

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO ODONTOLOGIA PREVENTIVA E INFANTIL**

CAMILA HELENA MACHADO DA COSTA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO EM SAÚDE BUCAL DO
MUNICÍPIO DE ALAGOINHA-PB**

**ORIENTADOR:
FRANKLIN DELANO SOARES FORTE**

**JOÃO PESSOA – PB
2011**

Camila Helena Machado da Costa

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO EM SAÚDE BUCAL DO MUNICÍPIO DE ALAGOINHA-PB

Dissertação apresentada à Universidade Federal da Paraíba, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação em Odontologia, área de concentração Odontologia Preventiva e Infantil.

Orientador: Franklin Delano Soares Forte

**JOÃO PESSOA – PB
2011**

CAMILA HELENA MACHADO DA COSTA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO EM SAÚDE BUCAL DO MUNICÍPIO DE
ALAGOINHA-PB**

Dissertação apresentada à Universidade Federal da Paraíba, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação em Odontologia, área de concentração Odontologia Preventiva e Infantil.

Aprovado em ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA

Prof.º Dr.º Franklin Delano Soares Forte
Orientador – UFPB

Prof.º Dr.º Fábio Correia Sampaio
Examinador – UFPB

Prof.º Dr.ª Fabíola Galbiatti de Carvalho Carlo
Examinadora – UFCG

*Dedico este trabalho aos meus pais, **José Aurélio e Heloisa**, exemplo de dedicação, força, amor e honestidade, alicerces na minha formação e fundamentais nessa conquista tão desejada.*

AGRADECIMENTOS

*A felicidade aparece para aqueles que choram.
Para aqueles que se machucam.
Para aqueles que buscam e tentam sempre.
E para aqueles que reconhecem
A importância das pessoas que passam por suas vidas.*

Clarisse Lispector

"A gratidão é a memória do coração"

Antes de tudo, agradeço a **Deus**, pelo dom da vida e pela força que guia o meu caminhar.

Aos meus pais, **José Aurélio** e **Heloisa**, por tornarem esse sonho possível. Vocês me deram o maior presente que alguém poderia receber, o amor.

Aos meus irmãos, **Aurélio** e **Renata**, por serem meus verdadeiros amigos. Obrigada pelo amor e principalmente pela nossa união.

À minha avó e madrinha, **Maria de Lourdes**, pelo cuidado, carinho e afeto, sempre acreditando no meu potencial.

Ao meu amor, **Felipe Bezerra**, que esteve ao meu lado em todos os momentos durante o mestrado, incansável em me incentivar a fazer sempre o melhor neste campo que escolhi.

Ao Professor Dr. **Franklin Forte**, meu eterno mestre, não somente pela orientação precisa durante a execução deste trabalho e por compartilhar seus conhecimentos com sabedoria e humildade, mas também pelo apoio, confiança, amizade e alegria durante todos esses anos de convivência. Obrigada por tudo, sempre.

À Professora Dra. **Cláudia Helena**, pela atenção e contribuição, é uma honra tê-la me auxiliando nesta pesquisa.

Ao Professor Dr. **Fábio Sampaio**, exemplo de experiência e competência, agradeço pelas portas abertas irrestritamente e pelas participações e contribuições durante minhas qualificações.

À Professora Dra. **Fabiola Galbiatti**, pessoa de admirável competência e doçura, agradeço por aceitar participar e opinar neste trabalho, deixando sua honrosa contribuição.

Aos **amigos de mestrado** pela amizade conquistada e pelos momentos científicos vivenciados. Agradeço em especial à **Manuella Carneiro** pelas longas horas de estudo em conjunto desde a seleção do mestrado sempre torcendo pelo meu sucesso e à **Luciana Vilar** pela amizade e companheirismo durante esses anos.

À cidade de **Alagoinha** e em especial aos **participantes** deste estudo, que apesar de todas as dificuldades com as quais viviam, abriram as portas de suas casas e estavam sempre sorrindo e me acolhendo de forma calorosa.

