 Gráficos 4, 5, 6 e 7)

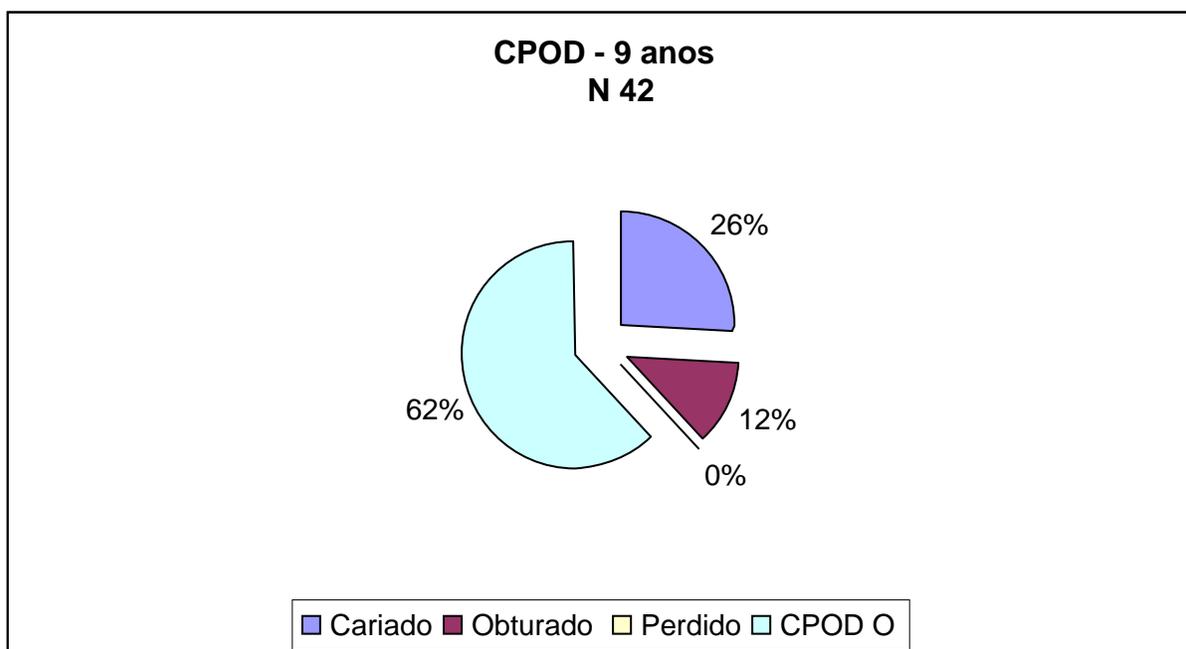


Gráfico 4 - Análise do CPOD das crianças de 9 anos.

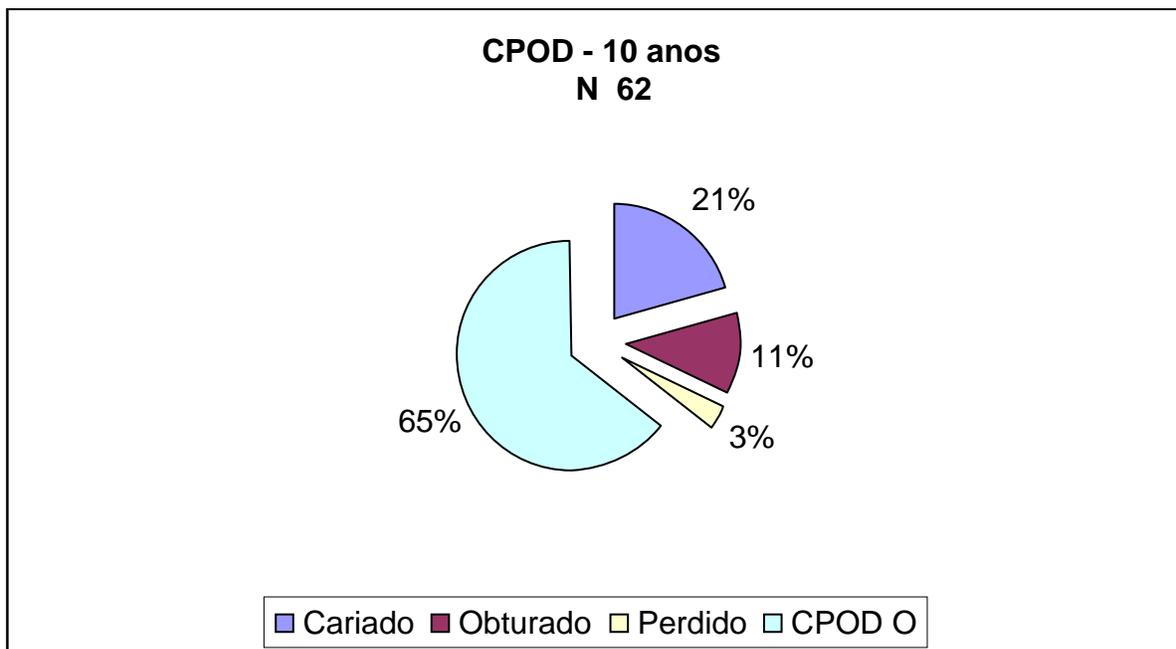


Gráfico 5 - Análise do CPOD das crianças de 10 anos.

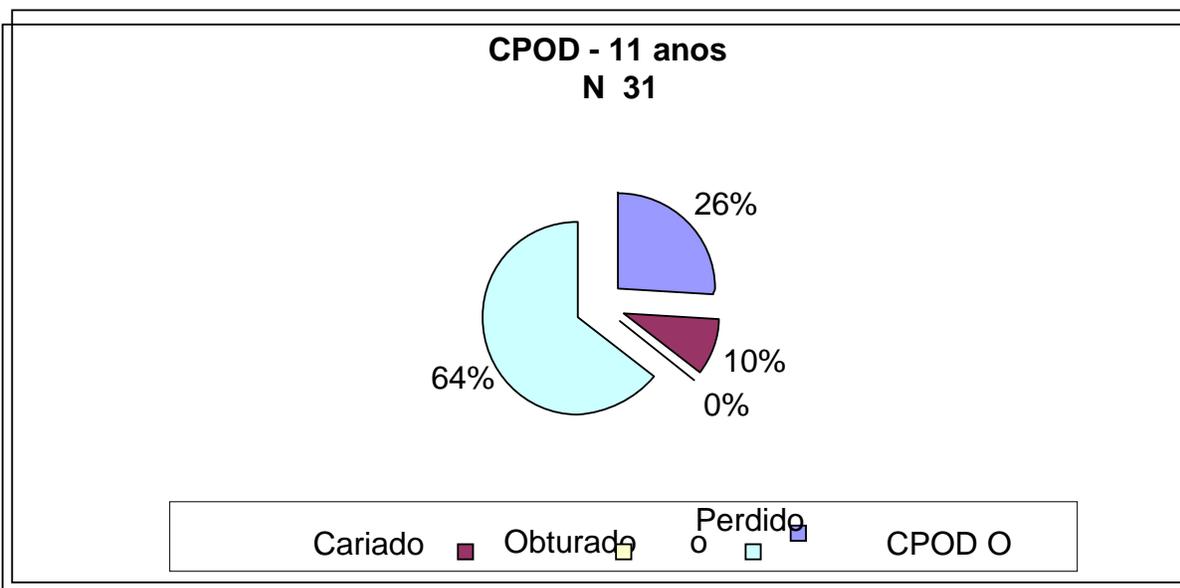


Gráfico 6 - Análise do CPOD aos 11 anos.

