



Universidade do Grande Rio “Prof. José de Souza Herdy”
UNIGRANRIO

Paulo Renato Martins Vaz

***Projeto Sorria Bairro-Escola: levantamento
epidemiológico e análise dos
condicionantes sócio-econômicos familiares
relacionados à saúde bucal dos pré-
escolares das creches municipais da cidade
de Nova Iguaçu, RJ, Brasil***

**Duque de Caxias
2008**

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

Paulo Renato Martins Vaz

***Projeto Sorria Bairro-Escola: levantamento
epidemiológico e análise dos
condicionantes sócio-econômicos familiares
relacionados à saúde bucal dos pré-
escolares das creches municipais da cidade
de Nova Iguaçu, RJ, Brasil***

Dissertação apresentada à Universidade do Grande Rio “Prof. José de Souza Herdy”, como parte dos requisitos parciais para obtenção do grau de mestre em Odontologia.

Área de concentração:
Odontopediatria

Orientador: Prof. Dr. José Massao Miasato

**Duque de Caxias
2008**

CATALOGAÇÃO NA FONTE / BIBLIOTECA - UNIGRANRIO

V393p Vaz, Paulo Renato Martins.

Projeto Sorria Bairro-Escola : levantamento epidemiológico e análise dos condicionantes sócio-econômicos familiares relacionados à saúde bucal dos pré-escolares das creches municipais da cidade de Nova Iguaçu, RJ, Brasil. – 2008.
82 f.: il. ; 30cm.

Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Universidade do Grande Rio “Prof. José de Souza Herdy”, 2008.
“Orientação: Prof. Dr. José Massao Miasato”

1. Odontologia. 2. Odontopediatria. 3. Assistência odontológica. 4. Levantamentos de saúde bucal. 5. Saúde escolar. I. Miasato, José Massao. II. Universidade do Grande Rio “Prof. José de Souza Herdy”. III. Título.

CDD 617.6

“Este trabalho reflete a opinião do autor e não, necessariamente, a da Associação Fluminense de Educação – AFE. Autorizo a difusão deste trabalho.”

Paulo Renato Martins Vaz

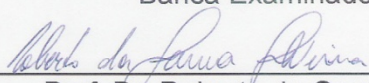
***Projeto Sorria Bairro-Escola:
levantamento epidemiológico e análise
dos condicionantes sócio-econômicos
familiares relacionados à saúde bucal dos
pré-escolares das creches municipais da
cidade de Nova Iguaçu, RJ, Brasil***

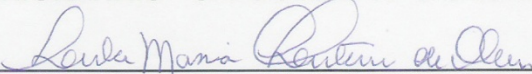
Dissertação apresentada à Universidade do Grande Rio "Prof. José de Souza Herdy", como parte dos requisitos parciais para obtenção do grau de mestre em Odontologia.

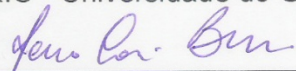
Área de concentração:
Odontopediatria

Aprovado em 10 de dezembro de 2008.

Banca Examinadora


Prof. Dr. Roberto da Gama Silveira
UNIGRANRIO - Universidade do Grande Rio


Prof.ª Dr.ª Leila Maria Chevitaresh de Oliveira
UNIGRANRIO - Universidade do Grande Rio


Prof. Dr. Sileno Corrêa Brum
Universidade Severino Sombra

À minha querida mãezinha Nadir, meu exemplo, meu ídolo, a quem devo tudo que tenho e tudo que sou.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus e a Jesus Cristo, companheiros de sempre, por mais essa benção alcançada;

À minha tia-madrinha, professora Tetê, minha 2ª mãe, por tudo que já fez por mim (e faz até hoje), de quem certamente herdei a vocação para o Ensino e a paixão pela Educação;

A toda minha família, em especial ao meu saudoso vô Armando, ao meu irmão Claudio, à minha prima Adriana (e seu marido Luís) e ao meu primo Alex que tão bem me receberam em Portugal para o Congresso da OMD no final deste curso;

À minha companheira Fernanda (e à sua família) pelo carinho, apoio incondicional e compreensão nos muitos momentos de ausência ocasionados pelos meus ofícios;

Ao Exmº Sr. prefeito de Nova Iguaçu Lindberg Farias e à sua esposa Maria Antônia, coordenadora-geral do programa Bairro-Escola, por acreditarem ser a Educação uma força transformadora, pela oportunidade, e pela confiança em mim depositada;

À vereadora professora Marli, ex-secretária de Educação e de Saúde de Nova Iguaçu, sem o seu apoio o sonho de me tornar mestre dificilmente seria realizado;

Ao professor Dr. Luiz Eduardo Soares, meu chefe, escudo, e amigo de todas as horas;

Ao professor Dr. Jailson Silva, secretário de Educação de Nova Iguaçu, que desde o início acreditou no meu trabalho;

Ao Ten Cel BM Mantuano, companheiro de longa data e de muitas batalhas, por ter se lembrado do amigo em um dos momentos mais difíceis da minha vida;

Ao camarada Randal, ex-secretário de Desenvolvimento Econômico e Social de Nova Iguaçu, por ter nos estendido a mão quando nem nos conhecia;

À Defesa Civil da prefeitura de Nova Iguaçu e a todos os meus funcionários que direta ou indiretamente colaboraram para o bom andamento do projeto;

Ao CBMERJ (Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro) que me recebeu ainda menino, forjou-me um homem obstinado e com firmeza de propósitos, e que me proporcionou todas as oportunidades profissionais surgidas até hoje;

À FONF (Faculdade de Odontologia de Nova Friburgo) que me tornou um cirurgião-dentista;

À ABO-RJ (Associação Brasileira de Odontologia – Seção Rio de Janeiro) que me tornou um especialista em Saúde Coletiva;

À UNIGRANRIO (Universidade do Grande Rio) que me tornou um mestre em Odontopediatria;

Ao magnífico reitor Arody Herdy e à professora Anadyr Herdy pela humildade e simpatia com que me receberam em sua escola;

Ao pró-reitor da PROPEP, professor Protásio, pelo interesse demonstrado por nossa pesquisa e aplicabilidade social do nosso projeto;

Ao professor Sérgio Dias, coordenador do curso de Odontologia, por ter me ensinado a arte da escultura dentária na graduação e ter sido um grande parceiro durante o mestrado;

Ao meu orientador professor Dr. José Massao Miasato pela sua modéstia, compreensão, disponibilidade, sensibilidade, serenidade, sabedoria e por muitas outras qualidades que muito me orgulham de ter sido seu orientado e de ser seu amigo;

Aos professores Dr. Roberto da Gama, Dr^a. Luciana Herdy e Dr^a. Leila Chevitarese, do mestrado em Odontopediatria, pelos ensinamentos a mim transmitidos;

Aos professores Robertinho, Murilo, Alba e Benedita, da disciplina de Odontopediatria, pelo conhecimento, experiência e maravilhoso convívio neste biênio;

Ao professor Rodrigo Reis e à Dentsply pelo fornecimento dos insumos odontológicos;

À bibliotecária Vania Andrade pela valiosa revisão metodológica da dissertação;

À secretária Gilvanete (Gil) da Secretaria do Mestrado em Odontologia pela gentileza de sempre;

Aos meus colegas cirurgiões-dentistas e aos estagiários de odontologia que me ajudaram a construir e a fortalecer o sucesso do projeto Sorria Bairro-Escola;

Às diretoras, professoras, monitoras, cozinheiras, merendeiras e funcionárias das creches municipais de Nova Iguaçu, todas importantes partícipes desta empreitada;

Aos pais e mães das crianças, muitas delas bebês, pelo entendimento da importância do projeto como alicerce da promoção precoce da saúde bucal de seus filhos e pela confiança, que aumentou ainda mais nossa responsabilidade, em nossa arte de curar;

E por último, mas não menos importante, a todas as centenas de crianças que participaram desta pesquisa e que me deram o privilégio de aprender com sua ingenuidade e pureza d'alma, podendo ajudá-las a construir, no presente, um futuro sorridente para uma geração livre de cárie e doença periodontal;

A minha maior recompensa ao término deste biênio foi proporcionar milhares de sorrisos saudáveis e poder afirmar, com embasamento científico, que em apenas um ano reduzimos o componente “c” cariado de 90,4% para 2,1% e aumentamos o componente “o” obturado de 1,4% para 90,3%...

“O que pode a vontade solidária, o compromisso com o cuidado, o engajamento generoso com os outros seres humanos, sobretudo os mais vulneráveis, particularmente as crianças? Pouco, muito pouco, lamentavelmente. O que pode a competência técnica, a seriedade profissional, o conhecimento acadêmico, a razão científica, quando o desafio é a atenção humanista no mundo da vida? Pouco, infelizmente. E o que podem a vontade associada à boa técnica, o compromisso vinculado ao saber, a virtude humanista casada com a competência profissional? Muito, muitíssimo. Sobretudo quando extrapolam o plano individual, alcançam a cooperação, o envolvimento coletivo, a articulação inter-institucional e, sobretudo, quando se convertem em ingredientes centrais da gestão pública. É isso o que demonstra o extraordinário êxito do projeto Sorria Bairro-Escola, liderado por um cidadão admirável, o Tenente-Coronel Bombeiro Militar e Odontopediatra, Paulo Renato Martins Vaz. Nesse projeto, que já atendeu 609 crianças, a simplicidade dos procedimentos, o amor ao próximo e a capacidade técnica, unidos, ensinaram-nos uma lição de vida e de criatividade no campo das políticas públicas”.

(Luiz Eduardo Soares)

RESUMO

O Brasil pode ser considerado o país dos dentistas. Segundo o Conselho Federal de Odontologia, são, ao todo, 223.127 profissionais. Contudo, a perda dentária precoce é grave. Uma criança brasileira de 3 anos ou menos já possui, pelo menos, um dente com experiência de cárie. Aos 5 anos esta média aumenta para quase 3 dentes atacados. O objetivo desta pesquisa é registrar a prevalência de cárie dentária de estabelecimento precoce na população participante do projeto Sorria Bairro-Escola da prefeitura de Nova Iguaçu, composta pelos 609 pré-escolares, das 14 creches municipais, na faixa etária de 2 a 5 anos de idade, assim como verificar se há interrelação dos condicionantes sócio-econômicos dos pais com o estado de saúde bucal dos filhos. O levantamento epidemiológico foi realizado em julho de 2007. Os exames foram procedidos nas próprias creches, após escovação supervisionada, em ambiente amplo, com boa iluminação, sob luz natural, com os examinados deitados em bancadas simulando macas. Seis acadêmicos de Odontologia foram previamente calibrados em quarenta horas por um cirurgião-dentista especialista em Saúde Coletiva, mestrando em Odontopediatria e coordenador do projeto, supervisionados por um professor doutor, coordenador do Mestrado em Odontopediatria, todos da Unigranrio. A população foi composta por 312 indivíduos do sexo masculino (51,2%) e 297 do feminino (48,8%). Em toda a faixa etária estudada, 62,6% (380) dos pré-escolares apresentaram-se livres de cárie (ceo-d=0), e 37,4% (229) tinham experiência de cárie dentária (ceo-d>0). O índice ceo-d médio encontrado foi igual a 1,5 ($\pm$ 2,6), sendo o componente cariado responsável por 90,4% do índice, o componente extraído/extração indicada por cárie responsável por 8,2% e o componente obturado por 1,4%. Dos filhos que apresentaram ceo-d=0, 50,3% dos pais e 44,5% das mães não registraram queixa de dor nos dentes e gengivas nos últimos 6 meses. Contudo, 9,2% dos pais e 13,7% das mães que apresentaram queixa de muita dor nos dentes e gengiva no mesmo período tinham filhos com ceo-d=0. Afirmaram que já tinham ido ao dentista, ao menos uma vez, 86,6% dos pais e 89,7% das mães. A última visita foi há menos de 1 ano para 30,8% dos pais e 37,6% das mães. Com ensino superior, 94% dos pais e 71,7% das mães tinham filhos

sem experiência de cárie dentária (ceo-d=0) e nenhum filho com ceo-d>10. Com ensino fundamental, 65,2% dos pais e 61% das mães tinham filhos livres de cárie. Com renda familiar>3 salários mínimos, 90,5% das famílias tinham filhos com ceo-d=0, sendo que na mesma faixa salarial nenhum filho tinha ceo-d>10. O programa Epi Info 6.04d e o teste Qui-quadrado foram utilizados para tabular os dados e analisar os resultados, com 5% de significância estatística. Conclui-se ser praticamente nulo o acesso dos pré-escolares a serviços de saúde bucal, evidenciado, dentre outros fatores, pelo fenômeno da polarização, com pequenos grupos de crianças concentrando grande quantidade de cáries. Os condicionantes sócio-econômicos, de origem não biológica, exercem importante influência sobre as variantes biológicas. Há urgente necessidade de implantação de um programa permanente de promoção precoce de saúde bucal para esses alunos.

Palavras-chave: Serviços de Saúde Bucal; Assistência Odontológica para Crianças; Creches.

ABSTRACT

Brazil may be considered to be the country of dentists. According to the Federal Bureau of Dentistry, there are 223.127 dentists. However, the premature dental loss is serious. A three-year-old, or less, Brazilian child, already has at least one dental caries problems. At the age of five, this number increases to almost three teeth. The objective of this research is to register the prevalence of Early Childhood Caries in the participant population of the Sorria Bairro-Escola project from Nova Iguaçu's county, composed of the 609 pre-school children, from the 14 city daycares, from ages 2 to 5, as well to identify the possible relation between social-economic parental conditions to the children's oral health. The epidemiologic survey took place on July, 2007. The children were examined at the daycares, after supervised tooth brushing, at a wide space and proper natural light, lying down at stretcher-like benches. Six Dentistry undergraduate students were previously tuned in 40 hours by a dentist, specialized in community health, mastering in Pediatric Dentistry and project manager, supervised by an MD, Pediatric Dentistry masters coordinator, all from Unigranrio College. The examined group was composed of 312 males (51,2%) and 297 females (48,8%). Among all the ages studied, 62,6% (380) of pre-school students were dental caries free ($dmf-t=0$), and 37,4% (229) had dental caries ($dmf-t>0$). The average $dmf-t$ index found was equal to 1,5 ($\pm 2,6$), being the decayed component responsible for 90,4% of this index, the missing component responsible for 8,2% and the filled component responsible for 1,4%. Among the children with $dmf-t=0$, 53% of the fathers and 44,5% of the mothers did not complain of tooth and gum pains in the past six months. However, 9,2% of the fathers and 13,7% of the mothers that complained of gum and tooth pain in the same period had children with $dmf-t=0$. 86,6% of the fathers and 89,7% of the mothers declared visited the dentist at least once. The last one was less than one year ago for 30,8% of the fathers and 37,6% of the mothers. From the parents with college degree, 94% of the fathers and 71,7% of the mothers had children with no dental caries ($dmf-t=0$) and no children with $dmf-t >10$. With elementary school only, 65,2% of the fathers and 61% of the mothers had children with no dental caries. Of the families with family income higher

than three minimum wage, 90,5% had children with dmf-t=0, and no children with dmf-t>10. The Epi Info software and the Chi-square test were used to tabulate data and analyze the results, with 5% of statistic significance. It is concluded to be almost null the pre-school children access to the dental health services, evidenced, among other factors, by the polarization phenomenon, with small groups of children concentrating large numbers of dental caries. The social and economic factors, with no biological origin, exert important influence over the biological factors. There is an urgent necessity for the implementation of a permanent program to promote earlier oral health care for these students.

Key-words: Dental Health Services; Dental Care for Children; Child Day Care Centers.

LISTA DE FOTOGRAFIAS

Fotografia 1.	Orientação aos pais sobre a proposta de atenção primária do projeto.....	34
Fotografia 2.	Realização do processo de calibragem (padronização) dos acadêmicos.....	35
Fotografia 3	Pré-escolares realizando escovação dentária supervisionada.....	36
Fotografia 4	Exame clínico realizado nas próprias creches.....	37

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribuição total da população de pré-escolares por sexo.....	38
Gráfico 2. Prevalência total da cárie dentária na população de pré-escolares.....	39
Gráfico 3. Distribuição do índice ceo-d médio por faixa etária dos pré-escolares.....	39
Gráfico 4. Prevalência da cárie dentária nos pré-escolares aos 2 anos.....	40
Gráfico 5. Prevalência da cárie dentária nos pré-escolares aos 3 anos.....	41
Gráfico 6. Prevalência da cárie dentária nos pré-escolares aos 4 anos.....	41
Gráfico 7. Prevalência da cárie dentária nos pré-escolares aos 5 anos.....	42
Gráfico 8. Representação percentual dos pré-escolares com ceo-d médio igual a média e acima da média.....	43
Gráfico 9. Representação percentual dos pré-escolares com ceo-d médio igual a média e acima do dobro da média.....	43
Gráfico 10. Representação percentual dos pré-escolares com ceo-d médio igual a média e acima do quádruplo da média.....	44

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Mapeamento epidemiológico sintético da população estudada.....	44
Tabela 2. Interrelação faixa ceo-d dos filhos x dor dente-gengiva dos pais.....	45
Tabela 3. Interrelação faixa ceo-d dos filhos x dor dente-gengiva das mães.....	45
Tabela 4. Consulta dos pais e mães pelo menos uma vez.....	46
Tabela 5. Tempo desde a última consulta dos pais e mães.....	47
Tabela 6. Avaliação do atendimento odontológico pelos pais e mães.....	47
Tabela 7. Interrelação escolaridade dos pais x faixa ceo-d dos filhos.....	48
Tabela 8. Interrelação escolaridade das mães x faixa ceo-d dos filhos.....	48
Tabela 9. Interrelação renda familiar x faixa ceo-d dos filhos.....	49

LISTA DE ABREVIATURAS

ABOPREV – Associação Brasileira de Odontologia de Promoção de Saúde.

ceo-d – Componentes: cariado; extraído; obturado – unidade: dente.

CD – Cirurgião-dentista.

CEP – Cárie de Estabelecimento Precoce.

CFO – Conselho Federal de Odontologia.

CPO - Componentes: cariado; perdido; obturado – unidade: dente.

DMF-T – *Components: decayed; missed; filled – unit: tooth.*

FDI – Federação Dentária Internacional.

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano.

OMS – Organização Mundial da Saúde.

SB Brasil – Projeto Saúde Bucal Brasil do Ministério da Saúde.

SESI – Serviço Social da Indústria.

SM – Salário mínimo.

UNIGRANRIO – Universidade do Grande Rio.