A minha companheira de visitas, **Arycelly Regis**, pelas palavras de estímulo e por percorrer cada domicílio sempre com um sorriso no rosto.

Ao **Programa de Pós-Graduação** em Odontologia da Universidade Federal da Paraíba pela concretização de mais um sonho.

À **CAPES** pelo apoio financeiro.

A todos os **familiares** e **amigos**, que direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho, meu muito obrigada.

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

Mário Quintana

Resumo

O objetivo do presente estudo foi conhecer a prevalência de cárie, necessidades de tratamento e o acesso e avaliação dos serviços odontológicos, assim como o grau em que a saúde bucal compromete o desempenho diário nos grupos etários de 5, 12, 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos do município de Alagoinha, PB, Brasil. A coleta de dados foi realizada em oito setores censitários urbanos do município, utilizando a metodologia do SB BRASIL 2010. Através do mapa cartográfico da cidade, os setores foram percorridos por um examinador previamente treinado ($\kappa=0,92$ IC 95% 0,90-0,95). O exame clínico foi realizado em 316 indivíduos e 371 indivíduos responderam a entrevista, a concordância intra-examinadora foi aferida pelo teste kappa (0,97). O Índice Oral Impacts on Daily Performances (OIDP) foi utilizado para avaliar o impacto bucal no desempenho diário. Após coletados, os dados foram trabalhados pela estatística descritiva e submetidos ao teste estatístico Qui-quadrado e Exato de Fisher. A média de prevalência de cárie dentária entre os grupos etários foi de 86,1%, o ceo-d ao 5 anos e o CPO-D aos 12 foi de 1,76 e 2,17, respectivamente. De acordo com o tipo de necessidade de tratamento, em todas as faixas etárias, o maior percentual correspondeu à indicação de restaurações. Houve diferença estatística significativa ($p<0,05$) em relação à presença de experiência de cárie e gênero, visita ao dentista e interferência nas atividades diárias. Do total de participantes, 12,4% declararam nunca ter ido ao dentista e dentre os que já foram o serviço público foi o mais procurado, onde o principal motivo da procura foi tratamento e a extração dentária. Dos entrevistados, 62,8% tiveram pelo menos um desempenho diário afetado por problemas odontológicos. Houve diferença estatística significativa entre a presença de impacto da saúde bucal em relação à dor de dente, visita ao dentista, necessidade de prótese e experiência de cárie dentária ($p<0,005$). Conclui-se que há uma demanda reprimida por tratamentos dentários, sendo importante o estabelecimento de políticas públicas de saúde que reorientem os serviços para a oferta da atenção à saúde bucal e da promoção da saúde.

Palavras-chave: Cárie dentária; Saúde bucal; Acesso; Qualidade de Vida.

Abstract

The aim of this study was to determine the prevalence of caries and treatment needs and verify access and evaluation of dental services, as well the degree to which oral health affects the daily performance between the age groups of 5, 12, 15 to 19, 35 to 44 and 65 to 74 years in Alagoinha, PB, Brazil. Data collection was conducted in eight urban census tracts in the city, using the methodology of SB BRASIL 2010. Through the cartographic map of the city, the sectors were recorded by a trained examiner ($\kappa = 0.92$ 95% IC 0.90 to 0.95). Clinical examination was performed on 316 individuals and 371 responded to interview and intra-examiner was assessed using the kappa test (0.97). Index Oral Impacts on Daily Performances (OIDP) was used to assess the impact on oral daily performance. Once collected, the data were worked by descriptive statistics and tested using Chi-square and Fisher Exact test. The prevalence of dental caries between age groups was 86.1%, the dmft for 5 years and DMFT at 12 was 1.76 and 2.17, respectively. According to the type of treatment need in all age groups, the highest percentage corresponded to the indication of

restorations. There was a statistically significant difference ($p < 0.05$) compared to the presence of caries experience and gender, dental visits and interference in daily activities. Of the total, 12.4% reported never having been to the dentist and among those who were public service was the most sought and the main reason for seeking service was the treatment and tooth extraction. Of the respondents, 62.8% had at least one daily performance affected by dental problems. There was a statistically significant difference between the presence of impact of oral health in relation to a toothache, dental visits, need for prosthesis and dental caries experience ($p < 0.005$). It is concluded that there is an unmet demand for dental treatment, is important to establish public policies reorient health services for the provision of oral health care and health promotion that measures aimed at preventing and treating this population.