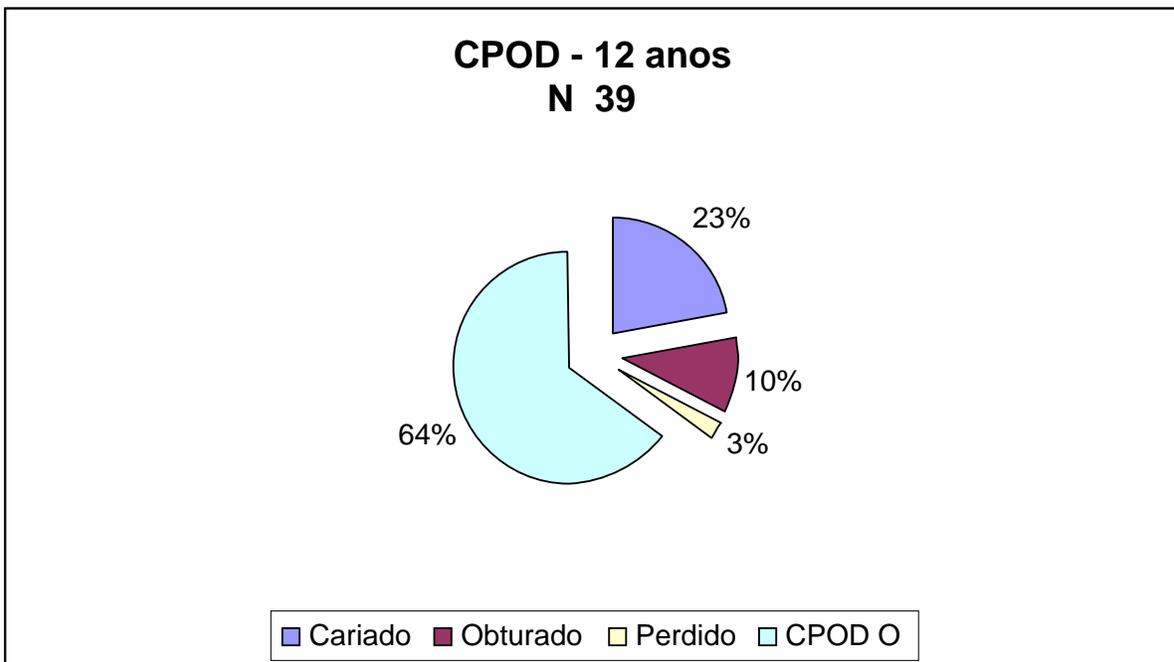


Gráfico 7 - Análise do CPOD aos 12 anos.

Com isso o CPO médio da população se mostrou baixo e com uma média de 0,4 para todas as idades, índice dentro do preconizado pela OMS para 2010 (Tabela 22)

Idade	Cariado	Obturado	Perdido	CPOD 0
9	26	12	0	62
10	21	11	3	65
11	26	10	0	64
12	23	10	3	64
Média	24	10,75	1,5	63,75
Conceito	D	E	E	B

Tabela 21 - CPOD com valoração da média de percentuais apurados.

Com isso o CPO – médio da população avaliada foi de 0,4 sendo este baixo e com uma média desejada pela OMS (Tabela 22).

5.4 CPO

Idade	N	CPOD	CPO
9	42	16	0,4
10	62	22	0,4
11	31	11	0,4
12	39	13	0,3

Tabela 22 - CPO por idade.

5.5 NÍVEL DE PLACA

Os resultados do nível de placa foram divididos em três partes:

- de 0% a 25%,
- de 26% a 99% e
- de 100%.

Os dados foram divididos por idade e relacionados aos níveis de placa, onde temos um grande número de crianças com níveis de placa em 100% (Gráfico 8). Quando observamos o nível de placa em números absolutos é nítida uma diferença entre as colunas do gráfico, porém, quando essa avaliação é feita em cima do percentual observamos um gráfico mais homogêneo (Gráfico 9).

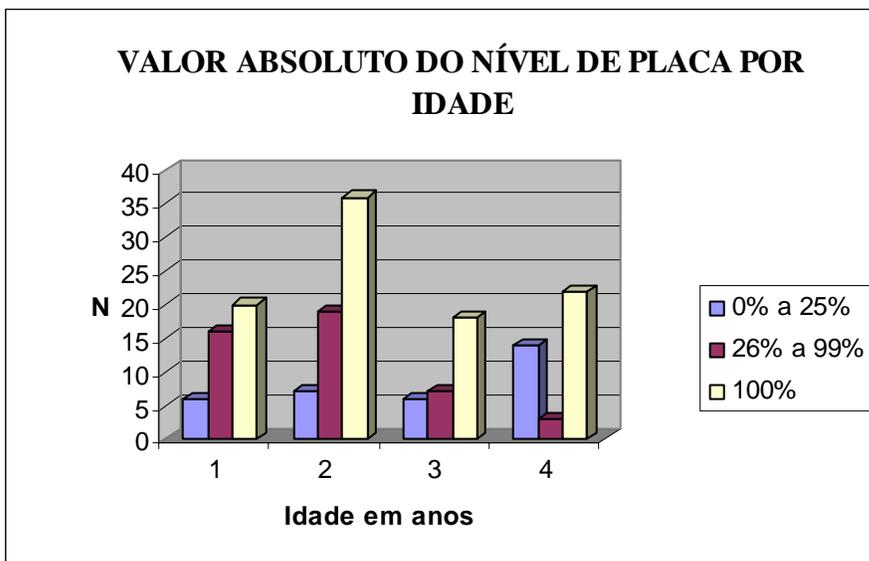


Gráfico 8 - Nível de Placa dividido por idade.