WHO – *World Health Organization*.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	19
2	REVISÃO DE LITERATURA	21
2.1	Cárie de Estabelecimento Precoce.....	21
2.2	Prevalência de Cárie.....	23
2.3	Educação em Saúde Bucal e Prevenção da Cárie Dental.....	29
3	PROPOSIÇÃO	32
4	MATERIAIS E MÉTODOS	33
5	RESULTADOS	38
6	DISCUSSÃO	50
7	CONCLUSÃO	60
	REFERÊNCIAS	61
	APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	71
	APÊNDICE B - Ficha de identificação e avaliação clínico-odontológica.....	72
	APÊNDICE C - Formulário de Avaliação Sócio-econômica, Acesso e Auto-percepção em Saúde Bucal.....	73
	ANEXO A - Termo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIGRANRIO.....	75
	ANEXO B - Tabelas de Caracterização Sócio-econômica; Acesso a Serviços Odontológicos; e Auto-percepção em Saúde Bucal utilizadas pelo projeto SB Brasil.....	76

1 INTRODUÇÃO

O Brasil pode ser considerado o país dos dentistas. Segundo o Conselho Federal de Odontologia (CFO), são, ao todo, 223.127 cirurgiões-dentistas inscritos nos Conselhos Regionais, 188 Faculdades de Odontologia, sendo 27 federais, 19 estaduais, 08 municipais e 134 particulares (CFO, 2008).

Contudo, a perda dentária precoce é grave. A necessidade de algum tipo de prótese começa a surgir a partir da faixa etária de 15 a 19 anos de idade. O edentulismo continua sendo um grave problema no nosso país, especialmente entre os idosos, e o Brasil atingiu as metas da Organização Mundial de Saúde para o ano 2000 somente na idade de 12 anos, e em parte isso 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 (BRASIL, 2003).

De acordo com o ultimo levantamento epidemiológico do Ministério da Saúde (SB Brasil), em média, uma criança brasileira de 3 anos ou menos já possui, pelo menos, um dente com experiência de cárie dentária (ceo-d=1,1). Aos 5 anos esta média aumenta para quase 3 dentes atacados (ceo-d=2,8). Deve ser ressaltado que na maioria dos casos o componente cariado é responsável por mais de 80% do índice ceo-d na idade de 5 anos e mais de 90% nas crianças de 18 a 36 meses (BRASIL, 2003).

A Odontologia, por tradição, tem se preocupado de maneira preponderante com o atendimento de crianças a partir do nascimento dos primeiros dentes permanentes. Dentre os muitos reflexos dessa reduzida prioridade conferida à dentição decídua, basta referir o medo ao consultório, a criação de hábitos ligados ao consumo intenso de açúcares, a elevada prevalência de cáries dentais desde a infância. Os esforços desenvolvidos na área da odontopediatria têm se mostrado insuficientes para reverter tal situação, mesmo porque em grande parte têm sido direcionados para o campo clínico. Em termos da população, os programas de prevenção e promoção da saúde bucal ainda são tímidos (PINTO, 2008).

Este não é um diagnóstico específico do Brasil ou de países em desenvolvimento, embora possa ser mais severo nessas regiões. A utilização de serviços odontológicos por crianças de até 4 anos tem sido desafiadoramente baixa tanto nos Estados Unidos (INGLEHART; TEDESCO, 1985) quanto em países europeus (HOLT *et al.*, 1990; SCHOU, 1993).

A detecção precoce possibilita a instituição racional de métodos preventivos/não-invasivos que, com uma melhor relação custo-benefício, podem reduzir a quantidade de recursos financeiros dedicados ao conseqüente tratamento curativo-restaurador, além de, principalmente, proporcionar à criança o direito de crescer com saúde bucal (FLÓRIO *et al.*, 2002).

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Cárie de Estabelecimento Precoce

A cárie de estabelecimento precoce (CEP) tem sido descrita como qualquer tipo de cárie (lesões cavitadas ou não) que afete crianças com menos de 6 anos de idade, na qual existe associação de fatores de risco biológicos e não biológicos (CASTRO *et al.*, 2001; AAPD, 2008).

Bezerra (1990) acrescenta ainda, que a mamadeira noturna e a ingestão de alimentos acima de 10 vezes/dia, concorrem para aquisição de lesões da cárie nessa idade.

A palavra prevenção deve ser encarada de uma forma mais ampla e não só como impedir a instalação de uma doença, mas também como manobras ou ações que quando executadas evitam os danos causados pela cárie (MIASATO *et al.*, 1996).

É de consenso entre os autores que a prevenção da doença cárie na criança deve ser iniciada antes da erupção dos primeiros dentes decíduos ou no mais tardar com a erupção dos mesmos. Hábitos alimentares saudáveis e higiene bucal devem ser semeados nesta fase para serem cultivados por toda a vida (WALTER *et al.*, 1999).

A implementação de programas de atenção precoce é uma alternativa viável já que seus resultados positivos em relação à redução da cárie dentária vêm sendo claramente demonstrado na literatura (FIGUEIREDO *et al.*, 1998; BONECKER *et al.*, 2002; GUEDES-PINTO, 2003; PEREIRA, 2003; CORRÊA, 2005; PINTO, 2008).

A preocupação atual com relação à doença cárie está na necessidade de diagnosticarmos lesões ainda incipientes para que se adote terapêutica preventiva apropriada (MARTINS, 1998).

A literatura relata vários estudos regionais sobre o acometimento precoce da doença cárie em crianças com idade inferior a 5 anos, bem como o aumento da prevalência com a idade (FREIRE *et al.*, 1996; BARRETO, 1998; MIASATO, 2000; BONECKER *et al.*, 2002; RIHS *et al.*, 2007).

Estudos realizados em levantamentos epidemiológicos têm mostrado que a cárie pode instalar-se precocemente na cavidade oral das crianças, tornando-se um grave problema de saúde pública, à medida que sua evolução leva à perda dos dentes. (PAULA; DADALTO, 2000).

Para Santos e Soviero (2002) isso se deve a hábitos alimentares e de higiene bucal inadequados.

Já Smith *et al.* (2002) relataram que outros fatores podem contribuir para o surgimento de lesões de cárie em crianças, como o alto nível de bactérias cariogênicas, a atividade e o alto consumo de açúcar pelas suas mães.

A ingestão descontrolada de alimentos ricos em carboidratos associados à ausência de higiene bucal é fator de risco para o desenvolvimento da doença cárie na infância. Lamentavelmente, a lesão de cárie em dentes decíduos é encarada com normalidade e considerada uma fatalidade, pois muitas mães desconhecem que esta doença pode ser prevenida (GUIMARÃES *et al.*, 2004).

Com relação aos pais, estes devem ser informados, o mais precocemente possível, dos efeitos negativos do uso da mamadeira noturna com líquidos açucarados, concomitante a uma higiene deficiente, da importância de uma dieta equilibrada, do uso do flúor e dos cuidados em relação à higiene bucal (CAVALCANTI; RODRIGUES, 2002; CRUZ *et al.*, 2004).

Volpato e Figueiredo (2005) estudaram a clientela do programa de atendimento odontológico precoce em um serviço público do município de Cuiabá, Mato Grosso, e verificaram que é necessário um trabalho de conscientização da população quanto à saúde bucal visto que essa amostra apresentou alto índice de desmame precoce e que a higiene bucal esteve presente no primeiro ano de vida em apenas um terço das crianças assistidas. E ainda realçam que é muito importante ficar claro que a cárie dentária é uma doença não uma condição fisiológica, e não faz parte da infância, assim como a dentadura (prótese total) não faz parte da senilidade.

2.2 Prevalência de Cárie

A porcentagem de crianças livres de cárie é uma forma prática de se medir mudanças nas tendências de cárie de um grupo (BONECKER; CLEATON-JONES, 2003).

Países considerados desenvolvidos têm mostrado uma baixa prevalência de cárie, mas não o suficiente para afirmar a existência de uma total ausência desta doença (EDELSTEIN, 2005).

Em países considerados subdesenvolvidos e em desenvolvimento os relatos ainda apresentam uma alta prevalência de cárie, sendo bastante significativa na faixa etária de 0 a 36 meses, aumentando claramente com o evoluir da idade. (MORITA *et al.*, 1993; JANSON e FAKHOURI, 1991; AL-DASHTI *et al.*, 1995; GRANER *et al.*, 1996).

O fator sócio-econômico é citado também como predisponente para o surgimento de lesões cariosas refletindo a polarização da doença para a população de baixa renda. (FREIRE *et al.*, 1996; SAITO *et al.*, 1999; FRAIZ *et al.*, 2001; SANTOS; SOVIERO, 2002).

Três grandes levantamentos epidemiológicos nacionais foram realizados visando retratar a saúde bucal da população (SESI, 1996; BRASIL, 1997; BRASIL, 2003) e é conhecida a importância destes estudos para a implementação de políticas assistenciais, porém somente o último deles incluiu crianças abaixo de 5 anos de idade. Neste estudo, verificou-se que cerca de 27% das crianças de 18 a 36 meses apresentam pelo menos um dente decíduo com experiência de cárie, e esta proporção chega a quase 60% das crianças de 5 anos de idade.

Sabe-se, contudo, que a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Federação Dentária Internacional (FDI) estabeleceram como meta para o ano de 2000 que 50% das crianças de 5 a 6 anos de idade estariam livres de cárie (WHO, 1982). Para o ano de 2010, a OMS traçou inicialmente a meta de 90% das crianças livres de cárie para a mesma faixa etária (ABOPREV, 1993).

A modalidade de estudo epidemiológico que melhor permite conhecer o perfil de uma situação dentro de uma comunidade, de maneira rápida e com baixo custo, é o estudo de prevalência ou também denominado transversal ou seccional. (PEREIRA, 2003).

A literatura ainda coloca a cárie dental sendo a patologia de maior incidência dentre àquelas que acometem a cavidade bucal. A prevalência universal da cárie é um constante lembrete da necessidade da educação em saúde oral de maneira efetiva. A abordagem durante a infância parece ser a forma de ação mais apropriada (BORGES; TOLEDO, 1999).

No Brasil as pesquisas que documentam as condições de saúde bucal do pré-escolar ainda estão sendo feitas e divulgadas em quantidades pouco expressivas (BORGES; TOLEDO, 1999). Isto provavelmente ocorre devido a pouca importância reservada a dentição decídua em relação à permanente; este fato se torna mais grave, pois é sabido que a experiência de cárie na dentição decídua tem sido citada como forte preditor da experiência de carie da dentição permanente (LEITE *et al.*, 1999), principalmente em grupos de baixa incidência (PEREIRA, 2003).

Seguindo este parâmetro foi observado o maior percentual de crianças acometida por cárie nas escolas públicas e este resultado é concordante de outros estudos (SAITO *et al.*, 1999; TOMITA *et al.*, 1996).

Nas instituições particulares registrou-se um baixo índice de ceo-d, provavelmente pelo maior acesso desta população a cuidados precoces. Esse fato reflete a polarização da doença cárie, ou seja, uma concentração maior da doença e das necessidades de tratamento em uma parcela da população (WEYNE; HARARI, 2001).

Os trabalhos desenvolvidos por Janson e Fakhouri (1993) e Muller (1996) sugerem que uma pobre ou ausente higiene oral pode influenciar, como um fator de risco, para o desenvolvimento da cárie dentária.

Já Weinstein *et al.* (1992) afirmaram não terem encontrado diferenças definidas entre o grupo livre de cárie e o grupo com cárie, relacionados com a higiene oral.

A baixa concentração de flúor existente na água de abastecimento, contribui para uma maior prevalência de cárie (SERWINT, 1993; AL-DASHTI *et al.*, 1995; MULLER, 1996.).

Crianças que apresentam o esmalte defeituoso são mais susceptíveis ao desenvolvimento da cárie dentária (LI *et al.*, 1996; LAI *et al.*, 1997; MATTEE *et al.*, 1992; SEOW, 1991). A cárie precoce da infância representa uma forma de cárie dental severa que afeta os dentes decíduos de bebês e crianças jovens (DAVIES, 1998).

Kamp (1991) examinou 379 crianças com idade entre 6 e 54 meses, com média de idade de 27 meses, na Base Aérea de Misawa. Na faixa de idade até 1 ano encontrou 2% de crianças com lesões de cavidades; de 1,5 a 2,5 anos – 9,7%; de 2,5 a 3,5 anos – 13,6% e de 3,5 a 4,5 anos – 13,3%. Dentre estas crianças, 5,3% apresentavam cárie de mamadeira.

Vignarajah e Williams (1992) avaliaram 482 crianças em Antigua, com idades entre 3 e 4 anos, e encontraram 4,6% da população com lesões cavitadas.

Weinstein *et al.*, (1992) realizaram uma pesquisa com 125 crianças com idade variando de 8 a 47 meses, cujos pais eram fazendeiros mexicanos e verificaram uma prevalência de cárie em 29,6%.

Freire *et al.*, (1996) estudaram 2267 crianças na faixa etária de 0 à 6 anos, freqüentadoras de creches públicas e privadas na cidade de Goiânia (Goiás). Relataram que 51,5% e 64,9% das crianças de 2 e 3 anos respectivamente, já apresentavam lesões de cárie.

Tomita *et al.* (1996) examinaram 699 crianças entre 0 e 6 anos matriculadas em 9 creches e berçários públicos e privados do município de Bauru e 2 creches públicas da cidade de São Paulo. Na faixa etária de 5 anos, 23,3% das crianças de Bauru e 9,3% de São Paulo estavam livres de cárie.

Fraiz (1998) realizou um estudo com 200 crianças de 24 a 48 meses de idade, na Universidade Estadual de Londrina, que participavam do programa de Odontologia da Bebê-Clínica, durante, no mínimo, os últimos 12 meses, encontrando uma prevalência de 32,5% de lesões de cárie.

Medeiros *et al.* (1998) realizaram uma investigação epidemiológica em 726 crianças de 6 a 36 meses de idade, de diferentes grupos étnicos e classe social, residentes no Estado do Rio de Janeiro e perceberam uma prevalência de 1,56% entre 6 e 12 meses de idade, de 13,45% entre 13 e 24 meses de idade e de 35% para a faixa de 25 a 36 meses de idade relativa à crianças com dentes decíduos cariados.

Borges e Toledo (1999) examinaram 545 crianças com idade entre 0 – 5 anos na cidade de Ceilândia – DF, que participam de um programa preventivo e, encontraram os seguintes resultados: nas faixas de 1, 2, 3, 4 e 5 anos de idade apresentaram, respectivamente 1,9%, 7%, 18,1%, 24,3% e 27,6% lesões cavitadas de cárie.

Com a finalidade de determinar a prevalência de cárie e o valor do ceo-d em 311 crianças de 0 a 36 meses de idade, residentes no bairro Novo Horizonte no município de Serra-ES, Paula e Dadalto (2000) realizaram um levantamento epidemiológico e encontraram uma prevalência de 12,9% não observando crianças com dentes obturados ou com extração indicada por cárie. O índice ceo-d médio foi igual a 0,4.

A prevalência de cárie nos primeiros anos de vida ainda permanece alta, mesmo com os avanços da odontologia como profissão de Promoção de Saúde, sendo um assunto preocupante, pois atinge níveis epidêmicos entre as populações de baixa renda, tendo os condicionantes sócio-econômicos um importante papel a ser desempenhado sobre essa prevalência de cárie de estabelecimento precoce (TEIXEIRA; VOLSCHAN, 2001; VOLSCHAN *et al.*, 2001).

Gomes *et al.* (2003) examinaram 107 pré-escolares aos 5 anos de idade, matriculados em todas as creches públicas e privadas do município de Capivari (SP). O ceo-d encontrado foi 3,75 ($\pm$ 3,76) e a prevalência de cárie foi de 71%.

Feitosa e Colares (2004) examinaram 861 crianças com idade de 4 anos em 54 escolas públicas municipais na cidade de Recife, PE, e encontram uma prevalência de cárie em 47% da amostra e o ceo-d médio sendo de 2,06. Apenas 13,6% das crianças que apresentava cárie possuíam restaurações, e o percentual de crianças portadoras de cárie severa foi de 8,94%, com cárie nos quatro quadrantes, comprometimento de, no mínimo, 1/3 da coroa de qualquer incisivo e quatro molares com lesão de cárie clinicamente visível.

Wambier *et al.* (2004) estudaram 111 bebês de 6 meses a 3 anos que freqüentavam as creches de Ponta Grossa, puderam observar uma prevalência de 21,6% de crianças com lesões de mancha branca, 18% com lesões de mancha branca e cavidades e 7,2% de lesões cavidades. Sendo a superfície vestibular a mais afetada e 3,6% dessas crianças necessitavam de tratamento odontológico complexo.

Guimarães *et al.* (2004), realizaram um estudo que teve como objetivo avaliar a correlação entre a atividade da doença cárie entre crianças e suas mães, e observaram que há evidências entre a atividade de cárie da criança e da mãe, e que é necessário o desenvolvimento de programas educativos voltados para os pais e preventivos voltados para os bebês para estabelecer hábitos saudáveis e oferecer a verdadeira promoção de saúde.

Oliveira e Rosenblatt (2004) examinaram 43 crianças pré-escolares em idade de 6 a 24 meses em João Pessoa (PB). A prevalência de cárie encontrada foi de 9,3%, não sendo detectada nenhuma criança com cárie entre os seis e os doze meses.

Ueda *et al.* (2004) examinaram 134 crianças de 3 e 5 anos de idade participantes de uma campanha nacional de vacinação contra a poliomielite na cidade de Cambira (PR). Aos 3 anos a prevalência de cárie foi 37,5% e o ceo-d=2,1. Aos 5 anos a prevalência de cárie foi 68,9% e o ceo-d=3,51.

Granville-Garcia e Menezes (2005) examinaram 1338 crianças de 1 a 5 anos de idade em pré-escolas públicas. Não foi encontrada nenhuma criança na faixa de 1 ano com cárie. Aos 2 anos o ceo-d foi 0,23 ($\pm$ 0,82) e a prevalência 12,77%. Aos 3 anos o ceo-d foi 0,69 ($\pm$ 1,55) e a prevalência 24,57%. Aos 4 anos o ceo-d foi 1,52 ($\pm$ 2,65) e a prevalência 39,22%. Aos 5 anos o ceo-d foi 2,24 ($\pm$ 3,02) e a prevalência 56,92%.

Moraes *et al.* (2005) estudaram a freqüência da doença cárie de estabelecimento precoce e relação com a dieta e higiene bucal e verificaram que os incisivos centrais e laterais foram os elementos mais acometidos pela cárie. E após a avaliação dos prontuários odontológicos da clínica de bebês de uma instituição pública de ensino superior, foi possível concluir que: a freqüência de lesões de cárie nessa população é alta (29,8 %); existe, nessa população, uma relação positiva entre o consumo de dieta noturna e a freqüência da CEP; o número encontrado de bebês consumindo açúcar foi elevado e a relação entre consumo deste e a freqüência de CEP mostrou-se também

significante; a seqüência de dentes acometidos encontrados mostrou os incisivos centrais e laterais inferiores mais acometidos do que os segundo molares inferiores, caninos inferiores e segundo molares superiores, o que demonstra uma elevada atividade da doença cárie nesses bebês.

Brandão *et al.* (2006) realizaram um estudo para verificar a relação entre a doença cárie precoce, variáveis sócio-comportamentais e o locus de controle da saúde em um grupo de crianças de 21 a 35 meses de idade de Araraquara, São Paulo, observaram uma prevalência de 28,2 % (lesões cavitadas e não cavitadas) e uma associação significativa entre a escolaridade paterna e a cárie precoce ($p = 0,01$), não foi observada nenhuma relação com as variáveis sócio-comportamentais: escolaridade materna, classe social e hábitos alimentares.