Keywords: Dental caries; Oral health; Access; Quality of Life

LISTA DE TABELAS

Artigo 1

Tabela 1: Média do Índice ceo-d (5 anos), CPO-D (demais idades) e proporção dos componentes em relação ao ceo-d ou CPO-D total, segundo grupo etário. Alagoinha, PB, 2011.....**27**

Figura 1: Valores de CPO-D na idade de 12 anos. Alagoinha, PB, 2011.....**28**

Tabela 2: Número de dentes com e sem necessidade de tratamento para cárie dentária e seus respectivos componentes, segundo os grupos etários. Alagoinha, PB, 2011.....**29**

Tabela 3: Média da condição de raiz e proporção dos componentes em relação ao total de raízes expostas, segundo grupo etário de 35 a 44 anos e 65 a 74 anos. Alagoinha, PB, 2011.....**29**

Artigo 2

Tabela 1: Acesso e avaliação aos serviços odontológicos e autopercepção em saúde bucal de acordo com os grupos etários. Alagoinha, PB, 2011.....**54**

Tabela 2: Número de respostas “sim” para algum impacto da saúde bucal nas diferentes atividades diárias de acordo com os grupos etários. Alagoinha, PB, 2011.....**55**

Tabela 3: Relação das variáveis com a presença (mais de 4 atividades com interferência) ou ausência (até 3 atividades com interferência) de impacto da saúde bucal nas diferentes atividades diárias. Alagoinha, PB, 2011.....**56**

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

ACS: agentes comunitários de saúde

ceo-d: Índice de dentes decíduos cariados, extração indicada e obturados

CPO-D: Índice de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados

ESB: Equipe de Saúde Bucal

ESF: Estratégia da Saúde da Família

ETA: Estação de Tratamento de Água

FDI: Federação Dentária Internacional

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC: Intervalo de confiança

IDH: Índice de Desenvolvimento Humano

Km: Quilômetro

L.I.: Limite inferior

L.S.: Limite superior

n: número

OIDP: Índice Oral Impacts on Daily Performances

OMS: Organização Mundial da Saúde

p: Valor de probabilidade

PB: Paraíba

PDA: Personal Digital Assistant

PNAD: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio

SB: Saúde Bucal

SUS: Sistema Único de Saúde

≠ diferente

= igual

≥ igual ou maior

< menor

% porcentagem

SUMÁRIO

Introdução	12
Objetivos	15
Artigo 1	17
Resumo	20
Introdução	22
Método	24
Resultados	27
Discussão	30
Conclusão	37
Referências	38
Artigo 2	42
Resumo	45
Introdução	47
Método	49
Resultados	52
Discussão	56
Conclusão	61
Referências	62
Considerações Gerais	65
Conclusão	69
Referências	71
Apêndice	73
Anexos	75

Introdução

INTRODUÇÃO

As características e as possibilidades do acesso a rede de serviços públicos odontológicos em cada sistema local de saúde são resultantes de processos históricos. No Brasil, durante muitas décadas, a atenção à saúde bucal caracterizou-se por prestar assistência odontológica por meio de procedimentos reabilitadores e mutiladores aos grupos populacionais. Contudo, vem se construindo a rede de atenção primária a saúde, alertando-se para a importância de sua reorganização, por intermédio de ações coletivas e individuais visando à promoção de saúde, assim como a prevenção e tratamento de doenças bucais (LEAL; TOMITA, 2006; RONCALLI, 2006).

É de consenso que os programas de saúde necessitam de embasamento epidemiológico, para, desta forma, seguir as diretrizes estabelecidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que se referem à importância do acesso universal, equidade no atendimento e integralidade das ações de saúde (FRIAS; ANTUNES; NARVAI, 2004; GOMES *et al.*, 2004; MARTINS *et al.*, 2006).