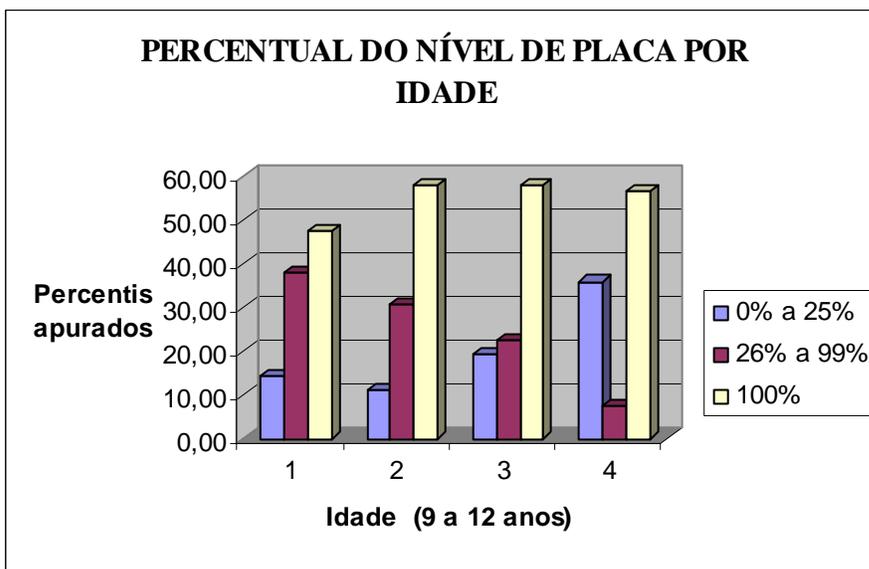


Gráfico 9 - Nível de Placa em percentual por idade.

Dessa forma ficou expressado no Gráfico 10 o nível de placa da população geral (9-12 anos) em relação aos índices de placa apurados onde no eixo de “X” temos a correlação:

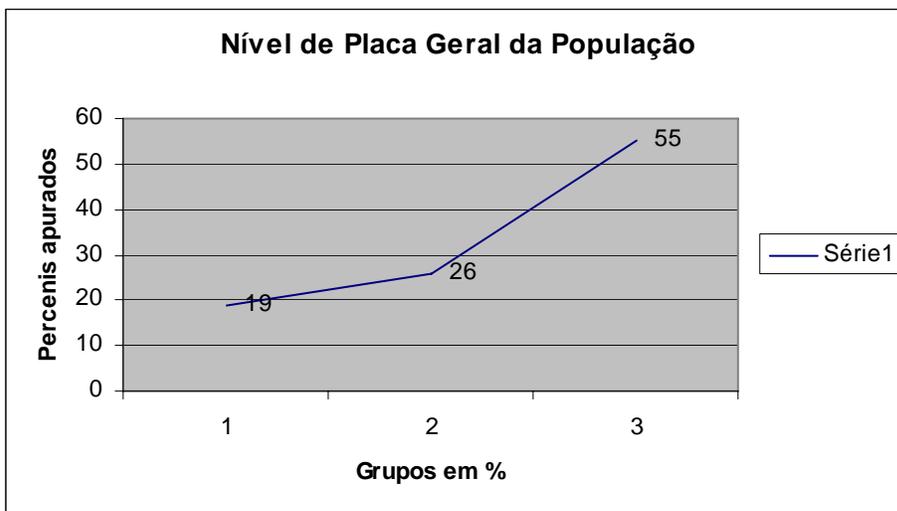


Gráfico 10 - Gráfico do Nível de Placa Geral da População.

1	2	3
0% a 25%	26%-99%	100%

Tabela 24 - Legenda do Gráfico 10.

5.6 ÍNDICE DE SANGRAMENTO GENGIVAL

O índice de sangramento se apresentou ausente na maioria dos casos em todas as idades

(Gráfico 11, Tabela 23)

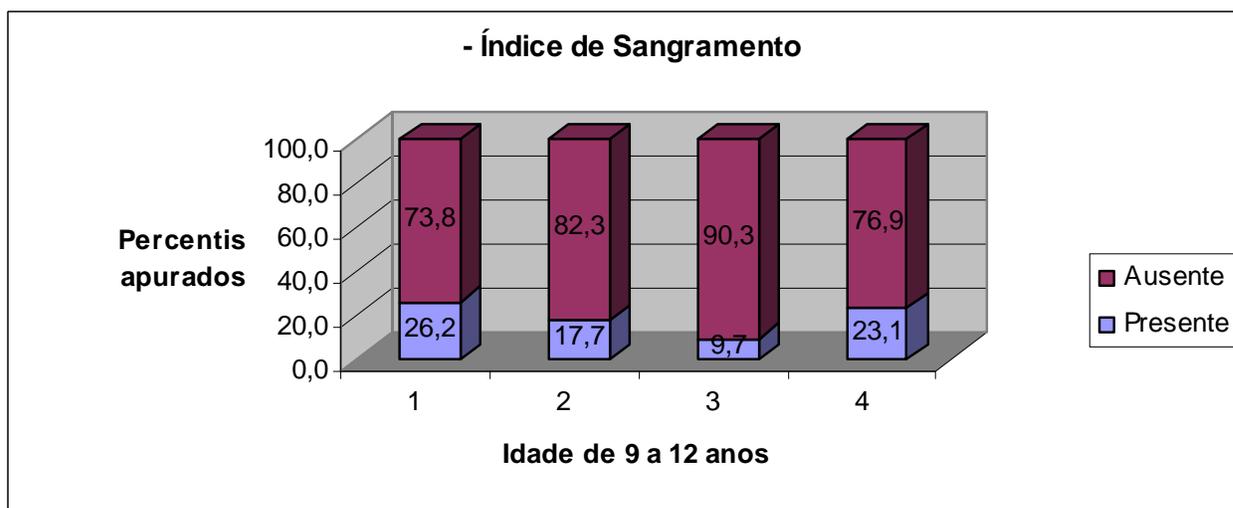


Gráfico 11 - Percentual do índice de sangramento dividido por idade.

Denotando o conceito resultante “B”.

Idade	% de Ausente	Conceito
9	73,8	B
10	82,3	A
11	90,3	A
12	76,9	B

Tabela 23 - Conversão do valor percentual para conceito. Índice de sangramento, idade X % X conceito.