Moura *et al.* (2006) verificaram a prevalência de cárie de 343 crianças participantes do Programa de atenção materno-infantil da Universidade Federal do Piauí, e encontraram 57,5 % (197) crianças que foram amamentadas no peito por mais de 12 meses e um ceo-d médio e percentual de crianças livres de lesões de cárie: 3 anos 1,86 (58,82 %); 4 anos 1,94 (57,60 %); 5 anos 1,98 (56,86 %); 6 anos 2,42 (42,55 %). Se o índice de ceo-d de mancha branca ativa for acrescentado ocorre um aumento de 7,2 % para crianças com atividade e/ou experiência de anterior de lesões de cárie e 1,72 % para as crianças com ceo-d = 0.

Maciel *et al.* (2007) descreveram a prevalência da cárie precoce na infância em 168 crianças, de 6 a 36 meses de idade, matriculadas em creches públicas de Caruaru (PE). A prevalência de cárie encontrada foi de 22,6% e o ceo-d médio foi de 0,69.

Gradella *et al.* (2007) realizaram exames intrabuciais em 1137 crianças, de 5 a 59 meses de idade em Macapá (AP), no Dia Nacional da Campanha de Multivacinação Infantil, seguindo as recomendações da Organização Mundial da Saúde. A prevalência de crianças com lesões de cárie de estabelecimento precoce foi de 42,6% e o índice ceo-d = 2,07 (dp = 3,39).

Vaz *et al.* (2007) examinaram 80 pré-escolares aos 5 anos de idade de três creches públicas da cidade de Nova Iguaçu (RJ), durante a realização de uma Oficina de Saúde Bucal no bairro de Miguel Couto. A prevalência de cárie de estabelecimento precoce encontrada foi de 62,5% e o índice ceo-d médio de 2,8.

O estudo de prevalência tem o objetivo de fornecer a medição de problemas em um determinado objeto de pesquisa, permitindo analisar variáveis como a distribuição de doenças por idade, sexo, etnia. Esse tipo de estudo é muito útil como base de planejamento e de determinação de necessidades coletivas de tratamento (PINTO, 2008).

2.3 Educação em Saúde Bucal e Prevenção da Cárie Dental

Em 1986, realizou-se no Canadá, a I Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, que definiu a saúde como o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, com uma importante dimensão para a qualidade de vida (CARTA DE OTTAWA, 1986), sendo, portanto, o primeiro item, senão o mais importante, para a mensuração do nível de vida da população (ROUQUAYROL, 1988), passando a ser compreendida também como resultante de condicionantes sociais, políticas e econômicas (FIOCRUZ, 1987).

Para que as ações educativas sejam constituídas de significado e capazes de mobilizar os indivíduos, devem se relacionar com as necessidades da população para a qual se destinam e levar em consideração o seu contexto social, cultural e econômico (BIJELLA, 1999).

O conhecimento da população é essencial para a elaboração e reestruturação de programas educativos e quando estes forem destinados às crianças, deverão incluir, ainda, a avaliação dos pais ou responsáveis, visto que possuem papel fundamental na realização ou complementação de cuidados relativos à saúde bucal das crianças, além de atuarem na formação de valores, hábitos e comportamentos das mesmas (BIJELLA, 1999; MARTIN; ANGELO, 1999; CORBACHO *et al.*, 2001).

Nesse contexto, insere-se a cárie dentária como uma doença infecto-contagiosa, oportunista, de caráter multifatorial decorrente de um processo social, em que alguns fatores podem também influenciar o aparecimento da doença, como sexo, idade, nível

socioeconômico e condições de saúde geral (AMORE *et al.*, 2000; WEINE; HARARI, 2001).

Nas últimas décadas, houve uma sensível alteração na distribuição da cárie dental, ocorrendo uma redução substancial de sua prevalência. As prováveis explicações desta mudança estão na utilização de fluoretos, que tornam as estruturas dentárias menos susceptíveis às lesões de cárie, e na disponibilização de informações aos indivíduos sobre a prevenção de doenças e controle de saúde bucal. No entanto, apesar deste avanço, a cárie dental continua sendo considerada uma doença epidêmica e de difícil controle (MATSON; BELAN, 2002).

Além disso, o tratamento restaurador isoladamente funciona apenas como um paliativo e freqüentemente, algum tempo após ser concluído, é provável encontrar recidivas de cáries e novas lesões em regiões anteriormente não afetadas. Assim, o tratamento curativo deve estar aliado à adoção de medidas preventivas, objetivando evitar novas lesões, interrompendo o processo nos estágios iniciais de descalcificação (MATSON; BELAN, 2002).

A incorporação dos pais como público-alvo do programa permitiria um novo espaço para a construção de conhecimentos em saúde bucal e, a partir dessa aprendizagem, poderiam atuar dentro da escola como auxiliares no desenvolvimento de ações educativas para as crianças, tornando-as mais freqüentes e, portanto, mais efetivas (MASTRANTONIO; GARCIA, 2002).

Rajab *et al.* (2002) e Okada *et al.* (2002) também encontraram correlação entre o comportamento dos pais e os cuidados com a saúde bucal da criança. Estes resultados demonstram a importância de se considerar durante o planejamento de ações em saúde a diferença entre o efeito do conhecimento e o efeito do hábito paterno estabelecido sobre os cuidados dispensados à criança, ou seja, é necessário estimular os pais a adotarem o comportamento desejado e não só transmitir informações sobre como deveriam cuidar da saúde bucal de seus filhos.

Assim, os pais devem estar motivados a instruir seus filhos durante a higiene oral em casa e estar encorajados a restringir o consumo de açúcar (ALTAMIMI; PETERSEN, 1998), para que os hábitos saudáveis adquiridos na infância sejam levados até a vida adulta (CRUZ *et al.*, 2004).

No entanto, para que este objetivo seja alcançado, não basta somente a transmissão desses conhecimentos; precisa-se despertar o interesse dos pais a partir da valorização e de uma real conscientização das necessidades e responsabilidades para a manutenção da saúde bucal da criança, despertando neles o interesse na resolução desses problemas (WANDERLEY *et al.*, 2005).

3 PROPOSIÇÃO

O objetivo desta pesquisa é registrar a prevalência de cárie dentária de estabelecimento precoce na população composta pelos 609 pré-escolares, das 14 creches da prefeitura da cidade de Nova Iguaçu, na faixa etária de 2 a 5 anos de idade, que apresentaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelos pais; analisar a interrelação dos fatores condicionantes sócio-econômicos familiares com o estado de saúde bucal dos pré-escolares; identificar o acesso das crianças a serviços de saúde bucal; e avaliar a necessidade de implantação de um projeto específico de odontopediatria preventiva e comunitária.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

A cidade de Nova Iguaçu está localizada na Baixada Fluminense, na região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro e possui cerca de 1.000.000 de habitantes. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) na cidade em 2000 foi de 0,762, sendo maior que o do município vizinho Duque de Caxias, de semelhantes proporções, igual a 0,753, e menor que a média geral do estado para o mesmo ano, igual a 0,8075 (WIKIPEDIA, 2008).

Este é um estudo de prevalência da cárie em crianças pré-escolares e dos respectivos condicionantes sócio-econômicos familiares e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Unigranrio sob protocolo CAAE 1633.0.000.317-07.

Os parâmetros utilizados nesta pesquisa seguiram os critérios recomendados pela Organização Mundial da Saúde (1987; 1993; 1997) e as condições pesquisadas foram a cárie dentária e a relação dos condicionantes sócio-econômicos familiares com a população estudada, além do acesso dos pré-escolares a serviços de saúde bucal.

Ao iniciar as atividades promotoras de saúde, os pais compareceram às creches para, caso estivessem de acordo com a participação de seus filhos, assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Esses responsáveis responderam a um questionário auto-aplicável de avaliação sócio-econômica, acesso e autopercepção em saúde bucal que serviu de embasamento para a presente pesquisa.



Fotografia 1. Orientação aos pais sobre a proposta de atenção primária do projeto.

Seis acadêmicos de Odontologia foram previamente calibrados em quarenta horas (OMS, 1993), por um cirurgião-dentista especialista em Saúde Coletiva e mestrando em Odontopediatria, supervisionados por um professor coordenador do Mestrado em Odontopediatria, todos da Universidade Unigranrio.

Aferiu-se a concordância da equipe de examinadores através do Índice de Kappa, obtendo-se 93% para a cárie e 91% para as necessidades de tratamento, comprovando-se ótima concordância nos diagnósticos apresentados, e estando dentro dos limites aceitáveis e recomendados por Frias (2000).

O levantamento epidemiológico foi realizado em julho de 2007. Os exames foram procedidos nas próprias creches municipais, após escovação supervisionada, em ambiente amplo, com boa iluminação, sob luz natural, com os examinados deitados em bancadas simulando macas.



Fotografia 2. Realização do processo de calibragem (padronização) dos acadêmicos.

O método empregado para o exame clínico foi o da inspeção visual. Foram utilizados espelhos bucais nº 5 previamente esterilizados, espátulas de madeira, gaze e roletes de algodão. Os examinadores ficaram posicionados na posição de 12 horas em relação às cabeças dos examinados e os anotadores permaneceram na posição de 9 horas.



Fotografia 3. Pré-escolares realizando escovação dentária supervisionada.

Além do índice ceo-d (dmf-t) de Gruebbel também foram utilizados como ferramentas para responder aos objetivos propostos os seguintes índices:

I. Índice de Cuidados (*Care Index*), que mostra os cuidados restauradores a que a população alvo esteve exposta, através da relação de dentes obturados/ceo-d $\times$ 100 (WALSH, 1970).

II. Índice de Saúde Dentária - ISD (*Dental Health Index*), calculando-se:

$$[\sum \text{de dentes hígidos} - \sum \text{de dentes (cariados + perdidos + restaurados)}] / \sum \text{de dentes examinados}$$
(CARPAY, 1998).

III. Índice de Equivalência de Dentes Saudáveis (*T-Health* modificado), que é obtido pela fórmula a seguir: $[(\text{dentes hígidos} \times 4) + (\text{dentes cariados} \times 1) + (\text{dentes obturados} \times 1)] / \sum \text{de pessoas examinadas}$. (MARCENES, 1991; MARCENES & SHEIHAM, 1993).

Foi utilizado para a tabulação dos dados o programa EPI-Info versão 6.04d.



Fotografia 4. Exame clínico realizado nas próprias creches.

5 RESULTADOS

Foram examinados os 609 pré-escolares de 2 a 5 anos de idade matriculados em todas as 14 creches públicas da cidade de Nova Iguaçu. A população foi composta por 312 indivíduos do sexo masculino (51,2%) e 297 do feminino (48,8%), sem diferença estatisticamente significativamente quanto ao sexo ($p = 0,32$).

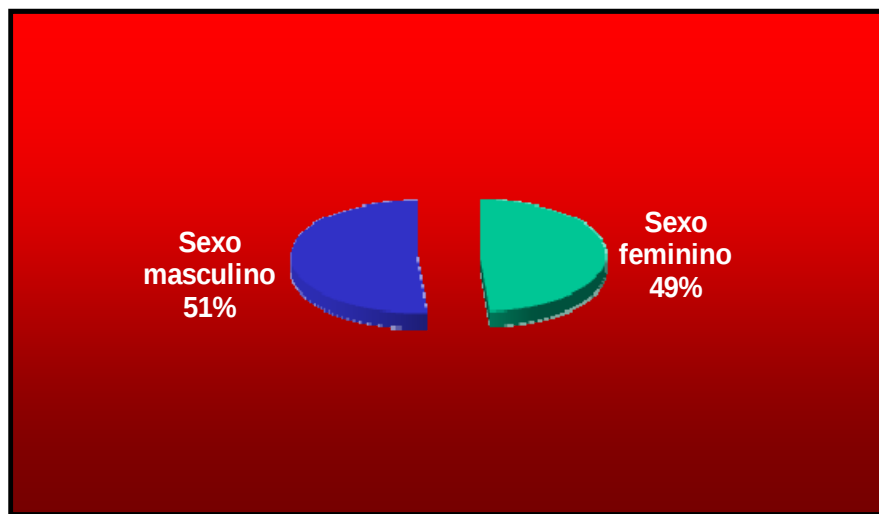


Gráfico 1. Distribuição total da população de pré-escolares por sexo.

Em toda a faixa etária estudada, 62,6% (380) dos pré-escolares apresentaram-se livres de cárie ($\text{ceo-d}=0$), e 37,4% (229) tinham experiência de cárie dentária ($\text{ceo-d}>0$). O índice ceo-d médio de Gruebbel encontrado foi igual a 1,5 ($\pm 2,6$), sendo o componente cariado responsável por 90,4% do índice, o componente extraído/extração indicada por cárie responsável por 8,2% do índice e o componente obturado por 1,4% do respectivo índice. O índice de Cuidados foi igual a 0,08%, totalizando 12 dentes restaurados, e o índice de Saúde Dentária foi de 0,8. O índice de Equivalência de Dentes Saudáveis foi igual a 73,2.

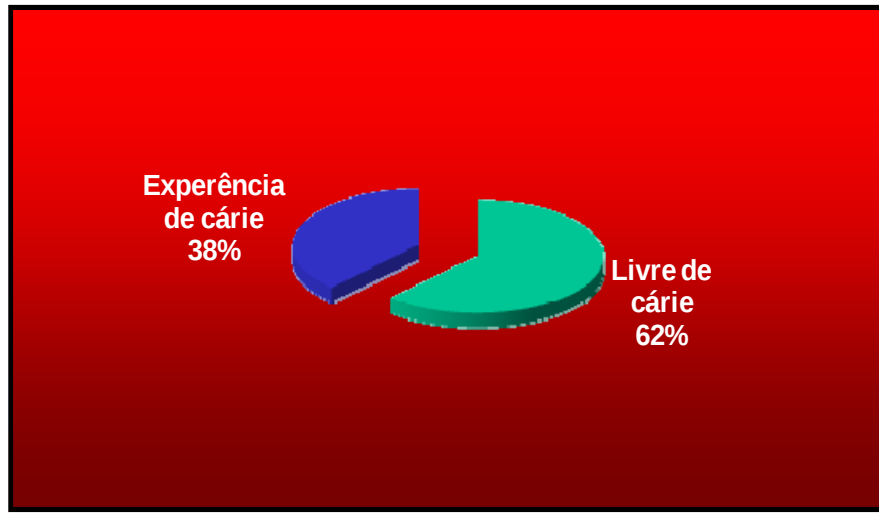


Gráfico 2. Prevalência total da cárie dentária na população de pré-escolares.

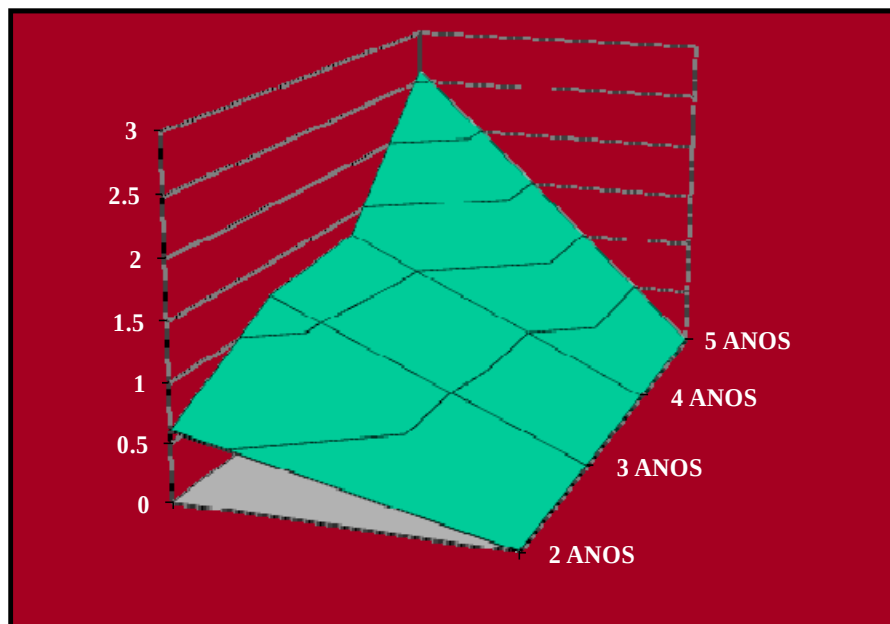


Gráfico 3. Distribuição do índice ceo-d médio por faixa etária dos pré-escolares.

Aos 2 anos de idade, foram examinadas 72 (11,8%) crianças, sendo, coincidentemente, 36 do sexo masculino (50%) e 36 (50%) do feminino, diagnosticando-se 14 (19,4%) com experiência de cárie dentária e obtendo-se o índice ceo-d igual a 0,6 ($\pm$ 1,4), com o componente cariado responsável por 100% do respectivo índice. O índice de Cuidados encontrado foi igual a zero, sem nenhum dente restaurado, e o índice de Saúde Dentária foi de 0,9. O índice de Equivalência de Dentes Saudáveis foi igual a 74,9.

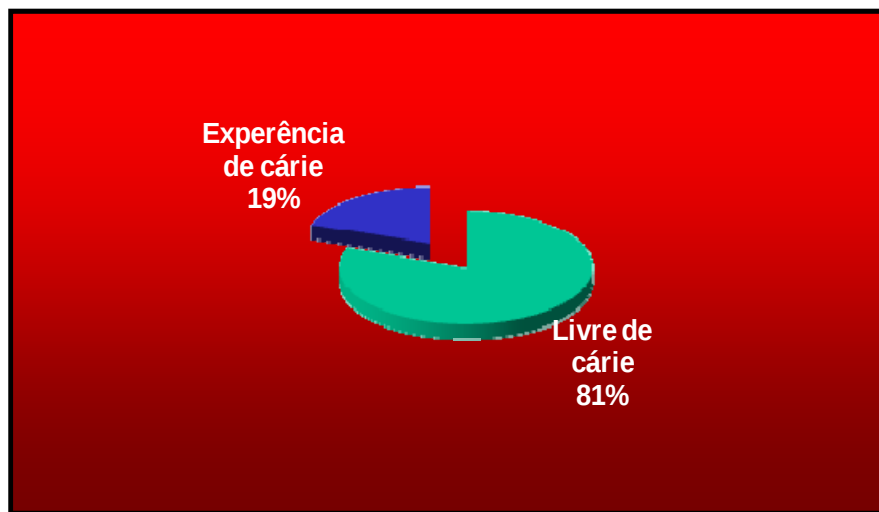


Gráfico 4. Prevalência da cárie dentária nos pré-escolares aos 2 anos.

Aos 3 anos de idade, foram examinadas 193 (31,7%) crianças, sendo 100 do sexo masculino (51,8%) e 93 (48,2%) do feminino, diagnosticando-se 61 (31,6%) com experiência de cárie dentária e obtendo-se o índice ceo-d igual a 1,2 ($\pm$ 2,4), com o componente cariado responsável por 94% do respectivo índice. O índice de Cuidados foi igual a 0,008%, com 1 dente restaurado, e o índice de Saúde Dentária foi de 0,8. O índice de Equivalência de Dentes Saudáveis foi igual a 75,2.