As duas principais alternativas de produção de dados epidemiológicos são a partir de dados secundários produzidos pelos serviços de saúde, ou pela geração de dados primários oriundos de pesquisas epidemiológicas transversais (RONCALLI, 2006).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a realização de levantamentos epidemiológicos das doenças bucais mais prevalentes com periodicidade entre 5 e 10 anos, sendo possível, desta forma, estimar as condições de saúde para diferentes grupos populacionais (FRIAS; ANTUNES; NARVAI, 2004).

Na odontologia, os levantamentos epidemiológicos são precisos tanto para se conhecer a prevalência como a necessidade de tratamentos. As aplicações da epidemiologia na saúde bucal incluem as informações da situação de saúde da

população, as investigações dos fatores que a influenciam e a avaliação do impacto das ações propostas para alterar a situação encontrada (MARTINS *et al.*, 2006).

Assim, as informações fornecidas por esses levantamentos possibilitam comparações no tempo e no espaço, além de caracterizar seu perfil, identificando as principais demandas para os quais o setor de saúde tem de estar preparado para ser resolutivo.

Diante disto, o presente estudo teve como propósito de traçar o perfil epidemiológico de saúde bucal da população de Alagoinha-PB, onde os resultados obtidos não só proporcionarão informações pertinentes sobre a prevalência das doenças bucais, como também identificará as principais necessidades de tratamento da população.

Objetivos

OBJETIVO GERAL

O presente estudo tem como propósito de traçar o perfil epidemiológico de saúde bucal da população de Alagoinha-PB.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estimar a prevalência de cárie dentária e necessidade de tratamento entre os grupos etários de 5, 12, 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos;
- Verificar o acesso e a avaliação dos serviços odontológicos entre os grupos etários de 5, 12, 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos;
- Avaliar o grau em que a saúde bucal compromete o desempenho diário entre os grupos etários de 5, 12, 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos.

Artículo 1

**CÁRIE DENTÁRIA E NECESSIDADE DE TRATAMENTO EM MUNICÍPIO
BRASILEIRO DE PEQUENO PORTE: ESTUDO DE BASE DOMICILIAR**

Título do trabalho: Cárie dentária e necessidade de tratamento em município brasileiro de pequeno porte: estudo de base domiciliar

Camila Helena Machado da Costa, Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Infantil, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Brasil, Rua: Maria Eunice Fernandes, 118, Manaíra, João Pessoa-PB, CEP 58038-480. camila_helena_@hotmail.com

Cláudia Helena Soares de Moraes Freitas, Departamento de Clínica e Odontologia Social, Universidade Federal da Paraíba, Rua: Poeta Luis Raimundo de Carvalho, 357, Bessa, João Pessoa-PB, CEP: 58037-530. chsmfreitas@hotmail.com

Franklin Delano Soares Forte, Departamento de Clínica e Odontologia Social, Universidade Federal da Paraíba, Rua: Norberto de Castro Nogueira, 123, apto. 803, Jardim Oceania, João Pessoa-PB, CEP 58037-603. fdsforte@terra.com.br

Autor correspondente:

Franklin Delano Soares Forte, Departamento de Clínica e Odontologia Social, Universidade Federal da Paraíba, Rua: Norberto de Castro Nogueira, 123, apto. 803, Jardim Oceania, João Pessoa-PB, CEP 58037-603. fdsforte@terra.com.br