<u>Fatores primários</u>		<u>Fatores Secundários</u>		<u>Fatores Terciários</u>	
Já foi ao Dentista	A	Cada pessoa tem uma escova	A	Nível de Placa	C
		Uso de fio dental	B		
		Frequência de escovação	C		
		3 x ao dia	C		
		2 x ao dia	D		
		1 x ao dia	E		
		Ida ao dentista antes dos 6 anos	B		
Aquisição de Informações de Higiene Oral	C	Motivos:			
		Dor	E		
Profissionais de saúde	B	Carie	E		
Mídia	C	Prevenção	E		
Escola	C			Índice de Sangramento	B
Familiares	D				
		Conhecimento de dieta prejudicial	B	Livres de Cárie	B
		Açúcar; Doces e Balas	A	Cárie	D
		Bebidas Açucaradas	B	Obturação	E
		Refrigerante	B	Perda do Dente	E
		Salgadinhos Chips	C		
		Leite com chocolate	C		
		Frequência de consumo de:	C		
		Refrigerante	D		
		Leite com Açúcar	B		
		Biscoitos salgados	C		
		Goma de Mascar	C		
		Caramelos e Doces	C		
		Vegetais	C		
		Queijo	D		
		Frutas	C		

Tabela 24- Consolidação de resultados através da homogeneização de valoração de números apurados através do uso de conceitos.

6 DISCUSSÃO

Os dados disponibilizados pela secretaria de saúde do município permitiram fazer um breve perfil da população estudada, sendo que se vislumbrou o volume de 378 crianças (entre 7-14 anos de idade) residentes. Dessas crianças, 95,50% freqüentam a escola.

A região abordada está situada em um município de pequeno porte demográfico de características rurais com grande influência urbana. Entre as influências urbanas de destaque em relação à cárie temos que quanto maior a concentração populacional, adquirimos, em geral, maior urbanidade o que vai potencializar maior infra-estrutura e ferramentas para o combate a doenças. Dentro da situação concernente à higiene oral, veremos no próximo tópico o quanto se faz importante a situação sócio-econômica. Perante a idade populacional (9 a 12 anos) temos o possível aumento de cárie, proporcional ao aumento da idade, teoria que sofreu confrontação em nossos resultados, pois da amostra estudada obtivemos uma faixa de existência de dentes cariados oscilando de 20% a 26%, nas idades de 9 a 12 anos, sem demonstrar uma curva ascendente, como seria esperado. Em 2002, BAKIAN, apurou no estado do Paraná, que os municípios de pequeno porte demográfico apresentaram CPOD maior, do que os CPOD, dos municípios de maior porte. Novamente acreditamos que os fatores de infra-estrutura (urbanidade) agiram de forma positiva.

Observamos que o abastecimento de água está dividido em 60,32% pela rede pública; 6,76% por poços ou nascente; 32,92% através de outros meios não identificados. Observamos que o tratamento de água é realizado das seguintes formas: 59,96% por filtração das casas; 8,90% através da cloração; 2,49% por fervura; 28,65% sem tratamento. De forma relevante salientamos que apenas 0,71% das casas possuem sistema de esgoto e 95,20% utilizam fossa.

A partir da informação acima podemos considerar que estamos trabalhando com uma amostra de nível sócio –econômico baixo. Esse dado nos abre uma série de questionamentos, tais como a possibilidade de encontrarmos uma amostra com alto índice de CPOD, alto índice de nível de placa em 100% e uma alta presença de sangramento à sondagem (LEITE, 2000; MALTZ, 2001)

Alguns trabalhos como os de BAKIAN, 1996, relatam essa situação onde ele encontrou dados que fortalecem as afirmativas de que municípios de menor porte demográfico possuem maiores índices de CPOD pelo fato das pessoas de baixa renda terem uma dieta mais cariogênica, até mesmo pelo baixo custo do açúcar para o brasileiro; e que quanto maior o grau de escolaridade dos pais melhor serão os hábitos de higiene oral, mais especificamente a frequência de escovação das crianças (PERES, 2000).

Por outro lado, em decorrência da aplicação de procedimentos de atenção primária, como a fluoretação de água de abastecimento, e, a aplicação de projetos de prevenção tais como: entregas de kits de escovação fez com que o índice de cárie viesse a ter uma redução de até 68,2% aos 12 anos de idade (NARVAI, 2000).

Esse fato vem sendo comprovado com dados de diversas pesquisas realizadas pelo Brasil, principalmente nas regiões sul e sudeste. O presente trabalho apontou para esta tendência, onde nos foi apresentada uma amostra inicialmente de caráter social desfavorável, porém apresentando índices de CPOD favoráveis (Gráficos 4, 5, 6 e 7) e apresentando CPO médio 0,4 (Tabela 22; considerado baixíssimo estando, inclusive, enquadrado nas expectativas da OMS para o ano de 2010. Cabe ainda considerar o fato de estarmos trabalhando com um grupo de faixa-etária entre 9-12 anos de idade (Gráfico 2), e que se comportou de forma homogênea diante dos resultados, fato não muito esperado visto que o índice de CPOD tende a aumentar proporcionalmente com a idade (FREIRE, 1994).

Graças à conceituação de valores podemos analisar, quais fatores poderiam estar presentes e como os mesmos influenciariam no comportamento das pessoas, determinando a situação de saúde oral das crianças. A análise comparativa da Tabela 24 será relatada a seguir.

Na primeira coluna da Tabela 24 encontramos os fatores primários, que foram divididos em dois tópicos: a ida ao dentista e a aquisição de informação de higiene oral, ou seja, cada pessoa respondeu de quem já havia recebido alguma informação sobre higiene oral. A conceituação para esses fatores foi “A” para “Ida ao Dentista” e “C” para “Aquisição de informação de Higiene Oral”, sendo que este último fator abrange (com seus respectivos conceitos), conforme abaixo: Profissionais da área de saúde “ B ”, Mídia “ C “, Escola “ C ” Familiares “ D “.

Quando observamos a segunda coluna, a que reflete a situação de efeito sobre a primeira coluna, percebemos o sentido de causa/efeito entre “as entidades fornecedoras de conhecimento de higiene oral” e a evolução de conhecimento, condicionamento e comportamento por parte de usuários da saúde oral”. Por exemplo, em relação à “Ida ao Dentista” tem o que segue.

Se a “Ida ao Dentista” (que tem conceito “A”) está influenciando no comportamento das pessoas, temos que o conceito para o fato de “Cada pessoa ter uma escova de dente” foi “A”, então se deduz, que aquelas pessoas que já foram ao dentista, foram de forma proporcional instruídas e condicionadas.

Sobre o “Uso de fio dental” o conceito é “B”, ou seja, nem todas as pessoas que já foram ao dentista adquiriram o hábito de usar fio dental, porém sabemos que outros fatores podem estar contribuindo para isso, como o fator sócio-econômico (financeiro de uma população de baixa renda).

O fator “Frequência de escovação” merece uma atenção especial, visto que pode ser determinante do desenvolvimento das doenças orais, principalmente a doença periodontal

(ADDY, M., 1989) A “Frequência de escovação” teve conceito “C”, o que determina que de acordo com a primeira coluna a influência maior sobre essa população está sendo efetuada pela “mídia” e pela “escola”, ambas obtiveram conceito “C”, ou seja das pessoas que já foram ao dentista, muitas não foram devidamente condicionadas/motivadas a terem o hábito de escovar seus dentes “3x ao dia”, enquanto deveríamos esperar um comportamento diferente dessa população, quando recebemos a informação de que 80% a 100% já foram ao dentista alguma vez.