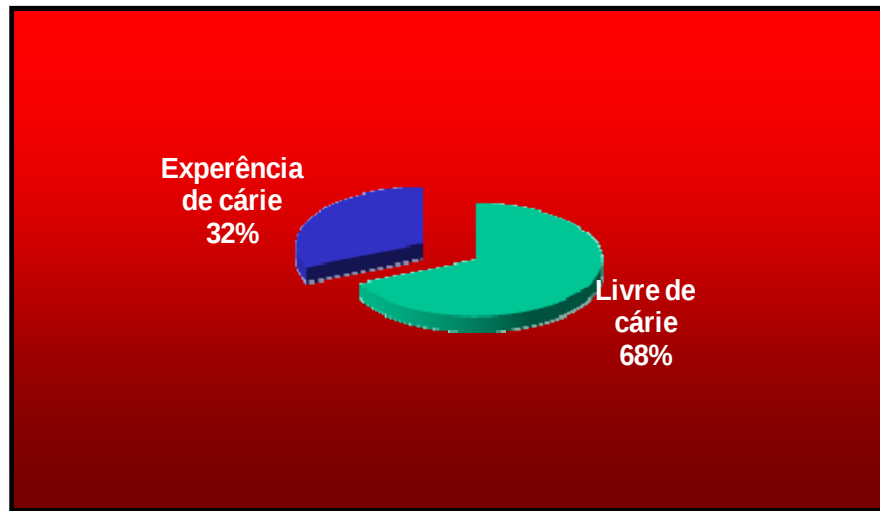


Gráfico 5. Prevalência da cárie dentária nos pré-escolares aos 3 anos.

Aos 4 anos de idade, foram examinadas 227 (37,3%) crianças, sendo 119 do sexo masculino (52,4%) e 108 (47,6%) do feminino, diagnosticando-se 84 (37,1%) com experiência de cárie dentária e obtendo-se o índice ceo-d igual a 1,3 ($\pm 2,5$), com o componente cariado responsável por 93,2% do respectivo índice. O índice de Cuidados foi igual a 0,03%, com 5 dentes restaurados, e o índice de Saúde Dentária foi de 0,8. O índice de Equivalência de Dentes Saudáveis foi igual a 73,6.

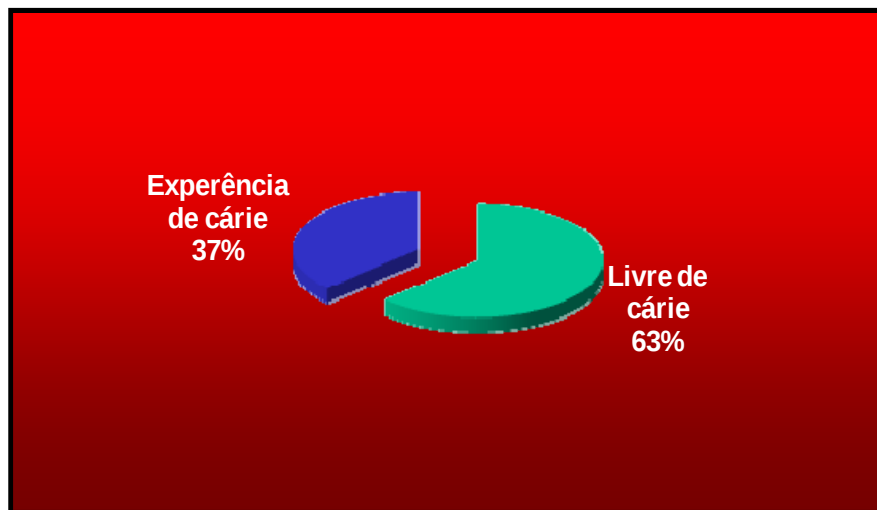


Gráfico 6. Prevalência da cárie dentária nos pré-escolares aos 4 anos.

Aos 5 anos de idade, foram examinadas 117 (19,2%) crianças, sendo 57 do sexo masculino (48,7%) e 60 (51,3%) do feminino, diagnosticando-se 70 (59,8%) com experiência de cárie dentária e obtendo-se o índice ceo-d igual a 2,6 ($\pm$ 3,5), com o componente cariado responsável por 83,8% do respectivo índice. O índice de Cuidados foi igual a 0,02%, com 6 dentes restaurados, e o índice de Saúde Dentária foi de 0,7. O índice de Equivalência de Dentes Saudáveis foi igual a 69,4.

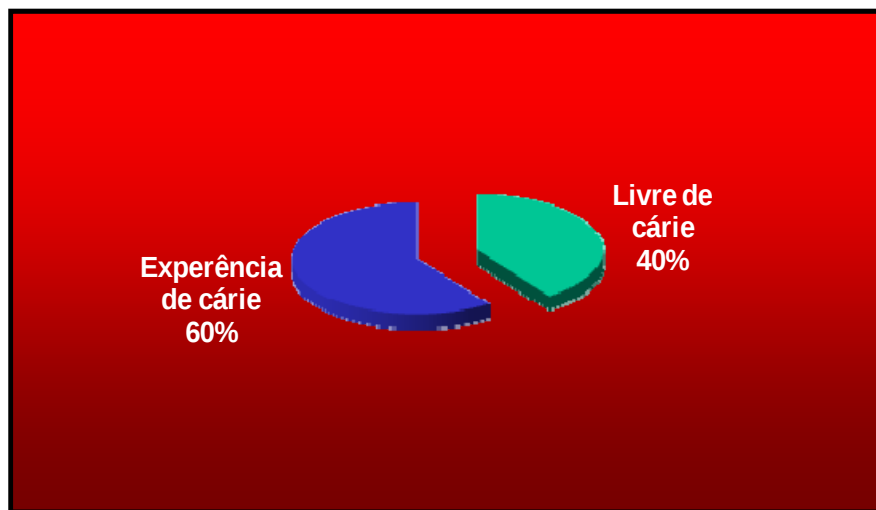


Gráfico 7. Prevalência da cárie dentária nos pré-escolares aos 5 anos.

De um total de 229 (37,6%) pré-escolares com experiência de cárie dentária de estabelecimento precoce (ceo-d>0), constatou-se que 176 (76,8%) deles apresentaram índice ceo-d>1,5 (média).

Observou-se ainda nessas crianças com experiência de cárie que 131 (57,2%) delas apresentaram índice ceo-d $\geq$ 3 (dobro da média), e 51 (22,3%) com ceo-d $\geq$ 6 (quádruplo da média).

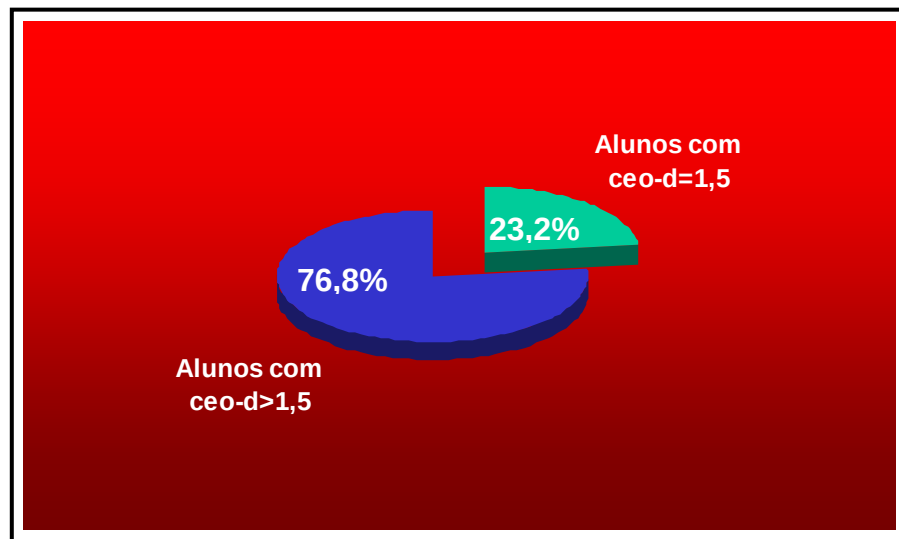


Gráfico 8: Representação percentual dos pré-escolares com ceo-d médio igual a média e acima da média.

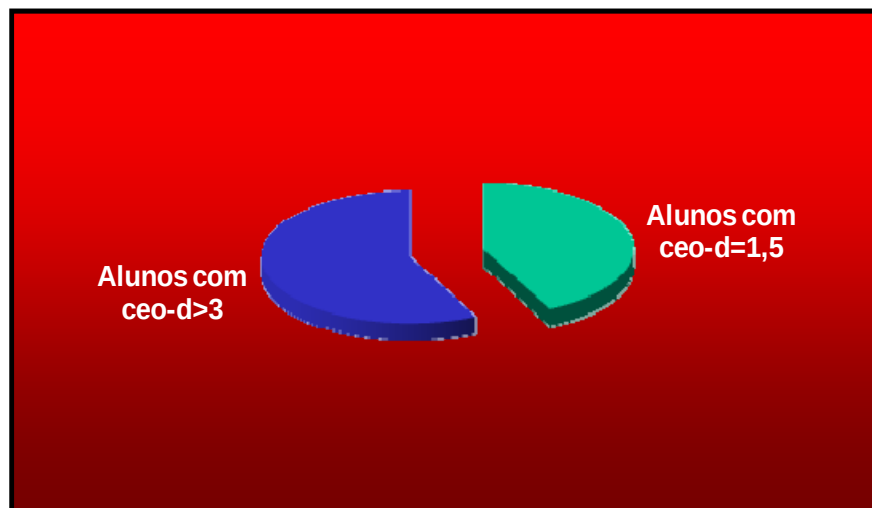


Gráfico 9: Representação percentual dos pré-escolares com ceo-d médio igual a média e acima do dobro da média.

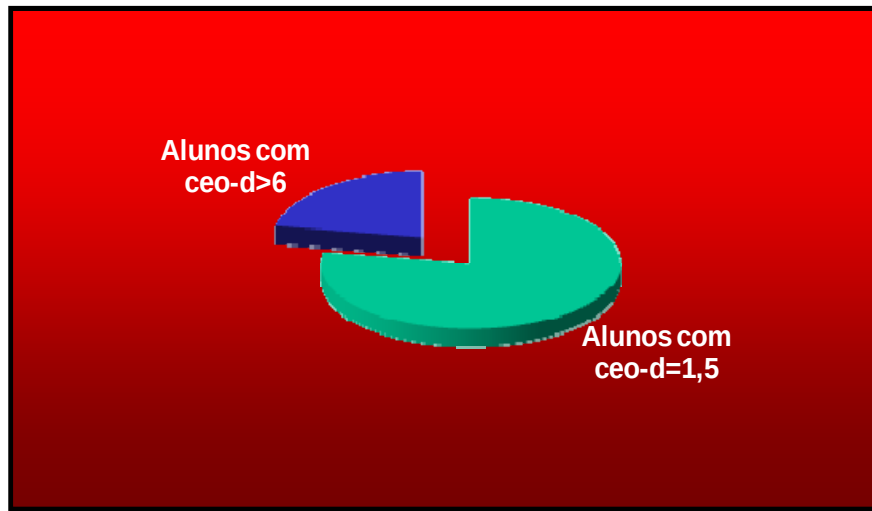


Gráfico 10: Representação percentual dos pré-escolares com ceo-d médio igual a média e acima do quádruplo da média.

Tabela 1. Mapeamento epidemiológico sintético da população estudada.

Idade	n	Masculino	Feminino	Prevalência	ceo-d	c	e	o
2 anos	72 (11,8%)	36 (50%)	36 (50%)	19,4% (14)	0,6 ($\pm 1,4$)	100%	0	0
3 anos	193 (31,7%)	100 (51,8%)	93 (48,2%)	31,6% (61)	1,2 ($\pm 2,4$)	94%	5,6%	0,4%
4 anos	227 (37,3%)	119 (52,4%)	108 (47,6%)	37,1% (84)	1,3 ($\pm 2,5$)	93,2%	5,2%	1,6%
5 anos	117 (19,2%)	57 (48,7%)	60 (51,3%)	59,8% (70)	2,6 ($\pm 3,5$)	83,8%	14,2%	2%
Total	609	312 (51,2%)	297 (48,8%)	37,4% (229)	1,5 ($\pm 2,6$)	90,4%	8,2%	1,4%

Legenda da Tabela 1:

- Idade = faixa etária dos pré-escolares.
- N = população estudada.
- Masculino = sexo masculino

- Feminino = sexo feminino.
- Prevalência = prevalência da cárie de estabelecimento precoce encontrada.
- ceo-d = índice ceo-d com o respectivo desvio padrão.
- c = participação do componente “c” no índice ceo-d.
- e = participação do componente “e” no índice ceo-d.
- o = participação do componente “o” no índice ceo-d.

Dos filhos que apresentaram ceo-d=0, 50,3% dos pais e 44,5% das mães não registraram queixa de dor nos dentes e gengivas nos últimos 6 meses.

Tabela 2. Interrelação faixa ceo-d dos filhos x dor dente-gengiva dos pais.

Faixa ceo-d filhos	Níveis de dor dente-gengiva dos pais – últimos 6 meses								Total
	0	%	1	%	2	%	3	%	
0	77	50,3	43	28,1	19	12,4	14	9,2	153
1	40	47,6	23	27,4	7	8,3	14	16,7	84
2	13	54,2	5	20,8	2	8,3	4	16,7	24
3	2	33,3	0	0	2	33,3	2	33,3	6
Total	132	-	71	-	30	-	34	-	267

p = 0,01

Tabela 3. Interrelação faixa ceo-d dos filhos x dor dente-gengiva das mães.

Faixa ceo-d filhos	Níveis de dor dente-gengiva das mães – últimos 6 meses								Total
	0	%	1	%	2	%	3	%	
0	143	44,5	92	28,7	42	13,1	44	13,7	321
1	57	38,8	39	26,5	20	13,6	31	21,1	147
2	13	37,1	9	25,8	9	25,8	4	11,3	35
3	5	62,5	0	0	2	25	1	12,5	8
Total	218	-	140	-	73	-	80	-	511

p = 0,008

Legenda das Tabelas 2 e 3:

- Faixa ceo-d = 0/0; 1/de 1 a 5; 2/de 6 a 10; 3/acima de 10.
- Níveis de dor = 0/nenhuma; 1/pouca; 2/média; 3/muita.

Contudo, 9,2% dos pais e 13,7% das mães que apresentaram queixa de muita dor nos dentes e gengiva no mesmo período tinham filhos com ceo-d=0.

Afirmaram que já tinham ido ao dentista, ao menos uma vez, 86,6% dos pais e 89,7% das mães.

A última visita foi há menos de 1 ano para 30,8% dos pais e 37,6% das mães. No total, 59,4% dos pais e 59,9% das mães avaliaram o atendimento como bom ou ótimo.

Tabela 4: Consulta dos pais e mães pelo menos uma vez.

Visita ao CD	Pais		Mães	
	n	%	n	%
0	259	86,6	472	89,7
1	40	13,4	54	10,3
Total	299	100	526	100

p = 0,216

Legenda da Tabela 4:

- Visita ao CD = 0/ao menos uma vez; 1/nenhuma vez.
- n = quantidade de pais/mães questionados.

Tabela 5: Tempo desde a última consulta dos pais e mães.

Última visita ao CD	Pais		Mães	
	n	%	n	%
0	42	14,2	36	6,8
1	91	30,8	198	37,6
2	83	28,1	134	25,4
3	79	26,8	159	30,2
Total	295	100	527	100

p = 0,003

Legenda da Tabela 5:

- Última visita = 0/nunca atendido; 1/menos de 1 ano; 2/1 a 2 anos; 3/3 ou mais anos.
- n = quantidade de pais/mães questionados.

Tabela 6: Avaliação do atendimento odontológico pelos pais e mães.

Níveis de avaliação	Pais		Mães	
	n	%	n	%
0	40	13,9	37	7
1	9	3,1	17	3,2
2	8	2,8	23	4,4
3	60	20,8	135	25,5
4	171	59,4	317	59,9
Total	288	100	529	100

Legenda da Tabela 6

- Avaliação = 0/nunca atendido; 1/péssimo; 2/ruim; 3/regular; 4/boa ou ótima.
- n = quantidade de pais/mães questionados.

Com ensino superior, 94% dos pais e 71,7% das mães tinham filhos sem

experiência de cárie dentária (ceo-d=0) e nenhum filho com ceo-d>10. Com ensino fundamental, 65,2% dos pais e 61% das mães tinham filhos livres de cárie.

Tabela 7: Interrelação escolaridade dos pais x faixa ceo-d dos filhos.

Escolaridade dos pais	Faixa ceo-d dos filhos								Total
	0	%	1	%	2	%	3	%	
Fundamental	320	65,2	161	32,8	9	1,8	1	0,2	491
Médio	29	67,4	10	23,3	3	7	1	16,7	43
Superior	31	94	1	3	1	3	0	0	33
Total	380	-	172	-	13	-	2	-	567

p = 0,001

Tabela 8: Interrelação escolaridade das mães x faixa ceo-d dos filhos.

Escolaridade das mães	Faixa ceo-d dos filhos								Total
	0	%	1	%	2	%	3	%	
Fundamental	304	61	152	30,5	35	7	8	1,5	499
Médio	33	66	10	20	5	10	2	4	50
Superior	43	71,7	16	26,7	1	1,6	0	-	60
Total	380	-	178	-	41	-	10	-	609

p = 0,067

Legenda das Tabelas 7 e 8:

- Escolaridade = Fundamental/1 a 8 anos de estudo; Médio/9 a 11 anos de estudo; Superior/acima de 11 anos de estudo.
- Faixa ceo-d = 0/0; 1/de 1 a 5; 2/de 6 a 10; 3/acima de 10.

Com renda familiar>3 salários mínimos, 90,5% das famílias tinham filhos com ceo-d=0, sendo que na mesma faixa salarial nenhum filho tinha ceo-d>10.

Tabela 9: Interrelação renda familiar x faixa ceo-d dos filhos.

Renda familiar	Faixa ceo-d dos filhos								Total
	0	%	1	%	2	%	3	%	
< 1 SM	194	59	106	32,2	24	7,3	5	1,5	329
1 a 3 SM	99	67,8	36	24,7	7	4,8	4	2,7	146
> 3 SM	19	90,5	1	4,8	1	4,7	0	0	21
Total	312	-	143	-	32	-	9	-	496

p = 0,013

Legenda da Tabela 9:

- Renda = salários mínimos.

- Faixa ceo-d = 0/0; 1/de 1 a 5; 2/de 6 a 10; 3/acima de 10.

O programa EPI-Info 6.04d e o teste Qui-quadrado foram utilizados para tabular os dados e analisar os resultados, com 5% de significância estatística ($p < 0,05$).

Como critérios de inclusão, exigiu-se que os pré-escolares deveriam estar matriculados em uma das 14 creches da Prefeitura da Cidade de Nova Iguaçu, estando compreendidos na faixa etária entre 2 e 5 anos de idade, e apresentando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelos pais ou responsáveis legais. Desta forma, 609 (81,5%) crianças de um total de 747, preencheram todos os requisitos necessários para a participação no projeto, que atualmente se encontra no estágio de Tratamento Restaurador Atraumático (TRA).

6 DISCUSSÃO

Este estudo, único levantamento epidemiológico em saúde bucal já feito em Nova Iguaçu, mapeou a prevalência de cárie e os condicionantes sócio-econômicos familiares de todos os pré-escolares das creches públicas de Nova Iguaçu, orientando as ações do projeto Sorria Bairro-Escola, hoje com cerca de 18 meses de existência.

Desde então, atividades preventivas, educadoras, promotoras de saúde e restauradoras, porém minimamente invasivas, são realizadas a partir do Tratamento Restaurador Atraumático (TRA). Atualmente, a equipe de saúde bucal é composta por 3 cirurgiões-dentistas e 8 acadêmicos de odontologia. As creches são visitadas, em média, de 4 a 6 vezes durante o semestre letivo.

Resultados muito satisfatórios foram encontrados em apenas um ano após o início do projeto, evidenciados pelo desmembramento dos componentes dos índices ceo-d médios, antes e após 12 meses: o componente cariado “c” foi reduzido de 90,4% para 2,1%; o componente extraído/extração indicada por cárie “e” foi reduzido de 8,2% para 7,6% e o componente “o” foi ampliado de 1,4% para 90,4%.

As atividades, projetos e programas voltados para o atendimento precoce em saúde bucal, sobretudo no âmbito coletivo, ainda são escassos no Brasil.

É gritante a inexistência de políticas públicas direcionadas ao pequeno paciente, excluindo-se assim uma legião de gestantes, bebês e pré-escolares da cobertura primária odontológica.

Como exemplo, os próprios Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), amplamente disseminados em todo o país pelo Ministério da Saúde, não contemplam a população com a assistência odontopediátrica por considerá-la de atribuição da atenção básica, ou seja, de responsabilidade municipal, a partir do atendimento nos Postos de Saúde e na Estratégia de Saúde da Família.

Contudo, não é preciso ser odontopediatra para assimilar que os procedimentos e a abordagem ao pequeno paciente são diferenciados e, muitas vezes, impossíveis de serem realizados atendendo ao binômio tempo x produtividade tão exigidos no serviço público.

As consultas de condicionamento comportamental, de ambientação ao universo odontológico, de conhecimento dos fatores psicológicos individuais da criança, de mudança cultural dos pais, do falar x mostrar x fazer e de outros dogmas inerentes à odontopediatria tornam-se de impossível realização nessa ótica.

Alguns procedimentos mais complexos, já de difícil execução no ambulatório particular, rotineiramente deixam então de ser realizados no serviço público.

Vale ainda lembrar que nem todos os profissionais odontopediatras assistem pacientes na primeira infância. A odontologia para bebês é hoje uma especialidade dentro de outra especialidade.

Ademais, torna-se cada dia mais imperativa em todas as especialidades odontológicas, e indispensável na odontopediatria, a necessidade do enfrentamento preventivo, focado na promoção de saúde e não na doença.

Não sendo assim, os esforços não serão suficientes para a construção de uma geração saudável, livre de cárie, de doença periodontal e de outras patologias que freqüentemente acometem os elementos dentários, as respectivas estruturas de suporte e os tecidos moles da boca.

O diagnóstico clínico tem sido feito em exames epidemiológicos, tradicionalmente, com base no exame visual, sob condições de luz natural e sem exigência de ambiente clínico (é comum realizar o exame em pátio de escolas), mediante uso de espelho plano e sonda exploradora com duas extremidades agudas, uma em forma curva e outra angulada. Face às novas características de desenvolvimento do processo cárie, conforme visto acima, tem sido sugerido que não mais se deva utilizar sondas exploradoras porque elas podem produzir rompimentos traumáticos na superfície do esmalte correspondentes às lesões existentes sob a superfície, desta forma tornando as fissuras mais suscetíveis à progressão da cárie (WENZEL, 1993).

Em países como a Holanda (TRUIN *et al.*, 1993) e os que compõem o Reino Unido (PITTS, 1993; PITTS, 2004), a tendência atual favorece o exame epidemiológico inteiramente visual.

Na Europa ocidental de maneira geral estes são os conceitos predominantes (PINE, 1997; MARTHALER, 1990).

Pretendeu-se estudar nesta pesquisa a prevalência da cárie dentária de estabelecimento precoce (CEP) em toda a população pré-escolar das creches municipais de Nova Iguaçu, assim como analisar os respectivos fatores condicionantes sócio-econômico familiares e o acesso dos pré-escolares a serviços de saúde bucal.

De um total de 747 crianças 609 foram autorizadas pelos pais, através de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado e arquivado pela coordenação do projeto, a participarem das atividades preventivo-curativas promotoras de saúde bucal oferecidas pelo Sorria Bairro-Escola.

Apesar do grande número de pré-escolares autorizados (81,5%), esperava-se mais. Na verdade, algo bem próximo da totalidade ou mesmo toda a população pré-escolar, tendo em vista o maciço trabalho de conscientização dos pais e professores sobre a importância do atendimento odontológico precoce.

Contudo, fatores sócio-econômico-culturais a serem discutidos adiante poderão corroborar para a compreensão, ou pelo menos, para o entendimento de como essa meta não foi alcançada.

A maioria das crianças pré-escolares do estudo está situadas na faixa intermediária das creches, entre 3 e 4 anos de idade (420 - 69%). Existe ainda uma parcela aos 5 anos de idade (117 - 19,2%), última série das creches, e uma outra menor aos 2 anos de idade (72 - 11,8%), quando os bebês são admitidos nessas pré-escolas.

Quanto ao sexo, foram examinados 312 (51,2%) pré-escolares do sexo masculino e 297 (48,8%) do sexo feminino.

Aos 2 anos de idade foram examinadas 72 crianças, sendo 36 (50%) do sexo masculino e 36 (50%) do feminino. Aos 3 anos foram 193 crianças, sendo 100 (51,8%) masculino e 93 (48,2%) feminino. Aos 4 anos foram 227 crianças, quantidade muito próxima às 224 crianças examinadas na mesma faixa etária por RIBEIRO *et al.* (2005) em estudo semelhante, sendo 119 (52,4%) masculino e 108 (47,6%) feminino. Aos 5 anos foram 117 crianças, sendo 57 (48,7%) masculino e 60 (51,3%) feminino. Observou-se que não há diferença estatisticamente significativa em relação à presença da cárie de estabelecimento precoce referente ao sexo.

Este estudo está de acordo com o evidenciado por Saito *et al.* (1999), com uma amostra de crianças na faixa de 1 ano e meio a 4 anos onde diferenças estatisticamente significantes entre os sexos, em relação ao acometimento dos elementos decíduos pela cárie dentária, não foram observadas.

Miasato (2000) relatou que a presença de cárie quanto ao gênero foi de 60% (6) para o masculino e 40% (4) para o feminino no grupo G1 (grupo de crianças que receberam atenção odontológica na primeira infância) e 54% (47) no sexo masculino e 46% (40) no sexo feminino no grupo G2 (grupo de crianças que não receberam atenção odontológica na primeira infância) e não encontrou diferença estatística significativa em relação ao sexo. No grupo G1 54% (49) do sexo masculino e 46% (41) não tinham cárie e no G2 48% (30) do sexo masculino e 52% (33) do sexo feminino não possuíam lesão e também diferenças estatisticamente significantes não foram encontradas quanto ao sexo.

A prevalência da CEP em Nova Iguaçu foi de 37,4% (229), próxima da encontrada por LIRA *et al.* (2001) em crianças de 2 a 5 anos matriculadas em creches públicas das cidades de Aracaju (SE), Bayeux (PB), João Pessoa (PB) e Recife (PE).

Aos 2 anos a prevalência da CEP foi de 19,4% (14), aos 3 de 31,6% (61), aos 4 de 37,1% (84) e aos 5 de 59,8% (70).

Essas prevalências são praticamente idênticas às encontradas nos resultados principais das condições de saúde bucal da população brasileira identificados pelo Ministério da Saúde nos anos de 2002-2003 e denominado projeto SB Brasil 2003 (BRASIL, 2003). Segundo o SB Brasil, quase 27% das crianças de 18 a 36 meses apresentam pelo menos um dente decíduo com experiência de cárie dentária, sendo que a proporção chega a quase 60% das crianças de 5 anos de idade.

Por outro lado, o mesmo não se pode dizer quando realizada a comparação com as metas de saúde bucal propostas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para o ano 2000 (WHO, 1982) e para 2010 (ABOPREV, 1993). Os resultados estão longe dos 50% das crianças de 5 anos de idade livres de cárie propostos para o ano 2000 e muito distante dos 90% livres de cárie, na idade de 5 a 6 anos, para o ano de 2010.

O índice ceo-d médio encontrado foi igual a 1,5 ($\pm$ 2,6), sendo o componente cariado responsável por 90,4%, o componente extraído/extração indicada por cárie responsável por 8,2% e o componente obturado por 1,4% desse indicador.

A participação do componente cariado no índice ceo-d variou do mínimo de 83,8% aos 5 anos alcançando o ápice em 100%, registrado aos 2 anos de idade, onde, conseqüentemente, os componentes “e” e “o” foram nulos.

Aos 2 anos o ceo-d foi de 0,6 ($\pm$ 1,4), idêntico ao ceo-d=0,62 ($\pm$ 1,35) encontrado por De Benedeto *et al.* (1998) em estudo com bebês de até 24 meses de idade em São Paulo; aos 3 de 1,2 ($\pm$ 2,4); aos 4 de 1,3 ($\pm$ 2,5); aos 5 de 2,6 ($\pm$ 3,5), idêntico ao ceo-d=2,64 encontrado em estudo realizado com crianças de 5 anos em pré-escolas municipais de Piracicaba (CYPRIANO *et al.*, 2003).

Tanto os índices ceo-d levantados por faixa etária quanto a participação proporcional do componente cariado “c” encontrados na pesquisa também foram praticamente idênticos ao diagnosticado pelo SB Brasil 2003. O Ministério da Saúde afirma que em média, uma criança brasileira de 3 anos ou menos já possui, pelo menos, um dente com experiência de cárie dentária (ceo-d=1,1). Aos 5 anos esta média aumenta para quase 3 dentes atacados (ceo-d=2,8). Ressalta ainda que na maioria dos casos o componente cariado é responsável por mais de 80% do índice na idade de 5 anos e mais de 90% nas crianças de 18 a 36 meses.

O Índice de Ataque de Cárie originalmente formulado por Klein e Palmer (1937), conhecido pelas iniciais CPO permanece sendo o mais utilizado em todo o mundo, mantendo-se como o ponto básico de referência para o diagnóstico das condições dentais e para formulação e avaliação de programas de saúde bucal (PINTO, 2008).

Gruebbel (1944), a partir do CPO, adaptou o índice para a dentição decídua substituindo o componente perdido “P” pelo componente extraído/extração indicada exclusivamente por cárie “e”, excluindo-se, então, os elementos avulsionados por trauma ou os naturalmente esfoliados. Substitui ainda as iniciais maiúsculas do índice original pelas minúsculas no índice modificado para a dentição temporária.

Entretanto, Pinto (2008) afirmou que diversos índices têm sido propostos como alternativas ao CPO, seja para simplificá-lo seja para mudar o enfoque da doença para

a saúde. Além disso, esse indicador atribui pesos idênticos a seus componentes, ou seja, dentes perdidos têm o mesmo valor que dentes cariados e restaurados.

Na Nova Zelândia, por exemplo, Walsh (1970) desenvolveu o Índice de Cuidados (*Care Index*), que mostra os cuidados restauradores a que a população-alvo esteve exposta. Em Nova Iguaçu os dados revelam a necessidade de uma maior cobertura dos serviços odontológicos para os pré-escolares, pois o índice de cuidados médio atinge apenas 0,08% das necessidades restauradoras, ou seja, apenas este percentual de dentes está tratado, sendo que o restante representa cáries não tratadas ou dentes perdidos por cárie. Comparando com outras localidades, o índice de cuidados de 0,02% encontrado nos pré-escolares iguaçuanos aos 5 anos de idade se apresenta muito abaixo dos 16,8% encontrados em Blumenau (TRAEBERT *et al.*, 2001), dos 25,5% em Leme (RIHS *et al.*, 1998) e dos 65,4% em Paulínia (GOMES *et al.*, 2004), para a mesma faixa etária em pré-escolares da rede pública, comprovando-se que essas crianças praticamente não têm acesso a cuidados odontológicos.

Desenvolvido na Holanda por Carpay *et al.* (1988), o Índice de Saúde Dentária (ISD) procura traduzir a discrepância proporcional entre o número total de dentes sadios e o número total de dentes não sadios afetados pela cárie e extraídos. O índice varia de - 1 a + 1, sendo que o extremo positivo representa uma dentição inteiramente sadia. O valor zero significa que metade da dentição está sadia e a outra metade afetada pela cárie. Em Nova Iguaçu o ISD médio de 0,8 encontrado nos pré-escolares, sugestivamente mascarado pela grande quantidade de dentes hígidos decorrentes dos mais de 60% livres de cárie, poderia indicar um quadro favorável bem diferente do real.

Proposto na Inglaterra originalmente por Sheiham *et al.* (1987) e posteriormente modificado pelo brasileiro Marcenes e Sheiham (1993), o Índice de Equivalência a Dentes Saudáveis, conhecido como *T-Health* (abreviatura para *Tissue* ou Tecido-Saúde, correspondendo a tecido saudável) foi construído com o objetivo de encontrar alternativas ao CPO, superando ou contornando suas principais limitações e busca representar a quantidade de tecido dental saudável em cada indivíduo e, por extensão, em cada grupo populacional. Os limites mínimo e máximo do *T-Health* modificado são 0 (zero) e 112, respectivamente. Há poucos estudos na literatura que abordam o *T-Health* e, principalmente, que dispõem de dados sobre o *T-Health* modificado, sobretudo em

pré-escolares, para que se possam estabelecer comparações (AQUILANTE *et al.*, 2007; BENIGERI, *et al.*, 1998; BOHEMER *et al.*, 1999; DAWSON *et al.*, 1994; JAKOBSEN *et al.*, 1990; MAIZELS *et al.*, 1993; MARCENES *et al.*, 1993; SHEIHAM *et al.*, 1987). Devido a isso, a discussão deste tópico limitar-se-á aos dados obtidos neste estudo. Em Nova Iguaçu o índice *T-Health* modificado foi 73,2. Nota-se que mesmo com a grande quantidade de dentes hígidos (ceo-d médio=1,5) e sendo o *T-Health* um índice focado na saúde, o qual atribui aos mesmos um peso quatro vezes maior que aos componentes cariados e obturados, o grau obtido foi apenas 65,3% da máxima pontuação possível, caracterizando-se dessa também forma um quadro preocupante.

O número de casos de cáries severas acometendo indivíduos em seus primeiros anos de vida está aumentando (WENDT *et al.*, 1992), como também a incidência de lesões em um grupo restrito de crianças (MATTOS-GRANER *et al.* 1996), resultando no fenômeno da polarização da cárie dentária. Este fenômeno pode ser facilmente identificado nesta pesquisa a partir da constatação de que 76,8% das crianças com experiência de cárie apresentaram ceo-d maior que a média, 57,2% maior que o dobro e 22,3% maior que o quádruplo da média, registrando-se 5 crianças com ceo-d=10; 2 com ceo-d=11; 4 com ceo-d=12; 2 com ceo-d=13; 1 com ceo-d=14; e 1 com ceo-d=16. Barbosa *et al.* (2007) também encontrou ceo-d máximo igual a 16 em estudo semelhante abrangendo pré-escolares curitibanos aos 5 anos de idade.

O declínio dos índices de cárie em vários países foi acompanhado por um processo de polarização da doença numa pequena parcela da população. Permanecendo excluída dos benefícios, seja porque as medidas de saúde coletiva mais importantes (água e dentifrício fluorados) não alcançaram ainda esse segmento, seja porque as condições de exclusão social e risco à cárie têm se mantido em níveis extremamente elevados (ANTUNES *et al.*, 2006).

Quanto aos principais aspectos de autopercepção em saúde bucal dos pais e mães, constatou-se que 58,3% dos pais e 65,6% das mães não relataram nenhuma dor nos dentes e gengivas nos últimos seis meses, aproximando-se do percentual de 65,16% dos adultos de 35 a 44 anos questionados pelo SB Brasil (2003) para o mesmo nível de dor. Ao relacionar o ceo-d dos filhos pré-escolares com o nível de dor nos dentes e gengivas dos seus pais e mães, constata-se que das crianças livres de cárie

mais da metade dos pais e cerca da metade das mães são livres de dor no último semestre, acusando-se diferença estatisticamente significativa, sugerindo-se que a boa saúde bucal dos pais é um relevante preditor à boa saúde bucal dos filhos (GALEJS; PEASE, 1986; TINSLEY; HOLTGRAVE, 1989).

Quanto a acesso aos serviços odontológicos, é notório nesta pesquisa que a grande maioria dos pais e mães já foram consultados pelo menos uma vez, sendo que a última consulta foi há menos de um ano para 30,8% dos pais e 37,6% das mães, aproximando-se do percentual de 37,8% dos adultos de 35 a 44 anos questionados pelo SB Brasil (2003) para o mesmo tempo desde a última consulta. Ressalta-se ainda que cerca de 60% dos pais e mães dos pré-escolares de Nova Iguaçu avaliaram esse atendimento como bom ou ótimo, acusando-se diferença estatisticamente significativa, comprovando-se que os pais e mães pesquisados têm relativo acesso aos serviços de saúde bucal.

Neste estudo, não foi observada nenhuma associação entre escolaridade materna e cárie de estabelecimento precoce ($p=0,067$), sendo tal fato semelhante ao observado por Brandão *et al.* (2006) e Fraiz e Walter (2001). No entanto, tais resultados diferem dos obtidos em outros estudos (BEZERRA, 1990; CHIARATTO, 1999; KINIRONS; CABE, 1995; MOYNIHAN; HOLT, 1996). Com relação à escolaridade paterna, observou-se associação significativa ($p=0,001$) com a cárie precoce. Fato semelhante também foi observado por Fraiz e Walter (2001) e Saito *et al.* (1999). Algumas hipóteses poderiam ser levantadas no sentido de explicar essa associação cárie precoce e escolaridade paterna: de acordo com Teitler (1999), o pai, numa visão mais recente, deixou de ser retratado unicamente como provedor, e sim como elemento crítico regulador-chave da instituição social família. Possuindo este melhor nível de escolaridade, teria aumentada a probabilidade de maior e melhor acesso a informações, atividades socioculturais, melhor nível de autocuidado, podendo tais fatores refletirem de forma positiva nos demais membros da família.

Na presente pesquisa também foi observada a força do efeito da classe social familiar sobre a condição de saúde bucal das crianças pré-escolares ($p=0,013$), concordando-se com outros estudos (DINI *et al.*, 1988; YANKILEVICH *et al.*, 1993; UNITES KINGDOM, 1994; MOYNIHAN; HOLT, 1996). Considera-se que a classe social

pode influenciar o risco à cárie de várias formas: indivíduos de nível sócio-econômico inferior têm desvantagens sociais e materiais que influenciam a habitação, a habilidade para prover adequada nutrição e emprego estável (REISINE *et al.*, 1998). Ressaltando-se, ainda, que todos esses fatores conduzem a uma resistência reduzida às doenças bucais entre outras enfermidades (HOLM, 1990).