Outra questão abordada foi sobre os pais, que levaram seus filhos ao dentista antes dos seis anos de idade, e qual teria sido o motivo da consulta. O conceito para a “ida ao dentista antes dos seis anos” foi “B” e os motivos (agindo como sub-fatores) foram: “dor”, “cárie” e “prevenção”; todos os três obtiveram conceito ‘E’. Esse conceito denota uma realidade não favorável, onde uma minoria se preocupa em prevenir doenças orais de seus filhos.

Quando abordamos o fator dieta e frequência de ingestão de alguns alimentos, chegamos a conclusão de que, as pessoas têm um conhecimento sobre ingestão de alimentos prejudiciais aos dentes de conceito “B”. Quando abordado sobre: “Açúcar”, “doces e balas” esse reconhecimento denotou o conceito “A”. “Bebidas “açucaradas” e refrigerantes” houve a apresentação do conceito “B” “Salgadinhos chips” e “leite com chocolate”, obtiveram o conceito “C”.

Isso mostra a limitação da população para reconhecer como alimentos prejudiciais apenas alimentos, que estejam com seus nomes diretamente ligados à palavra açúcar. Para a frequência de consumo dos alimentos, temos: Refrigerante “D”, Leite com açúcar “B”, Biscoito salgados “C”, Goma de Mascar “C”, Doces e Balas “C”, Vegetais e Frutas “C”, Queijos “D”.

O consumo de refrigerante pode ser questionado, pois essa baixa frequência de consumo pode ser decorrente do baixo poder aquisitivo dessa população, biscoitos salgados obteve conceito “C” assim como goma de mascar, doces e balas, os três últimos itens podem ser

questionados visto que o questionário foi respondido pelos pais e sabemos que as crianças passam uma parte do tempo distante dos pais, na escola, onde geralmente é o momento em que elas desfrutam desse tipo de produto, e ainda segundo WIITT, 1990 pessoas de nível sócio-econômico baixo tendem a ingerir mais alimentos açucarados até mesmo por causa do preço acessível . O consumo de vegetais e frutas teve conceito “C” e o consumo de queijo obteve conceito “D” o que mostra a realidade e um pouco do perfil da dieta dessa população, uma dieta bem simples.

Se o conhecimento geral de uma dieta prejudicial em relação à cárie atingiu o conceito “B”, aceitando a resistência natural a uma mudança de comportamento mais saudável, porém mais trabalhosa foi apurado que a frequência de consumo com uma melhor gerência dos alimentos demonstrou – nos um conceito “C”. Portanto, deveríamos observar na situação de crianças livres de carie, um conceito “C” perante a frequência de consumo, mas graças a outros fatores benéficos (escovação, uso de fio dental e flúor), esta situação se apresentou com conceito “B”. É importante conhecermos a dieta, visto que ela possui forte relação com a composição da placa. (SANTOS, 2001)

Diante da avaliação ora descrita, iremos discutir se os resultados clínicos correspondem às expectativas geradas pelas duas colunas iniciais. Da amostra estudada obtivemos mais de 50% em todas as faixas – etárias um nível de placa (conceito “C”) em 100%, o que denota um comportamento deficitário em se tratando de saúde oral, com baixa frequência de escovação (conceito “C”) entre outros fatores relacionados à saúde oral. Embora o nível de placa tenha o conceito “C” o índice de sangramento se apresentou com o conceito “B”, onde se denota que das crianças que possuem níveis de placa com percentual de 100% apenas uma pequena parte apresenta sinais clínicos de doença gengival, sendo este um resultado esperado a partir do

momento que estamos trabalhando com uma faixa-etária com menores chances de desenvolver doença periodontal (TOASSI, 2002)

Em relação ao CPOD podemos afirmar um dado importante que denota uma realidade que tem sido bastante observada; o CPO foi bem baixo, porém quando avaliamos o CPOD foi observado que ele ficou concentrado entre CPOD 1 e CPOD 2, em até 30% da apuração total, e que o número de dentes obturados é bem pequeno em torno de 10% contra 30% de dentes cariados, ou seja, existe uma necessidade de tratamento em cima do CPO apurado. Esse tipo de resultado é bastante comum de ocorrer em lugares de nível sócio-econômico baixo, como o resultado encontrado por NORMANDO, 1990.

Dentro do esquema que foi proposto para análise dos dados, podemos observar que as pessoas detêm um conhecimento sobre saúde oral bom, porém o comportamento delas não está condicionado da forma que deveria. Esse fato pode ser explicado, quando analisamos os fatores da primeira coluna da tabela, onde é visto que as pessoas estão sendo mais atingidas pela mídia e pela escola no que diz respeito à aquisição de informação sobre higiene oral. Dessa forma fica conveniente que o profissional da área de saúde tenha condições de atuar na mídia e/ou na escola de maneira direta na orientação das pessoas (SMITH, 19874; MUDAWI, 1989)

7 CONCLUSÕES

Conforme o objetivo pretendido neste trabalho concluímos que existe a necessidade de promover junto a mídia e as escolas, um programa de planejamento estratégico efetuado por profissionais da área de saúde que vise a formação de saúde oral para as crianças e seus responsáveis. O intuito desse programa será desenvolver ao máximo o condicionamento eficaz, que irá corroborar para uma mudança de hábitos concretizando um comportamento que determine melhores condições de saúde oral.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADDY, M., et.al. **The effect of toothbrushing frequency, toothbrushing hand, sex and social class on the incidence of plaque, gingivitis and pocket in adolescents: a longitudinal cohort study.** Community Dental Health, 7., 237-247 (1990).

AXELSON, P. A. **Odontologia preventiva deve basear-se no controle de placa dentária. Estabelecimento de higiene bucal dirigida para a localização da placa e das doenças dentárias.** Edição Conjunto da Faculdade de odontologia da Universidade de São Paulo e da Associação Brasileira de Odontologia Preventiva, 1981.

BAKIAN, M.H et.al. **Cárie dental e condições sócio-econômicas no estado do Paraná, Brasil, 1996.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18 (3):755-63, mai-jun, 2002.

BASTOS, R.S. et al. **Declínio de cárie dentária e incremento no percentual de escolares, de 12 anos de idade, livres da doença, em Bauru, São Paulo, entre 1976-1995.** Revista de Saúde Pública, 10 (2): 75-80, 2002.

BUISCHI, Y.D.P. **Promoção de Saúde Bucal na clínica Odontológica.** São Paulo: Artes Médicas. 2000. 336 p.