Segundo Seow (1998), os mecanismos biológicos da cárie precoce severa são os mesmos da cárie dentária de forma geral, no entanto, associados a fatores de risco adicionais relativos à idade: colonização precoce por estreptococcus do grupo mutans, maior frequência de alimentação, esmalte imaturo e possibilidade de hipoplasias.

No entanto, segundo Benitez *et al.* (1994) e Duperon (1995), parece haver um grupo de determinantes não biológicos, de natureza ambígua, que, quando sob condições desfavoráveis, promovem variações biológicas e, por conseqüência, o desenvolvimento da doença. Talvez isso contribua para justificar o fato de que métodos tradicionais de orientação não têm sido efetivos em corrigir hábitos inapropriados ou melhorar comportamentos preventivos em certas populações de alto risco.

Há, portanto, a necessidade de outros estudos epidemiológicos envolvendo grupos com diferentes características biopsicossociais com o objetivo de avaliar como determinantes não biológicos podem afetar os biológicos (HOLST *et al.*, 2001).

Com relação ao fato de que 18,5% dos pré-escolares não apresentaram autorização para participação no projeto, é possível associar este resultado a pouca importância atribuída pelos pais à dentição decídua livre de cárie como forte preditor da dentição permanente também sem experiência de cárie.

Outro condicionante que não poderia deixar de ser abordado é o fator cultural, caracterizado pela falta de informação e pelo já tradicionalmente conhecido “medo do dentista”. Pais e mães com receio de procurar os serviços de saúde bucal podem oferecer resistência à idéia de levar seus filhos, principalmente bebês e pré-escolares, ao dentista.

A educação continuada e a abordagem cada vez mais precoce para a promoção da saúde bucal preconizada pela odontologia intra-uterina através do atendimento à gestante podem ser consideradas uma solução bastante interessante para que não somente as crianças, mas também os pais se habituem ao universo odontológico,

prevenindo-se ainda patologias e conseqüentes procedimentos clínico-cirúrgicos de maior complexidade na rotina odontopediátrica.

Algumas reflexões podem ser elaboradas diante dos resultados obtidos, como a importância da fluoretação das águas de abastecimento aliada ao uso de dentifrícios fluoretados e a implementação de programas educativos e preventivos para pré-escolares (PERES *et al.*, 2008).

A ausência de dados sobre as condições de saúde bucal da população pode levar a um planejamento inadequado por parte dos gestores de saúde. Este levantamento epidemiológico foi a primeira pesquisa realizada com bebês e pré-escolares em Nova Iguaçu, trazendo à luz do conhecimento problemas e indicadores a serem analisados para incorporação de novas estratégias de atenção à saúde bucal.

Esses resultados poderão nortear a implementação de ações em saúde bucal na cidade de Nova Iguaçu, contribuindo para o planejamento e a alocação de recursos, em políticas públicas de saúde.

7 CONCLUSÃO

A prevalência de cárie de estabelecimento precoce (CEP) encontrada na população estudada foi de 37,4% e o índice ceo-d médio de 1,5 ($\pm$ 2,6), sendo o componente cariado responsável por 90,4% do índice, o componente extraído/extração indicada por cárie responsável por 8,2% e o componente obturado (restaurado) por 1,4%.

É praticamente nulo o acesso dos pré-escolares a serviços de saúde bucal. Esta afirmação é evidenciada, dentre outros fatores, pela nítida presença do fenômeno da polarização, com pequenos grupos de crianças concentrando grande quantidade de cáries severas de estabelecimento precoce, e pela análise destacada dos componentes do índice ceo-d médio de Gruebbel. Apenas 12 dentes foram encontrados restaurados.

Os fatores condicionantes sócio-econômicos, de origem não biológica, exercem importante influência sobre as variantes biológicas, evidenciando, assim, o perfil multifatorial à doença cárie de estabelecimento precoce, necessitando-se de uma abordagem mais ampla para o seu enfrentamento.

Há urgente necessidade de implantação de um programa permanente de promoção precoce de saúde bucal para os pré-escolares.

REFERÊNCIAS*

Antunes JLF, Peres MA, Frazão P. Cárie dentária. In: Antunes JLF, Peres MA, organizadores. Epidemiologia da saúde bucal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p.49-67.

Aquilante AG, Ramires I, Peres SHCS, Bastos JRM. Utilização do T-Health modificado para análise da condição de saúde bucal. Rev. Bras. Odontol. 2007; 64(3 e 4):252-6.

Al-Dashti AA, Willians SA, Curzon MEJ. Breast feeding bottle feeding and dental caries in Kuwait, a country with low-fluoride levels in the water supply. Community Dent. Health 1995; 12:42-7.

American Academy of Pediatric Dentistry - AAPD. http://www.aapd.org/media/Polices_Guidelines/D_ECC.pdf. (acessado em 10/12/2008).

Amore R, Bálsamo M, Dias NF, Rodrigues JR. Tratamento da doença cárie. J. Bras. Clin. Estet. Odontol. Curitiba 2000 nov./dez.; 4(24):28-1.

Associação Brasileira de Odontologia Preventiva. 4º Congresso Mundial de Odontologia Preventiva. Jornal da ABOPREV 1993 out./dez.;5.

Barbosa APM, Kriger L, Moysés ST. Prevalência da doença cárie em crianças de cinco anos de idade na cidade de Curitiba – análise crítica. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília 2007; jun.; 16(2).

Barreto MAC, Prevalência de cárie dentária em crianças de 6 a 24 meses de idade e sua relação com alguns fatores de risco [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo; 1998.

Benigeri M, Payette M, Brodeur JM. Comparison between the DMF indices and two alternative composite indicators of dental health. Community Dent. Oral Epidemiol. 1998; 26 (5)303-9.

Benitez C, O'Sullivan D, Tinanoff N. Effect of a preventive approach for the treatment of nursing bottle caries. ASDC J. Dent. Child 1994; 61:46-9.

Bezerra ACB. Estudo clínico-epidemiológico da prevalência de cárie em crianças pré-escolares de 12 a 48 meses de idade [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo; 1990.

Bijella MFTB. A importância da educação em saúde bucal nos programas preventivos para crianças. J Bras Odontoped Odontol Bebê 1999; 2(6):127-31.

* Referências de acordo com o estilo Vancouver (Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals).

Bohmer U, Kressin NR, Spiro III A. Preventive dental behaviors and their association with oral health status in order white men. J. Dent. Res. 1999; 78(4):869-7.

Bonecker M, Cleaton-Jones P. Trends in dental caries in Latin American and Caribbean 5-6 and 11-13-year-old children: a systematic review. Community Dent. Oral Epidemiol. 2003; 31:152-7.

Bonecker M, Marcenes W, Sheiham A. Caries reductions between 1995, 1997 and 1999 in preschool children in Diadema, Brazil. Int. J. Dent. 2002 May; 12(3):183-8.

Borges ESMT, Toledo AO. Prevalência de cárie em crianças de 0-5 anos. Avaliação após 5 anos de um programa preventivo. Rev. ABO Nacional 1999 out/nov; 7(5).

Brandão IMG, Arcieri RM, Sundefeld MLM, Moimaz SAS. Cárie precoce: influência de variáveis sócio-comportamentais e do *locus* de controle da saúde em um grupo de crianças de Araraquara, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2006 jun.; 22(6):1247-6.

Brasil. Conselho Federal de Odontologia: Dados do CFO/Totais/Profissionais por CRO e Dados do CFO/Faculdades/Quadro Estatístico de Faculdades. [Capturado em 24 de nov 2008]. Disponível em: <http://www.cfo.org.br/index.htm>.

Brasil, Ministério da Saúde – Levantamento epidemiológico de cárie dental em crianças. Tabelas, 1997.

Brasil. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Carpay JJ *et al.* – The dental condition of Dutch school children assessed by a new dental health index. Community Dental Health 1998; 5:231-41.

Carta de Ottawa. [Capturado em 17 de Out 2007]. Disponibilizado em <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Ottawa.pdf>.

Castro GF, Souza IPR, Oliveira RHS, Portela MB *et al.* Prevalência de cárie e sua correlação com a classificação clínica e imunológica em crianças infectadas pelo HIV. São Paulo. Pesq. Odontol. Bras. 2001 apr./jun.; 15(2).

Cavalcanti AL., Rodrigues BC. Avaliação do conhecimento dos pais sobre saúde bucal na primeira infância. Rev CROMG, Belo Horizonte 2002; 8(2):103-7.

Chiaratto RA. Prevalência de cárie em crianças de 6 a 36 meses de idade e sua relação com variáveis sócio culturais, Florestópolis, Paraná [Dissertação de Mestrado]. Londrina: Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina; 1999.

Corbacho MM, Souza FA, Rocha MCBS, Cangussu MCT, Alves AAN. Percepção da saúde bucal - Uma análise de famílias participantes do programa de saúde, Salvador-BA. Rev Fac Odontol UFBA 2001; 22:6-11.

Corrêa MSN. Odontopediatria na 1ª infância. 2. Ed. São Paulo: Santos 2005.

Cruz AAG, Gadelha CGF, Cavalcanti AL, Medeiros PFV. Percepção materna sobre higiene bucal de bebês: Um estudo no Hospital Alcides Carneiro, Campina Grande-PB. Pesqui Bras Odontoped Clín Integr, João Pessoa 2004 set./dez.; 4(3):185-9.

Cypriano S, Sousa MLR, Rihs LB, Wada RS. Saúde bucal dos pré-escolares, Piracicaba, Brasil, 1999. Rev. Saúde Pública, São Paulo 2003 Abr; 37(2).

Davies GN. Early childhood caries – a synopsis. Community Dent. Oral Epidemiol. 1998; 26:106-16.

Dawson AS, Smales RJ. Dental health changes in an Australian Defence Force population. Aust. Dent. J. 1994 Aug.; 39(4):242-6.

De Benedetto MS, Zardetto CGDC, Bönecker MJS, Barreto MAC, Corrêa MSNP. Correlação epidemiológica de prevalência e necessidade de tratamento de cárie dentária entre mães e bebês de 6 a 24 meses de idade em São Paulo. J. Bras. Odontoped. Odontol. Bebê 1998; 2(9).

Dini EL, Holt RD, Bedi R. Prevalence and severity of caries in 3-12-year-old children from three districts with different fluoridation histories in Araraquara, SP, Brazil. Community Dent. Health 1998; 15:44-8.

Duperon DF. Early childhood caries: a continuing dilemma. J. Calif. Dent. Assoc. 1995; 23:15-5.

Edelstein BL. Cárie pediátricas no mundo: implicações para os produtos de higiene bucal. Compend. Educ. Contin. Odontol. Supl. 2005 mai.; 26(5) Supl. 1, 4-10.

Feitosa S, Colares V. Prevalência de cárie dentária em pré-escolares da rede pública de Recife, Pernambuco, Brasil, aos quatro anos de idade. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro 2004 mar./abr; 20(2).

Figueiredo MC, Rosito D, Michel J. Avaliação de 07 anos de um Programa Odontológico para bebês com Bases Educativa, Preventiva e Restauradoras. J. Bras. Odontopediatr. Odontol. Bebê, Curitiba 1998; 1(2):33-0.

Fiocruz. Coleção VIII: Conferência Nacional de Saúde, 1986. [Capturado em 16 Set2008]. Disponível em: http://www.coc.fiocruz.br/areas/dad/guia_acervo/arq_pessoal/conferencia_nacional.htm.

Flório FM *et al.* Precocidade da aquisição de estreptococos grupo mutans. *Pesq. Odontol. Bras.* 2002; 16:24.

Fraiz FC. Estudo dos fatores associados à cárie dentária em crianças que recebem atenção odontológica precoce (Odontologia para bebês); 1998. 108p. [Tese Doutorado] Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

Fraiz FC, Walter LRF. Study of the factors associated with dental caries in children who receive early dental care. *Pesq. Odontol. Bras.* 2001; 15:201-7.

Freire MCM, Melo RB, Silva AS. Dental caries prevalence in relation to socio-economic status of nursery school children in Goiânia-GO, Brazil. *Community Dent. Oral Epidemiol.*, 1996; 24(5):357-61.

Frias AC. Estudo de confiabilidade do levantamento epidemiológico de saúde bucal – Estado de São Paulo, 1998 [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2000.

Galejs I, Pease D. Parenting beliefs and locus of control orientation. *J. Psychol.*, 1986; 120:501-9.

Gomes PR, Costa SC, Cypriano S, Sousa ML. Paulínia, São Paulo, Brasil: situação da cárie dentária com relação às metas OMS 2000 e 2010. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro 2004 mai./jun.; 20(3).

Gomes VE, Gushi LL, Wada RS, Sousa MLR. Prevalência de cárie e necessidades de tratamento em pré-escolares e escolares de Capivari-SP, Brasil. *Arquivos em Odontologia*, Belo Horizonte 2003 abr./jun.; 39(2):75-2.

Gradella CMF; Oliveira LB, Ardenghi TM, Bönecker M. Epidemiologia da cárie dentária em crianças de 5 a 59 meses de idade no município de Macapá, AP. *Revista Gaúcha de Odontologia*, Porto Alegre 2007 out./dez.; 55(4):329-4.

Graner ROM *et al.* Caries prevalece in 6-36-month-old Brazilian Children. *Community Dent. Health* 1996; 13:96-8.

Granville-Garcia AF, Menezes VA. Experiência de cárie em pré-escolares da rede pública e privada da cidade do Recife – PE. *Pesq Bras Clín Integr*, João Pessoa 2005 mai./ago.; 5(2):103-9.

Gruebbel AO. Apud Chaves MM. *Odontologia Social*. 3.ed. Rio de Janeiro, Artes Médicas, 1986.

Guedes-Pinto AC. *Odontopediatria*. 7 ed. São Paulo: Santos, 2003.

Guimarães MS, Zuanon ACC, Spolidório DMP, Bernardo WLC, Campos JADB. Atividade de cárie na primeira infância: fatalidade ou transmissibilidade? Ciênc. Odontol. Bras. 2004 out./dez.; 7 (94):45-1.

Holm AK. Diet and caries in high-risk groups in developed and developing countries. 1: Caries Res. 1990; 24 Suppl 1:44-2.

Holst D, Schüller AA, Aleksejuniene J, Eriksen HM, Caries in populations: a theoretical, causal approach. Eur. J. Oral Sci. 2001; 109:143-8.

Holt, RD – Caries in the preschool child: British trends. J. Dent. 1990; 8:296-9.

Inglehart MR, Tedesco, LR – The role of the family in preventing oral diseases. In: COHEN, L. K. e GIFT, H.C. (Ed.) – Disease prevention and oral health promotion. Copenhagen: Munksgaard/FDI 1995; 271-05.

Jakobsen JR, Hunt RJ. Validation of oral status indicators. Community Dent. Health 1990 dec.; 7(3):279-4.

Janson S, Fakhouri H. Dental health in suburban Jordanian preschool children. Swed. Dent. J. 1993; 17:123-7.

Kamp AA. Well-Baby dental examinations: a survey of preschool children's oral health. Pediat. Dent. 1991; 13(2):86-0.

Kinirons MMC, Cabe M. Familial and maternal factors affecting the dental health and dental attendance of preschool children. Community Dent. Health 1995; 12:226-9.

Klein H, Palmer CE. Dental Caries in American Indian children. Public Health Bull 1937; 239:1-53.

Lai PY, Seow WK, Tudehope DI, Rogers Y. Enamel hypoplasia and dental caries in very-low birth-weight children: a case-controlled, longitudinal study. Pediatric Dent. 1997; 19:42-9.

Li Y, Navia JM, Bian JY. Caries experience in deciduous dentition of rural chinese children 3-5 years old in relation to the presence or absence of enamel hypoplasia. Caries Res. 1996; 30:8-15.

Lira CC, Moraes ES, Thomaz EBAF, Ely MR, Valença AMG. Experiência e distribuição da cárie dentária entre crianças de 2 a 5 anos. Rev. Odontol. UNESP, São Paulo 2001; 30(1):55-66.

Maciel SSVV, Oliveira RLCC, Fernandes ACA, Steinhauer HC, Torres MJS, Freire MNB *et al.* Prevalência da cárie precoce na infância em crianças de 6 a 36 meses em creches públicas de Caruaru/PE. Pesq Bras Clín Integr, João Pessoa 2007 jan./abr.; 7(1):59-5.

Maizels J, Maizels A, Sheiham A. Sociodental approach to the identification of dental treatment-need groups. *Community Dent. Oral Epidemiol.* 1993; 21:340-6.

Marcenes WS, Sheiham A. Composite indicators of dental health: functioning teeth and the number of sound-equivalent teeth (T-Health). *Community Dent. Oral Epidemiol.* 1993; 21(6):374-8.

Marthaler TM *et al.* – Caries status in Europe and predictions of future trends. *Caries Research* 1990; 24:381-96.

Martin VB, Angelo MA. Organização familiar para o cuidado dos filhos: percepção das mães em uma comunidade de baixa renda. *Rev Latino-Am Enfermagem* 1999; 7(4):89-95.

Martins ALCF. *Odontopediatria Clínica*. São Paulo: Artes Médicas; 1998; Diagnóstico da doença cárie. cap.3:33-40.

Mastrantonio SS, Garcia PPNS. Programas educativos em saúde bucal: revisão da literatura. *J Bras Odontoped Odontol. Bebê* 2002; 5(25):215-22.

Matee MIN, Mikx FHM, Maselle SYM, van Palenstein-Helderman WH. Rampant caries and linear hypoplasia. *Caries Res.* 1992; 26:205-8.

Matos-Graner RO *et al.* Prevalência de estreptococos do grupo mutans em crianças de 12 a 31 meses de idade e sua associação com a frequência e a severidade da cárie dental. *Rev. Odontol. USP* 1998; 12(4):309-14.

Matson MR, Belan L. Cáries incipientes, como controlar: uma abordagem atual. In: *Odontologia: arte, ciência e técnica*. São Paulo: Artes Médicas 2002; 95-113.

Medeiros UV, Souza MIC, Fonseca CT. Prevalência de cáries em pacientes bebês. *J. Bras. Odontoped. Odontol. Bebê* 1998; 1(3).

Miasato JM, Carneiro AA, Giordano DV, Sued ML, Santos RA, Gama RS. Filosofia da clínica de bebês da Unigranrio-RJ. *Rev. Bras. Odontol.* 1996; 53(5):6-13.

Miasato JM. Estudo comparativo da prevalência de cárie em crianças que receberam ou não atenção odontológica na primeira infância [tese]. Rio de Janeiro: Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2000.

Moraes RS, Lange AAR, Modesto A, Castro L. Frequência da cárie de estabelecimento precoce e relação com a dieta e higiene bucal. *Rev. Bras. Odontol.* 2005; 62(1 e 2):28-31.

Morita MC, Walter LRF, Guillain M. Prévalence de la carie dentaire chez des enfants brésiliens de 0 à 36 mois. *Journal d'Odonto-Stomatologie Pédiatrique* 1993; 3(1):19-8.

Moura LFAD, Moura MS, Toledo AO. Dental caries in children that participated in a dental program providing mother and child care. *J. Appl. Oral Sci.* 2006; 14(1):53-0.

Moynihan PJ, Holt RD. The national diet and nutrition survey of 1.5-to 4.5-year-old children: summary of the findings of the dental survey. *Bras. Dent. J.* 1996; 181:328-32.

Muller M. Nursing-bottle syndrome:risk factors. *J. Dentistry Child.* 1996 Jan./Feb.; 63, (1):42-0.

Okada M, Kawamura M, Kaihara Y, Matsuzaki Y, Kuwahara S, Ishidori H, *et al.* Influence of parents' oral health behaviour on oral health status of their school children: an exploratory study employing a causal modelling technique. *Int. J. Paediatr. Dent.* 12:101-8.

Oliveira AFB, Rosenblatt A. Prevalência de defeitos do esmalte e cárie dentária em crianças pré-escolares em João Pessoa/Brasil. *Rev. ABO Nac.* 2004 abr./mai.; 12(2).

Paula MPG, Dadalto ECV. Prevalência de cárie em crianças de 0 a 36 meses de idade. *Rev. ABO Nac.* 2000 abr/mai; 8(2).

Pereira AC *et al.* Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Artmed, 2003.

Peres SHCS, Carvalho FS, Carvalho CP, Bastos JRM, Lauris JRP. Polarização da cárie dentária em adolescentes, na região sudoeste do Estado de São Paulo, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2008; 13(Sup 2):2155-2162.

Pine, CE (ed.) – Community oral health. Oxford, Wright 1997; 314.

Pinto, VG. Saúde Bucal Coletiva. 5. ed. São Paulo: Ed. Santos, 2008.

Pitts NB – Current methods and criteria for caries diagnosis in Europe. *J. Dent. Education* 1993; 57(6):409-14.

Pitts NB - 'ICDAS' – an international system for caries detection and assessment being developed to facilitate caries epidemiology, research and appropriated clinical management. *Community Dent Health* 2004; 21:193-8.

Rajab LD, Petersen PE, Bakaeen G, Hamdan MA. Oral health behaviour of schoolchildren and parents in Jordan. *Int. J. Paediatr. Dent.* 2002; 12:168-76.

Reisine S, Douglas JM. Psychosocial and behavioral issues in early childhood caries. *Community Dent. Oral Epidemiol.* 1998; 26:32-44.

Ribeiro AG, Oliveira AF, Rosenblatt A. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro 2005 nov./dez.; 21(6):1695-0.

Rihs LB, Sousa MLRS, Cypriano S, Abdalla NM, Guidini DDN, Amgarten C. Atividade de cárie na dentição decídua, Indaiatuba, São Paulo, Brasil, 2004. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro 2007 mar.; 23(3):593-0.

Rihs LB, Tagliaferro EPS, Sousa MLR, Martins J, Hildebrand LF, Felizzatti RC. Prevalência de cárie e fluorose dentária em pré-escolares de 5 e 6 anos, Leme, SP, 1998. RFO UPF 2003; 8:34-9.

Rouquayrol MZ. Epidemiologia e saúde. 3. ed. Rio de Janeiro: MEDSI 1988; 7.

Saito SK, Deccio HMU, Santos MN. Efeito da prática de alimentação infantil e de fatores associados sobre a ocorrência da cárie dental em pré-escolares de 18 a 48 meses. Rev. Odontol. Univ. São Paulo, 1999 jan./mar.; 13 (1): 5-11.

Santos APP, Soviero VM. Caries prevalence and risk factors among children aged 0 to 36 months. Pesq. Odontol. Bras. 2002 Jul./Sept.; 16(3):203-8.

Schou L. – Oral health promotion in the workplace. *In*: SCHOU, L. e BLINKHORN, A.S. - Oral health promotion. Oxford: Oxford Medical Publication 1993; 189-6.

Seow WK. Biological mechanisms of early childhood caries. Community Dent. Oral Epidemiol. 1998; 26:8-27.

Seow WK. Enamel hypoplasia in the primary dentition: a review. ASDC J. Dent. Child. 1991; 58:441-52.

Serwint JR *et al.* Child rearing practices and nursing caries. Pediatrics 1993 Aug.; 92(2):233-7.

SESI – Estudo epidemiológico sobre prevalência da cárie dental em crianças de 3 a 14 anos, Brasil 1993. Brasília: Serviço Social da Indústria 1996; 52.

Sheiham A, Maizels J, Maizels A. – New composite indicators of dental health. Community Dental Health 1987; 4:407-14.

Smith RE, Bardner VM, Freeman K, Morse DE. Maternal risk indicator for childhood caries in an inner city population. Community Dent. Oral Epidemiol. Copenhagen 2002; 30(4):176-81.

Teitler J. Father involvement, child health and maternal health behavior. New York: Columbia. University School of Social Work; 1999.

Teixeira DLS, Volschan BCG. Cárie de estabelecimento precoce: comparação entre dois grupos distintos economicamente 2001 [capturado em 21 nov 2005]. Disponível em: <http://www2.estacio.br/graduacao/odontologia/paineis/2001/painel1.asp>.

Tinsley BJ, Holtgrave DR. Maternal health locus of control beliefs, utilization of childhood preventive health services, and infant health. *J. Dev. Behav. Pediatr.* 1989; 10:236-41.

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 São Paulo* 1996 out.; 30(5).

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

Truin GJ *et al.*, 1993. – Meta-analysis of caries surveys amongst 6- and 12-year old children in the Netherlands. *Advances in Dental Research* 1993; 7:15-18.

Ueda EMO, Dezan CC, Frossard WTG, Salomão F, Morita MC. Prevalence of Dental Caries in 3-and5-year-old children living in a small brazilian city. *J. Appl. Oral Sci.* 2004; 12(1):34-8.

United Kingdom. Children's dental health in the United Kingdom 1993. London: Stationery Office; 1994.

Vaz PRM, Miasato JM, FILHO CFS. Oficina de saúde bucal na cidade de Nova Iguaçu. *Rev. Bras Odontol.* 2007; 64(3 e 4):191-4.

Vignarajah S, Williams GA. Prevalence of dental caries and enamel defects in the primary dentition of Antiguan pre-school children aged 3-4 years including an assessment of their habits. *Community Dent. Health* 1992; 9(4):349-60.

Volpato LER, Figueiredo AF. Estudo da clientela do programa de atendimento odontológico precoce em um serviço público do município de Cuiabá, Mato Grosso. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* 2005 jan./mar.; 5(1):45-52.

Volschan BCG, Naegele MA, Silva ACC, Soares EL. Programa de saúde da família: prevalência de cárie de estabelecimento precoce 2001 [capturado em 06 no. 2005]. Disponível em: <http://www2.estacio.br/graduacao/odontologia/paineis/painel6>.

Walsh J. International patterns of oral health care the example of New Zeland. *N. Z. Dent. J.* 1970; 66:143-52.

Walter LRF, Ferelle A, Issao M. Odontologia para o bebê (odontopediatria do nascimento aos 3 anos). São Paulo: Artes Médicas; 1999.

Wanbier DS, Bosco VL, Guman V, *et al.* Prevalência de cárie em bebês. *Publicação UEPG Ciências Biológicas e da Saúdemar* 2004; 10(1):15-2.

Wanderley MT, Nosé CC, Corrêa MSNP. Educação e motivação na promoção da saúde bucal. In: CORRÊA, M. S. N. P. Odontopediatria na primeira infância. São Paulo: Santos, 2005; 439-58.

Weine SC, Harari SG. Cariologia: implicações e aplicações clínicas. In: Aratieri, LN *et al.* Odontologia restauradora. São Paulo: Santos, 2001; 1-30.

Weinstein P, Domoto P, Wohlers K, Koday M. Mexican-American parents with children at risk for baby bottle tooth decay: pilot study at a migrant farm workers clinic. J. Dent. Child., 1992; 59(5):376-83.

Wendt, LK, Hallostén AL, Koch G. Oral. Oral Health in preschool children living in Sweden. Part II – A longitudinal study. Findings at three years of age. Swedish Dental Journal 1992; 15:1-6.

Wenzel A. New caries diagnosis methods. Dental Education 1993; 57(6):428-32.

Wikipedia. Anexo: Lista de municípios do estado do Rio de Janeiro por IDH. http://pt.wikipedia.org/wiki/Anexo:Lista_de_munic%C3%ADpios_do_estado_do_Rio_de_Janeiro_por_IDH (acessado em 10/12/2008).

World Health Organization. Basics methods. Geneva: World Health Organization; 1987.

World Health Organization. Calibration of examiners for oral health epidemiological surveys. Geneva: ORH/EPID, 1993.

World Health Organization. Global goals for oral health by the year 2000. World Health Organization/Fédération Dentaire Internationale. International Dental Journal 1982; 32:74-7.

World Health Organization. Oral health surveys, basics methods. Geneva: World Health Organization; 1997.

Yankilevich ERLM, Cattoni STD, Cornejo LS, Battellino LJ. Distribución de la caries en niños preescolares en una región urbana, Argentina, 1992. Rev. Saúde Pública São Paulo 1993 dez.; 27(6).

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

APENDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Responsável:

Este trabalho visa a implantação do PROJETO SORRISO DO FUTURO : CONSTRUINDO, NO PRESENTE, UM FUTURO SORRIDENTE PARA NOVA IGUAÇU, com parceria da Unigranrio e Prefeitura da Cidade de Nova Iguaçu. Será realizada uma pesquisa pelo aluno do curso de Mestrado em Odontologia, o cirurgião-dentista Paulo Renato Martins Vaz e orientado pelo professor Dr. José Massao Miasato, que terá como objetivo conhecer o número de crianças que apresentam cárie, de todas as 14 creches da cidade de Nova Iguaçu, na faixa de 2 a 5 anos de idade. Outra finalidade é identificar as necessidades de tratamento destas crianças. Sendo assim, o conhecimento destas informações é importante para a implantação do Projeto Sorriso do Futuro. Portanto, estamos solicitando sua autorização para que seu filho(a) participe desta pesquisa. Em primeiro lugar, seu filho(a) receberá uma escova dental e terá a escovação realizada por um aluno da Escola de Odontologia da Unigranrio. Caso tenha necessidade, receberá aplicação tópica de flúor. Em seguida, será examinado por outro aluno da Escola de Odontologia da Unigranrio, que verificará sua condição bucal avaliando se existe cárie ou não. Os exames serão realizados em bancadas simulando macas em ambiente amplo e com boa iluminação. Caso haja necessidade poderá ser realizada documentação fotográfica. As informações são sigilosas e serão manipuladas somente pelos autores da pesquisa. Entretanto, os resultados deste estudo serão publicados em literatura especializada (Revista). Não haverá custos na pesquisa, sendo a participação voluntária, e a qualquer momento você poderá desistir sem qualquer prejuízo para seu filho se for de sua vontade. A pesquisa será suspensa ou encerrada, caso não haja condições técnicas, biossegurança e/ou materiais para sua execução. Os autores poderão ser contatados a qualquer momento para esclarecimento de dúvidas ou no Comitê de Ética da Unigranrio (2672-7871). Uma cópia deste documento ficará em seu poder e a outra arquivada pelos pesquisadores.

Atenciosamente,

José Massao Miasato
Tel.: 2672-7828

Paulo Renato Martins Vaz
Tel.: 9981-3715

Eu, _____, responsável pelo men-
do _____, certifico que lendo as informações acima
concordo com o que foi exposto e autorizo a participação do mesmo neste estudo.

Nova Iguaçu, ____ de _____ de 2007.

Assinatura do responsável -- No documento de identidade

APÊNDICE B – Ficha de identificação e avaliação clínico-odontológica.



PREFEITURA DA CIDADE DE NOVA IGUAÇU
PROJETO SORRIA BAIRRO ESCOLA



CRECHE: _____ TURMA: _____ DATA: ____ / ____ / ____
 NOME: _____ IDADE: _____ SEXO: _____
 PESO: _____ ALTURA: _____ EXAMINADOR: _____

I - CÁRIE DENTÁRIA E NECESSIDADE DE TRATAMENTO

	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
COROA										
TRAT										

Ceo-d: _____

	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75
COROA										
TRAT										

NECESSIDADE DE TRATAMENTO:

HÍGIDO - H	NENHUM – 0
CARIADO – IDENTIFICAR AS FACES Ex.: MOD, O , etc...	RESTAURAÇÃO 1 SUPERFÍCIE - 1
NÃO ERUPCIONADO – NE	RESTAURAÇÃO 2 OU MAIS SUPERFÍCIES - 2
RESTAURADO – RE	COROA POR QUALQUER RAZÃO – 3
TRAUMA – TR	FACETA ESTÉTICA – 4
PERDIDO POR CÁRIE – PC	PULPAR + RESTAURAÇÃO – 5
PERDIDO POR OUTRAS RAZÕES – PO	EXTRAÇÃO – 6
DENTE EXCLUÍDO - DE	REMINERALIZAÇÃO MANCHA BRANCA – 7
	SELANTE – 8
	SEM INFORMAÇÃO - 9

II – OCLUSÃO

SUPERIOR				INFERIOR			
() TIPO I		() TIPO II		() TIPO I		() TIPO II	
() Espaço primata direito				() Espaço primata direito			
() Espaço primata esquerdo				() Espaço primata esquerdo			

Mordida aberta anterior	()	Sim	()	Não
Mordida aberta posterior	()	Sim	()	Não
Apinhamento anterior	()	Sim	()	Não

Sobremordida	()	Neg	()	Topo	()	Leve (0-1mm)	()	Moderada (1-3mm)	()	Severa (+3mm)
Sobressaliência	()	Neg	()	Topo	()	Leve (0-2mm)	()	Moderada (2-4mm)	()	Severa (+4mm)

Mordida Cruzada	()	Ant	()	Post	()	Bilateral	()	Uni Dir	()	Uni Esq
Linha Média	()	Coincidente			()	Desvio p/esquerda		()	Desvio p/direita	

Relação molar:	Dentição decídua			CHUPETA	DEDO
lado direito	() Reto	() Mesial	() Distal	() Sim	() Sim
lado esquerdo	() Reto	() Mesial	() Distal	() Não	() Não




APÊNDICE C – Formulário de Avaliação Sócio-econômica, Acesso e Auto-percepção em Saúde Bucal



PREFEITURA DA CIDADE DE NOVA IGUAÇU
PROJETO SORRIA BAIRRO ESCOLA



FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO SÓCIOECONÔMICA, ACESSO E AUTOPERCEPÇÃO EM SAÚDE BUCAL

CARACTERIZAÇÃO SÓCIOECONÔMICA:

Número de pessoas na casa: Escolaridade (anos de estudo): Pai Mãe Moradia:

Número de cômodos na casa: Renda Familiar (em reais): Posse de automóvel:

1-Própria
 2-Própria em aquisição
 3-Alugada
 4-Cedida
 5-Outros
 0-Não possui
 1-Possui 1 automóvel
 2-Possui 2 ou +

ACESSO A SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS:

PERGUNTA	CÓDIGO	PAI	MÃE
Já foi ao dentista alguma vez na vida?	0-Sim 1-Não		
Há quanto tempo?	0-Nunca foi ao dentista 1-Menos de 1 ano 2-De 1 a 2 anos 3-3 ou mais anos		
Onde?	0-Nunca foi ao dentista 1-Serviço Público 2-Serviço Privado Liberal 3-Serviço Privado (planos e convênios) 4-Serviço filantrópico 5-Outros		
Por quê?	0-Nunca foi ao dentista 1-Consulta de rotina/reparos/manutenção 2-Dor 3-Sangramento gengival 4-Cavidades nos dentes 5-Feridas, caroços ou manchas na boca 6-Outros		
Como avalia o atendimento?	0-Nunca foi ao dentista 1-Péssimo 2-Ruim 3-Regular 4-Bom 5-Ótimo		
Recebeu informações sobre como evitar problemas bucais?	0-Sim 1-Não		
Considera que necessita de tratamento atualmente?	0-Sim 1-Não		

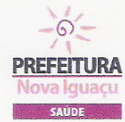
AUTOPERCEPÇÃO EM SAÚDE BUCAL:

PERGUNTA	CÓDIGO	PAI	MÃE
Como classificaria sua saúde bucal?	0-Não sabe/não informou 1-Péssima 2-Ruim 3-Regular 4-Boa 5-Ótima		
Como classificaria a aparência de seus dentes e gengivas?	0-Não sabe/não informou 1-Péssima 2-Ruim 3-Regular 4-Boa 5-Ótima		






PREFEITURA DA CIDADE DE NOVA IGUAÇU
PROJETO SORRIA BAIRRO ESCOLA



Como classificaria sua mastigação?	0-Não sabe/não informou 1-Péssima 2-Ruim 3-Regular 4-Boa 5-Ótima		
Como classificaria a sua fala devido aos seus dentes e gengivas?	0-Não sabe/não informou 1-Péssima 2-Ruim 3-Regular 4-Boa 5-Ótima		
De que forma a sua saúde bucal afeta o seu relacionamento com outras pessoas?	0-Não sabe/não informou 1-Não afeta 2-Afeta pouco 3-Afeta mais ou menos 4-Afeta muito		
O quanto de dor seus dentes e gengivas causaram nos últimos 6 meses?	0-Nenhuma dor 1-Pouca dor 2-Média dor 3-Muita dor		

ANEXO A – Termo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIGRANRIO.



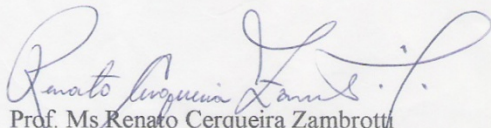
Duque de Caxias, 06 de novembro de 2007

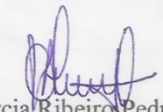
Do: Comitê de Ética em Pesquisa da UNIGRANRIO
Prof. Ms Renato Cerqueira Zambrotti
Para Pesquisador: Paulo Renato Martins Vaz
Orientador: Prof. Dr. José Massao Miasato

O Comitê de Ética em pesquisa da UNIGRANRIO, após avaliação considerou o projeto, protocolo CAAE 1633.0.000.317-07, "PROJETO SORRISO DO FUTURO: CONSTRUINDO, NO PRESENTE, UM FUTURO SORRIDENTE PARA NOVA IGUAÇÚ (SORRIA BAIRRO – ESCOLA)" aprovado, encontrando-se este dentro dos padrões éticos da pesquisa em seres humanos, conforme Resolução n.º 196 sobre pesquisa envolvendo seres humanos de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, bem como o consentimento livre e esclarecido.

O pesquisador deverá informar ao Comitê de Ética qualquer acontecimento ocorrido no decorrer da pesquisa.

O Comitê de Ética solicita a V. S^a., que ao término da pesquisa encaminhe a esta comissão um sumário dos resultados do projeto.