CANGUSSU, M. T. et.al. **Epidemiologia e iniquidade em saúde dental aos 5, 12 e 15 anos de idade no município de Itabatiba, São Paulo, 2000.** Revista de Saúde Pública, v.9, n.1/2, p.77+85, jan/jun, 2001.

CARRANZA JR, F. A. **Periodontia clínica.** Newman, MG, Guanabara Koogan. 8ª ed. Cap.5 p. 65-76.

CARLSSON, P.; STRUZYKA, I.; WIERZBICKA, M.; et al. **The effect of a preventive Program on dental caries and mutans streptococci in Polish school children.** Accepted for publication in Community Dentistry and oral Epidemiology.

CARVALHO, J. C., Ekstrend, K. R., Thylstrup, **A Dental plaque and caries on occlusal surfaces of first permanent molars in relation to stage of eruption.** Journal Dental Research, 68: p.773-9, 1989.

CARVALHO, J. C., Ekstrend, K. R., Thylstrup, **Results after 3 years of non operative occlusal caries treatment of eruption first permanent molars.** Community Dental Epidemiol, 20: 187-92, 1992.

CURY, A. J. et.al. **The importance of fluoride dentifrices to ,current Dental Caries Prevalence in Brazil.** Braz Dent Journal 15 (3), 2004.

DE VRIES, RUIKEN, H.M.HM. **Preventive dental health behavior in adolescence.** Ned Tijdschr Tandheelkd 1987; 94:5-8. Apud MUDAWI, A.;M.;Y. Knowledge and attitudes towards Oral Health among Sudanese School Children. Malmö, Sweden, 1989. University of Lund School of Dentistry.

FREIRE, M.C.M, et al. **Prevalência de cárie e necessidades de tratamento em escolares de seis a doze anos de idade, Goiânia, GO, Brasil, 1994.** Revista de Saúde Pública, 31 (1): 44-52, 1997.

FREIRE, M.C.M, et al. **Prevalência de cárie e necessidade de tratamento em escolares de 6 a 12 anos da rede pública de ensino.** Revista de Saúde Pública, 33 (4), 385-90, 1999.

FREITAS, L.; B. **On the control of supragingival dental plaque.** Malmö, Sweden, 1990. University of Lund School of Dentistry, 1990.

FREYSLEBEN, G.R.; PERES, M.A. A .; MARCENES, W. **Prevalência de cárie e CPO-D médio em escolares de doze a treze anos de idade nos anos de 1971 e 1997, região Sul, Brasil.** Revista Saúde Pública; 34 (3) ;304-8, 2000.

FURLANI, P. A., 1993. **Influências dos aspectos sociais e culturais na prevalência de cárie dentária em escolares de Jaraguá do Sul, Curitiba.** Universidade Federal do Paraná.

GISSELSON, H.; BJORN, A. L.; BIRKHED, A. D. **Immediate and prolonged effect of individual preventive measures in caries and gingivitis susceptible children.** *Swed Dent J.* 7: 13-21, 1983.

GLANTZ, P.O. et.col. **Interfacial phenomena with reference to the oral cavity.** In : **Bender M. ed. Interfacial phenomena in biological systems.**

GLASSUD, P., H., ET COL. **Future elementary schoolteachers knowledge and opinions about Oral Health and Community Programs.** *Journal of Clinical Periodontology*, 1, p.222-231, 1974.

INTERNATIONAL DENTAL FEDERATION. **Goals for Oral Health in the year 2000.** Jan, 1982.

RAJAB, L.D., P.E., Petersen, G. Bakaeen & M.M. Hamdan. University of Jordan, Amman, Jordan University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark, and **World Health Organization**, Geneva, Switzerland.

LEITE, I.C.G. **Cárie dentária na dentição decídua de crianças assistidas em algumas em algumas creches públicas em Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.** *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 16(3):717-722, jul-set, 2000.

LÖE, H. **The gengival index, the plaque index and retention index systems.** *Journal Periodontol.* v.38, Suppl., p. 610-616, Nov/Dec. 1967.

LÖE H, Theilade E, Jensen S.B. **Experimental Gingivitis in man.** *Journal Periodontol*; 36:177-87, 1965.

LÖE, H., von der Fehr, F.R., Schiott, C.R. **Inhibition of experimental caries by plaque prevention. The effect of clorexidine mouthrinses.** *Scand. Journal Dental Research*, 80: 1-9, 1972.

MALTZ, M. et.al. **Relação entre cárie, gengivite e fluorose e nível socioeconômico em escolares.** *Revista de Saúde Pública*; 35 (2) p. 170-176, 2001.

MARKKANEN,H. et al. **The need for periodontal treatment in Relation to socioeconomic status and health behavior.**

MARTINS,E. M. **Educação em saúde bucal os desafios de uma prática.** Caderno de Odontologia. V. 1, n. 2, p. 30-40, 1998.

MINISTERIO DA SAUDE, **Levantamento Epidemiológico em saúde Bucal:Brasil, zona Urbana, 1986-**, Secretaria Nacional de programas Especiais de Saúde, Divisão Nacional de Saúde bucal, Fundação Serviços de Saúde Pública._ Brasília:Centro de documentação do Ministério da Saúde, 137 p., 1988.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Brasil Sorridente.**Série C:estudos e projetos, 4.; Natal, RN, 1998. Internet: www.angelonline.cjb.net. Capturado em novembro de 2005.

MORITA, M. C. et al. **Cárie Dentária: Declínio de prevalência em crianças de 6 a 12 anos em Londrina.** Iesus, v(4), Out/Dez, 1996.

MOSS, S. J. **Crescendo sem cárie.Um guia preventivo para os pais.**Stephen J. Moss, DDS. MS.Quintessence Publishing Co, Inc.1ª.edição, 1996.

NARVAI.P. C., Castellanos, R. A. & Frazão, P. 2000. **Prevalência de cárie em dentes permanentes de escolares no município de São Paulo.SP 1970-1996.**Revista de Saúde Pública, 34. 196-200, 2000.

NARVAI P. C. Frazão, P. & Castellanos, R.A, 1999. **Declínio na Experiência de cárie em dentes permanentes de escolares brasileiros no final do século XX.** Odontologia e Sociedade; 1 : 25-29, 1999.

NEWBRUM, E. **Conceitos atuais da etiologia da cárie.**In **Cariologia.** 2ª. edição São Paulo. Livraria e editora Santos. Ltda. 1988.p. 17-49.

NORMANDO, A. D. C e ARAÚJO, I.C. Prevalência de cárie dental de uma população de escolares da região Amazônica. Revista de Saúde Pública, 24 (4): 294-9, 1990.

PERES, K.G. et.al. **Severidade de cárie em crianças e relação com aspectos sociais e comportamentais.** Revista de Saúde Pública, 34 (4), p. 402-408, 2000.