Prof. Ms Renato Cerqueira Zambrotti
Coordenador CEP/UNIGRANRIO


Prof.ª Márcia Ribeiro Pedra Fixe
Secretária ex officio

ANEXO B – Tabelas de Caracterização Sócio-econômica; Acesso a Serviços Odontológicos; e Auto-percepção em Saúde Bucal utilizadas pelo projeto SB Brasil.

Tabela 35. Número e porcentagem de indivíduos segundo grau de fluorose, idade e macrorregião. Brasil, 2003.

Condição		Macrorregião											
		Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		Brasil	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
12 anos	Sem Fluorose	5.491	90,24	6.910	96,32	6.931	86,55	6.312	89,25	5.578	96,11	31.222	91,44
	normal	5.070	83,32	6.691	93,27	6.254	78,10	5.812	82,18	5.381	92,71	29.208	85,55
	questionável	421	6,92	219	3,05	677	8,45	500	7,07	197	3,39	2.014	5,90
	Com Fluorose	594	9,76	264	3,68	1.077	13,45	760	10,75	226	3,89	2.921	8,56
	muito leve	525	8,63	172	2,40	715	8,93	528	7,47	161	2,77	2.101	6,15
	leve	57	0,94	70	0,98	219	2,73	181	2,56	44	0,76	571	1,67
	moderada	8	0,13	19	0,26	94	1,17	45	0,64	19	0,33	185	0,54
	severa	4	0,07	3	0,04	49	0,61	6	0,08	2	0,03	64	0,19
Sem Informação	123	-	148	-	44	-	47	-	45	-	407	-	
Total	6.085	100,00	7.174	100,00	8.008	100,00	7.072	100,00	5.804	100,00	34.143	100,00	
15 a 19 anos	Sem Fluorose	3.460	91,78	3.668	97,06	2.720	93,28	3.616	95,59	2.012	97,39	15.476	94,86
	normal	3.181	84,38	3.582	94,79	2.571	88,17	3.412	90,19	1.936	93,71	14.682	90,00
	questionável	279	7,40	86	2,28	149	5,11	204	5,39	76	3,68	794	4,87
	Com Fluorose	310	8,22	111	2,94	196	6,72	167	4,41	54	2,61	838	5,14
	muito leve	260	6,90	74	1,96	122	4,18	125	3,30	35	1,69	616	3,78
	leve	40	1,06	33	0,87	42	1,44	36	0,95	13	0,63	164	1,01
	moderada	7	0,19	4	0,11	23	0,79	5	0,13	5	0,24	44	0,27
	severa	3	0,08	0	0,00	9	0,31	1	0,03	1	0,05	14	0,09
Sem Informação	107	-	219	-	65	-	58	-	70	-	519	-	
Total	3.770	100,00	3.779	100,00	2.916	100,00	3.783	100,00	2.066	100,00	16.314	100,00	

4.8 Caracterização Socioeconômica

Na Tabela 36, é ilustrada a distribuição de algumas informações socioeconômicas coletadas na população acima de 15 anos.

Cerca de 74% dos adolescentes examinados freqüentavam escola. Desses, aproximadamente 93% freqüentam escolas públicas enquanto que somente pouco mais de 6% estão em escolas privadas. Quanto à posse de automóvel, um indicador indireto de renda, cerca de 27% dos examinados na faixa etária de 35 a 44 anos possui um ou mais automóveis.

Tabela 36. Caracterização socioeconômica de acordo com a idade. Brasil, 2003.

	Idade						Total	
	15 a 19		35 a 44		65 a 74			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Estudante								
Sim	12.337	73,99	1.570	11,73	186	3,49	14.093	39,82
Não	4.338	26,01	11.811	88,27	5.149	96,51	21.298	60,18
Tipo de Escola								
Não é estudante	4.338	26,03	11.811	88,28	5.149	96,51	21.298	60,20
Escola Pública	11.419	68,53	1.318	9,85	167	3,13	12.904	36,48
Escola Privada	775	4,65	205	1,53	15	0,28	995	2,81
Outros	131	0,79	45	0,34	4	0,07	180	0,51
Moradia								
Própria	13.137	78,91	10.544	78,88	4.581	85,96	28.262	79,96
Própria em aquisição	410	2,46	351	2,63	90	1,69	851	2,41
Alugada	1.847	11,09	1.495	11,18	346	6,49	3.688	10,43
Cedida	904	5,43	826	6,18	253	4,75	1.983	5,61
Outros	351	2,11	151	1,13	59	1,11	561	1,59
Posse de automóvel								
Não possui	13.501	81,10	9.795	73,30	4.436	83,27	27.732	78,48
Possui um automóvel	2.799	16,81	3.212	24,04	800	15,02	6.811	19,27
Possui dois ou mais	347	2,08	355	2,66	91	1,71	793	2,24

4.9 Acesso a Serviços Odontológicos

As Tabelas 37 a 39 ilustram as frequências absolutas e percentuais para as variáveis relativas ao acesso a serviços odontológicos para os grupos etários de 15 a 19 anos, 35 a 44 anos e 65 a 74 anos.

Cerca de 14% dos adolescentes brasileiros nunca foram ao dentista. Existem desigualdades regionais marcantes, menos de 6% dos adolescentes da Região Sul relatam nunca ter ido ao dentista enquanto que essa percentagem chega a quase 22% na Região Nordeste. Um dos principais motivos da ida ao dentista é 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 cerca de 34% dos adolescentes. Quanto a adultos e idosos, a percentagem de pessoas que foram ao dentista devido à presença de dor foi de cerca de 46% nessas faixas etárias. Porém, desigualdades em relação às macrorregiões relativamente significantes aparecem, com piores proporções na Região Norte (ao redor de 56%) e melhores na Região Sul (ao redor de 36%).

Tabela 37. Acesso a serviços odontológicos de acordo com a macrorregião para o grupo etário de 15 a 19 anos. Brasil, 2003.

	Macrorregiões										Brasil	
	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Consulta pelo menos uma vez												
Sim	3.236	83,55	3.069	78,35	2.679	89,87	3.634	94,66	1.817	87,99	14.435	86,57
Não	637	16,45	848	21,65	302	10,13	205	5,34	248	12,01	2.240	13,43
Tempo desde a última consulta												
Nunca foi atendido	637	16,56	848	21,76	302	10,14	205	5,77	248	12,15	2.240	13,50
Menos de 1 ano	1.645	42,77	1.583	40,62	1.519	51,02	2.358	60,80	949	46,50	8.054	48,55
De 1 a 2 anos	998	25,95	867	22,25	668	22,44	834	21,78	492	24,11	3.859	23,26
3 ou mais anos	566	14,72	599	15,37	488	16,39	430	11,24	352	17,25	2.435	14,68
Local do Atendimento												
Nunca foi atendido	637	16,53	848	21,70	302	10,14	205	5,37	248	12,08	2.240	13,49
Serviço Público	2.385	61,90	2.103	53,76	1.621	54,41	2.178	57,02	955	46,52	9.242	55,62
Serviço Privado Liberal	586	15,21	639	16,33	795	26,69	929	24,32	662	32,25	3.611	21,73
Serviço Privado Suplementar	148	3,84	215	5,50	209	7,02	389	10,18	168	8,18	1.129	6,79
Serviço Filantrópico	39	1,01	17	0,43	20	0,67	58	1,52	11	0,54	145	0,87
Outros	58	1,51	89	2,28	32	1,07	61	1,60	9	0,44	249	1,50
Motivo do atendimento												
Nunca foi atendido	637	16,52	848	21,74	302	10,14	205	5,37	248	12,06	2.240	13,48
Consulta de rotina/manutenção	894	23,18	879	22,51	1.325	44,48	1.811	47,40	760	36,96	5.669	34,11
Dor	1.549	40,16	1.257	32,19	751	25,21	895	23,42	647	31,47	5.099	30,68
Sangramento gengival	34	0,88	37	0,95	52	1,74	32	0,84	27	1,31	182	1,10
Cavidades nos dentes	550	14,26	738	18,90	395	13,26	635	16,62	285	13,86	2.603	15,66
Feridas, caroços, manchas na boca	11	0,29	10	0,26	7	0,23	2	0,05	4	0,19	34	0,20
Outros	182	4,72	135	3,46	147	4,93	241	6,31	85	4,13	790	4,75
Avaliação do atendimento												
Nunca foi atendido	637	16,50	848	21,74	302	10,15	205	5,36	248	12,07	2.240	13,48
Péssimo	125	3,24	57	1,46	59	1,98	54	1,41	32	1,56	327	1,97
Ruim	72	1,87	68	1,74	62	2,08	45	1,18	27	1,31	274	1,65
Regular	467	12,10	336	8,60	211	7,09	344	8,99	189	9,20	1.547	9,31
Bom	2.119	54,90	2.192	56,13	1.860	62,54	2.629	68,68	1.217	59,25	10.017	60,27
Ótimo	440	11,40	403	10,32	480	16,14	551	14,39	341	16,60	2.215	13,33

Tabela 38. Acesso a serviços odontológicos de acordo com a macrorregião para o grupo etário de 35 a 44 anos. Brasil, 2003.

	Macrorregiões										Brasil	
	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Consulta pelo menos uma vez												
Sim	2.407	96,82	3.169	95,02	2.283	97,61	3.137	98,52	2.008	98,53	13.004	97,18
Não	79	3,18	166	4,98	56	2,39	47	1,48	30	1,47	378	2,82
Tempo desde a última consulta												
Nunca foi atendido	79	3,19	166	4,99	56	2,44	47	1,48	30	1,49	378	2,84
Menos de 1 ano	779	31,49	1.061	31,91	971	41,55	1.477	46,59	755	37,38	5.043	37,84
De 1 a 2 anos	594	24,01	674	20,27	480	20,54	764	24,10	490	24,26	3.002	22,53
3 ou mais anos	1.022	41,31	1.424	42,83	829	35,47	882	27,82	745	36,88	4.902	36,79
Local do Atendimento												
Nunca foi atendido	79	3,19	166	4,99	56	2,39	47	1,48	30	1,48	378	2,83
Serviço Público	1.361	54,88	1.790	53,77	1.018	43,52	1.447	45,55	816	40,18	6.432	48,16
Serviço Privado Liberal	731	29,48	901	27,07	921	39,38	1.095	34,47	958	47,17	4.606	34,49
Serviço Privado Suplementar	171	6,90	279	8,38	278	11,89	472	14,86	187	9,21	1.387	10,38
Serviço Filantrópico	41	1,65	26	0,78	27	1,15	45	1,42	15	0,74	154	1,15
Outros	97	3,91	167	5,02	39	1,67	71	2,23	25	1,23	399	2,99
Motivo do atendimento												
Nunca foi atendido	79	3,18	166	4,98	56	2,39	47	1,48	30	1,47	378	2,83
Consulta de rotina/manutenção	460	18,54	580	17,41	777	33,22	1.151	36,21	548	26,94	3.516	26,31
Dor	1.350	54,41	1.672	50,20	964	41,21	1.141	35,89	967	47,54	6.094	45,60
Sangramento gengival	23	0,93	39	1,17	79	3,38	79	2,49	46	2,26	266	1,99
Cavidades nos dentes	378	15,24	687	20,62	294	12,57	454	14,28	300	14,75	2.113	15,81
Feridas, caroços, manchas na boca	12	0,48	15	0,45	10	0,43	14	0,44	2	0,10	53	0,40
Outros	179	7,21	172	5,16	159	6,80	293	9,22	141	6,93	944	7,06
Avaliação do atendimento												
Nunca foi atendido	79	3,19	166	4,98	56	2,40	47	1,48	30	1,48	378	2,83
Péssimo	57	2,30	57	1,71	61	2,61	58	1,83	53	2,61	286	2,14
Ruim	66	2,66	54	1,62	75	3,21	50	1,57	62	3,06	307	2,30
Regular	329	13,27	327	9,81	169	7,23	239	7,53	195	9,62	1.259	9,43
Bom	1.545	62,30	2.145	64,36	1.496	64,01	2.178	68,60	1.307	64,45	8.671	64,94
Ótimo	404	16,29	584	17,52	480	20,54	603	18,99	381	18,79	2.452	18,36

Tabela 39. Acesso a serviços odontológicos de acordo com a macrorregião para o grupo etário de 65 a 74 anos. Brasil, 2003.

	Macrorregiões										Brasil	
	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Consulta pelo menos uma vez												
Sim	692	92,76	1.279	89,00	1.016	96,58	1.342	97,74	697	95,74	5.026	94,19
Não	54	7,24	158	11,00	36	3,42	31	2,26	31	4,26	310	5,81
Tempo desde a última consulta												
Nunca foi atendido	54	7,28	158	11,03	36	3,43	31	2,26	31	4,28	310	5,83
Menos de 1 ano	101	13,61	177	12,35	187	17,81	322	23,52	108	14,90	895	16,83
De 1 a 2 anos	89	11,99	138	9,63	122	11,62	188	13,73	83	11,45	620	11,66
3 ou mais anos	498	67,12	960	66,99	705	67,14	828	60,48	503	69,38	3.494	65,69
Local do Atendimento												
Nunca foi atendido	54	7,25	158	11,03	36	3,43	31	2,26	31	4,26	310	5,82
Serviço Público	353	47,38	667	46,55	395	37,58	493	35,96	250	34,34	2.158	40,50
Serviço Privado Liberal	224	30,07	423	29,52	500	47,57	630	45,95	368	50,55	2.145	40,26
Serviço Privado Suplementar	34	4,56	86	6,00	81	7,71	158	11,52	61	8,38	420	7,88
Serviço Filantrópico	11	1,48	13	0,91	5	0,48	26	1,90	3	0,41	58	1,09
Outros	69	9,26	86	6,00	34	3,24	33	2,41	15	2,06	237	4,45
Motivo do atendimento												
Nunca foi atendido	54	7,32	158	11,05	36	3,43	31	2,26	31	4,26	310	5,83
Consulta de rotina/manutenção	68	9,21	134	9,37	209	19,92	364	26,59	139	19,12	914	17,93
Dor	423	57,32	754	52,73	504	48,04	521	38,06	356	48,97	2.558	48,12
Sangramento gengival	7	0,95	21	1,47	28	2,67	22	1,61	10	1,38	88	1,65
Cavidades nos dentes	86	11,65	210	14,69	95	9,06	142	10,37	67	9,22	600	11,29
Feridas, caroços, manchas na boca	6	0,81	8	0,56	9	0,86	6	0,44	2	0,28	31	0,58
Outros	94	12,74	145	10,14	168	16,02	283	20,67	122	16,78	812	15,27
Avaliação do atendimento												
Nunca foi atendido	54	7,28	158	11,03	36	3,43	31	2,26	31	4,26	310	5,82
Péssimo	15	2,02	15	1,05	26	2,47	20	1,46	12	1,65	88	1,65
Ruim	18	2,43	28	1,95	20	1,90	23	1,68	19	2,61	108	2,03
Regular	92	12,40	138	9,63	89	8,47	104	7,59	73	10,04	496	9,32
Bom	477	64,29	898	62,67	711	67,65	978	71,39	482	66,30	3.546	65,62
Ótimo	86	11,59	196	13,68	169	16,08	214	15,62	110	15,13	775	14,56

4.10 Autopercepção em Saúde Bucal

A Tabela 40 ilustra as frequências absolutas e percentuais para as variáveis relativas à percepção de saúde bucal dos entrevistados. A percentagem de pessoas relatando uma situação de saúde bucal péssima, ruim ou regular foi de 44,7%, 59,2% e 43,6% para as faixas etárias de 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos de idade respectivamente. A dificuldade mastigatória (regular/ruim/péssima) naquelas faixas etárias foi, respectivamente, 22,8%, 43,8% e 47,8%.

A prevalência da dor dentária (pouca/média/alta) nos últimos seis meses foi de 35,7% em adolescentes, 34,8% em adultos e 22,2% em idosos.

Tabela 40. Autopercepção em saúde bucal de acordo com a idade. Brasil, 2003.

	Idade						TOTAL	
	15 a 19		35 a 44		65 a 74			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Como classifica sua saúde bucal								
Não sabe/não informou	808	4,85	329	2,46	318	5,96	1.455	4,11
Péssima	565	3,39	1.072	8,01	250	4,69	1.887	5,33
Ruim	1.215	7,29	1.881	14,06	620	11,63	3.716	10,50
Regular	5.673	34,03	4.963	37,11	1.465	27,48	12.101	34,21
Boa	7.431	44,58	4.604	34,42	2.452	45,99	14.487	40,95
Ótima	977	5,86	526	3,93	227	4,26	1.730	4,89
Como classifica aparência de dentes e gengivas								
Não sabe/não informou	803	4,82	396	2,96	489	9,18	1.688	4,77
Péssima	499	2,99	895	6,69	268	5,03	1.662	4,70
Ruim	1.316	7,89	2.037	15,23	730	13,70	4.083	11,54
Regular	4.789	28,73	4.565	34,14	1.431	26,86	10.785	30,49
Boa	8.155	48,92	5.001	37,40	2.253	42,29	15.409	43,56
Ótima	1.109	6,65	479	3,58	157	2,95	1.745	4,93
Como classifica a mastigação								
Não sabe/não informou	579	3,47	198	1,48	208	3,90	985	2,78
Péssima	257	1,54	636	4,75	372	6,98	1.265	3,58
Ruim	834	5,00	1.940	14,50	918	17,22	3.692	10,43
Regular	2.706	16,23	3.284	24,54	1.256	23,56	7.246	20,48
Boa	10.542	63,24	6.647	49,68	2.377	44,58	19.566	55,30
Ótima	1.751	10,50	675	5,04	201	3,77	2.627	7,42
Como classifica a fala devido a dentes e gengivas								
Não sabe/não informou	775	4,65	382	2,86	335	6,28	1.492	4,22
Péssima	175	1,05	354	2,65	176	3,30	705	1,99
Ruim	360	2,16	988	7,39	561	10,52	1.909	5,40
Regular	1.734	10,40	2.451	18,32	1.129	21,17	5.314	15,02
Boa	11.070	66,39	8.089	60,46	2.860	53,64	22.019	62,23
Ótima	2.560	15,35	1.114	8,33	271	5,08	3.945	11,15
De que forma saúde bucal afeta o relacionamento								
Não sabe/não informou	1.698	10,18	1.135	8,48	702	13,17	3.535	9,99
Não afeta	11.871	71,20	8.294	61,98	3.334	62,53	23.499	66,41
Afeta pouco	1.515	9,09	1.931	14,43	672	12,60	4.118	11,64
Afeta mais ou menos	929	5,57	1.085	8,11	330	6,19	2.344	6,62
Afeta muito	660	3,96	936	6,99	294	5,51	1.890	5,34

continua...

continuação...

	Idade						TOTAL	
	15 a 19		35 a 44		65 a 74			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Quanto de dor sentiu nos últimos 6 meses								
Nenhuma Dor	10.726	64,33	8.719	65,16	4.134	77,56	23.579	66,64
Pouca Dor	3.189	19,13	2.275	17,00	704	13,21	6.168	17,43
Média Dor	1.278	7,66	1.038	7,76	249	4,67	2.565	7,25
Muita Dor	1.481	8,88	1.348	10,07	243	4,56	3.072	8,68

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](#)