PERES, M. A . **Prevalência de Cárie dentária em crianças aos doze anos de idade, em localidades do Estado de São paulo, Brasil, período 1990-1995.** Revista de Saúde Pública, 31 (6): 594-600,1997.

PEREIRA,A.C. **Odontologia em saúde coletiva.planejando ações e promovendo saúde.**São Paulo: Artmed, 2003.

RUDOLF, M. J.;GILBERT,L. **Oral health status knowledge, attitude and behaviour of Rivelda Primary School Children.** Tydskr Tadheelkd Ver S Afr, 1986, 41, 737-740.
Apude MUDAWI, A.;M.;Y.Knowledge and attitudes towards Oral Health among Sudanese School Children. Malmo, Sweden, 1989.University of Lund School of Dentistry.

SANTOS, N., CURY, J.A. **Relationship among Dental Plaque Composition, Daily Sugar Exposure and Caries in the Primary Dentition.** Caries Res; 36: 347-352, 2002.

TOASSI, R.F.C., PETRY, P.C. **Motivação no controle de biofilme dentale sangramento gengival em escolares.**

TOMITA, E.N. ET AL. **Preferências por alimentos doces e cárie dentária em pré-escolares.** Revista de Saúde Pública. 33 (6): 542-46, 1999.

VAUGHAN,J.P.;MORROW,R.H. **Epidemiologia para os municípios.** São Paulo: Hucite,1997.

Vipeholm (Gustafsson et. Al, 1954).

VIEGAS, Y.;VIEGAS, A . R. **Análise dos dados de prevalência de Cárie Dental na cidade de Campinas, SP, Brasil, depois de dez anos de fluoretação da água de abastecimento público.** Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 8: 399-409, 1974.

VON DER FEHR.;LÖE,H.T.E. **Experimental carie in man.** Caries Research.4 , 131-48, 1970.

WITT,M.,C.; RIGATTO.**Dental caries and socio-economic level.A pilot study and a protocol for further explanatory studies in Brazil.**1990. University of Oslo, Norway.

WITT,M.,C.,R. **Pattern of caries experience in a 12 year – old brazilian population related to socioeconomic background.** Acta Odontologica Scndinavia, 50. 1992.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Dental caries levels at 12 years .** May.p.9, 1994.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Oral health surveys. Basic methods.** Geneva: p. 22-44, 1987.

WRIGHT, F.A . C.; DENG,H.; SHI, S.T.**The Dental health status of 6 and 12 year old Beijing Schoolchildren in 1987.**Community Dental Health vol. 6, p 121-130, 1989.

ZELANTE,F. **Estudo sobre prevalência de cárie dental em diferentes grupos populacionais de Jacupiranga (Estado de São Paulo) e a sua possível relação com o teor de flúor naturalmente presente na água.** Revista da Faculdade de Odontologia de São Paulo 8 (1) p. 63-82. jan/jun. 1970.

9 ANEXOS

ANEXO I

TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome:

Idade:

Projeto:.

Responsável: Ludmila Menezes Alves de Azevedo.

Professora Orientadora: Liana Bastos Freitas Fernandes.

Mestrado Profissionalizante em Reabilitação Oral – Universidade Veiga de Almeida.

Eu, _____, responsável pelo aluno, declaro ter pleno conhecimento do que se segue.

1-Objetivo da pesquisa:

-Passar informações e conhecimentos sobre como prevenir as doenças orais, com programas mensais dentro de sala de aula.

-Inserir programa de Escovação Supervisionada e bochecho com fluoreto semanal.

- Apuração de dados clínicos; CPOD, Nível de placa e índice de sangramento.

2-Procedimentos necessários para sua realização:

-Exame bucal das crianças.

-Registro dos dados do exame em ficha.

-Questionário para os pais responderem.

3-Benefícios que possam ser obtidos:

-Orientações sobre medidas preventivas, como controle dos hábitos de higiene bucal e hábitos dietéticos.

4-Receberei as respostas ou esclarecimentos a qualquer dúvida acerca de assuntos relacionados com a pesquisa.

5-Tenho a liberdade de retirar o meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo.

6-A pesquisa manterá o caráter confidencial das informações, preservando a identidade do paciente.

7-Em caso de dúvida poderei esclarecê-las através de contato telefônico com a pesquisadora, pelo número (22) 27385464.

8-Estou ciente de que toda documentação do aluno poderá ser disponibilizada para fins de apresentação oral ou escrita a nível nacional ou internacional.

Armação dos Búzios, de _____ de 2005.

Assinatura do responsável

Assinatura da Pesquisadora

ANEXO II

QUESTIONÁRIO

1- Você já foi ao Dentista alguma vez?

Não Sim

2- Você faz alguma coisa para prevenir a doença cárie em você e no seu filho?

Não Sim

3-Marcas as substâncias que você considera prejudicial aos dentes:

Açúcar sim não Doces/balas sim não

Café com açúcar sim não Leite com chocolate em pó sim não

Chá com açúcar sim não Salgadinho tipo chips sim não

Refrigerante sim não

4-Marcas a frequência com que você e seu filho realizam higiene oral (apenas 1)

Escovação **3x ao dia** **2x ao dia** **1x ao dia** **Algumas vezes na semana**

Mãe

Filho

5- Seu filho foi ao Dentista antes dos seis anos de idade?

Não Sim

6- Se ele já foi ao Dentista alguma vez, qual foi o motivo da consulta?

Cáries **Traumatismo**

Prevenção **Outros**

Dor

7-Você já recebeu alguma informação sobre higiene oral? Se já recebeu, diga onde foi.

Dentista **Parentes**

TV **Jornais**

Pai/mãe **livros**

Médico **Revistas**

Rádio **Professores**

8- Seu filho escova os dentes com ajuda de alguém?

Não Sim

9- Quantas pessoas moram na sua casa, cada um tem sua escova? Vocês usam fio dental?

R: Até 3 () De 4 a 5 () De 6 a 8 () Mais de 8 ()

10- Para você é importante cuidar dos “dentes de leite” das crianças?

Não Sim

11- Marcar a frequência que seu filho consome os seguintes alimentos:

	2x ao dia	1x ao dia	às vezes	raramente/
Refrigerante	()	()	()	()
Leite com açúcar	()	()	()	()
Biscoitos salgados	()	()	()	()
Goma de mascar	()	()	()	()
Caramelos e balas	()	()	()	()
Vegetais crus	()	()	()	()
Queijos	()	()	()	()
Frutas frescas	()	()	()	()

ANEXO III

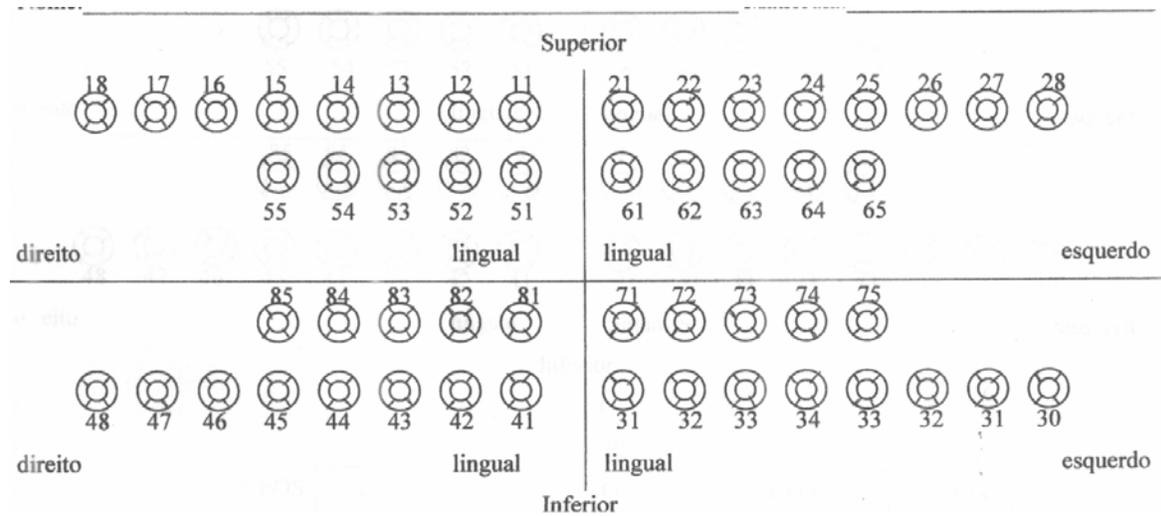
BFICHA CLÍNICA



Nome: _____ Idade: _____.

Índice de Placa.

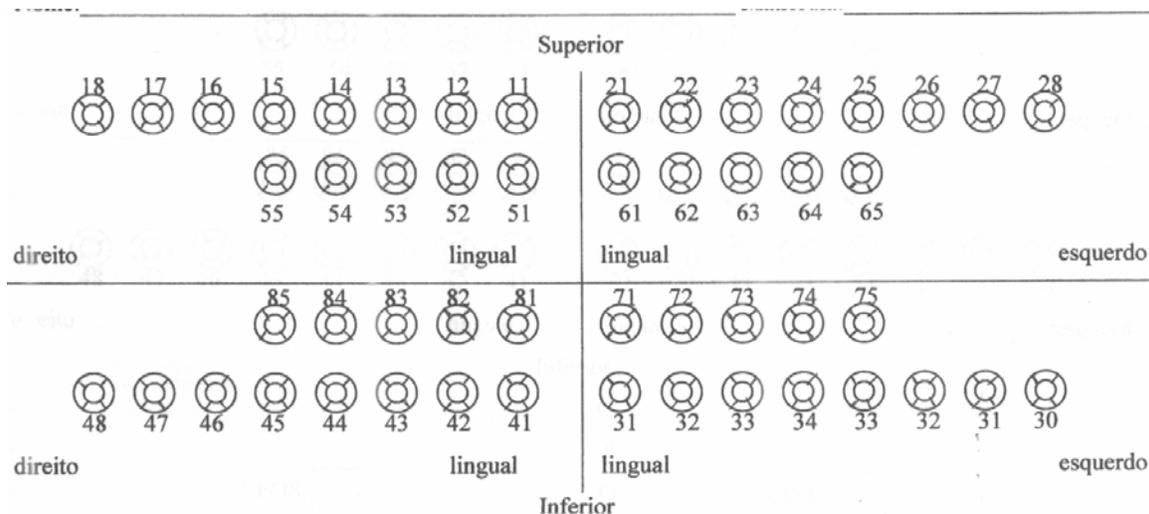
Data: _____



Resultado: _____.

- Índice de Sangramento Gengival.

Data: _____



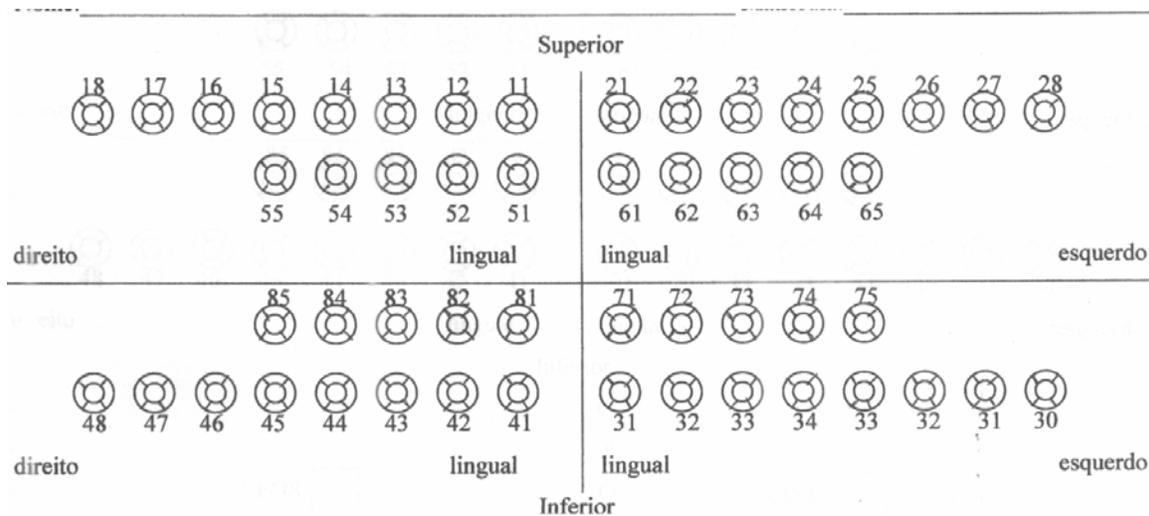
Resultado: _____.



Nome: _____ Idade: _____.

Índice de cárie.

Data:



CEOS ____

CPOS ____

ANEXO IV

FOTOGRAFIAS



Figura 1 - Biblioteca da ONG.



Figura 2 - Área externa da ONG.



Figura 3 - Sala de aula da ONG.



Figura 4 - Material para exame clínico.



Figura 5 - Realização de exame clínico.



Figura 5.1 - Realização de exame clínico.



Figura 6 - Placa Corada



Figura 7 - Placa Corada.



Figura 8 - Escovação Supervisionada.



Figura 9 - Uma das casas visitadas.



Figura 10 - Avaliação Clínica



Figura 11 - Avaliação do CPOD



Figura 12 - Situação clínica



Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)