Resumo

O objetivo do presente estudo foi conhecer a prevalência de cárie e necessidades de tratamento entre os grupos etários de 5, 12, 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos do município de Alagoinha, PB, Brasil. A coleta de dados foi realizada em oito setores censitários urbanos do município, utilizando a metodologia do SB BRASIL 2010. Através do mapa cartográfico da cidade, os setores foram percorridos por um examinador previamente treinado ($\kappa=0,92$ IC 95% 0,90-0,95). O exame clínico foi realizado em 316 indivíduos e a concordância intra-examinadora foi aferida pelo teste kappa (0,97). Após coletados, os dados foram trabalhados pela estatística descritiva e submetidos ao teste estatístico Qui-quadrado e Exato de Fisher. A média de prevalência de cárie dentária entre os grupos etários foi de 86,1%, o ceo-d ao 5 anos e o CPO-D aos 12 foi de 1,76 e 2,17, respectivamente. De acordo com o tipo de necessidade de tratamento, em todas as faixas etárias, o maior percentual correspondeu à indicação de restaurações. Houve diferença estatística significativa ($p<0,05$) em relação à presença de experiência de cárie e gênero, visita ao dentista e interferência nas atividades diárias. Conclui-se que há uma demanda reprimida por tratamentos dentários, sugerindo-se medidas de prevenção e tratamento direcionadas a essa população.

Palavras-chave: Cárie dentária; Saúde bucal; Levantamentos epidemiológicos.

Abstract

The aim of this study was to determine the prevalence of caries and treatment needs among the age groups of 5, 12, 15 to 19, 35 to 44 and 65 to 74 years in Alagoinha, PB, Brazil. Data collection was conducted in eight urban census tracts in the city, using the methodology of SB BRASIL 2010. Through the cartographic map of the city, the sectors were recorded by a trained examiner ($\kappa = 0.92$ 95% IC 0.90 to 0.95). Clinical examination was performed on

316 individuals and intra-examiner was assessed using the kappa test (0.97). Once collected, the data were worked by descriptive statistics and tested using Chi-square and Fisher Exact test. The prevalence of dental caries between age groups was 86.1%, the dmft for 5 years and DMFT at 12 was 1.76 and 2.17, respectively. According to the type of treatment need in all age groups, the highest percentage corresponded to the indication of restorations. There was a statistically significant difference ($p < 0.05$) compared to the presence of caries experience and gender, dental visits and interference in daily activities. It is concluded that there is an unmet demand for dental treatment, suggesting that measures aimed at preventing and treating this population.

Keywords: Dental caries; Oral health; Health survey.

INTRODUÇÃO

Programas de saúde necessitam de embasamento epidemiológico para estimar a condições de saúde bucal dos diferentes grupos populacionais, sendo de extrema importância para o diagnóstico situacional e para o processo de planejamento das atividades a serem realizadas na comunidade, servindo como um catalizador de iniciativas na geração de informações ^{1,2}.

Diante disso, o Projeto SB Brasil, levantamento epidemiológico nacional, o qual teve sua primeira edição em 2003, traçou um dos mais completos diagnósticos da saúde bucal dos brasileiros ³. E mais recentemente, o SB Brasil 2010, vem como parte de um amplo processo que visa à construção de uma base de dados relativa aos principais indicadores ⁴. Assim, a epidemiologia em saúde bucal no Brasil tem apresentado um sensível crescimento nos últimos anos, e um enfoque especial deve ser dado à produção de dados em nível municipal.

Dentro desse contexto, a cárie dentária continua a configurar um dos principais problemas de saúde bucal a serem equacionados. Entretanto, reduções significativas têm sido encontradas na prevalência e na severidade em diversos países ⁵.

Patologia decorrente da interação de vários fatores, entre estes, o acúmulo de bactérias sobre os dentes e sua relação com a ingestão frequente de carboidratos fermentáveis, a cárie dentária pode ser caracterizada como um problema socioeconômico e comportamental que afeta crianças em idade precoce e que, se não for interceptada no início da infância poderá comprometer a saúde bucal em idades mais avançadas e, conseqüentemente a qualidade de vida do indivíduo ^{6,7}.

Nos últimos anos tem sido observada uma redução no Índice ceo-d (dentes decíduos cariados, extração indicada e obturados) e CPO-D (dentes permanentes cariados, extraídos e obturados) em nível nacional, principalmente em localidades socioeconomicamente mais desenvolvidas ⁸. Isto pode ser explicado provavelmente devido à expansão da fluoretação da

água de abastecimento público, além da disponibilidade de dentifrícios fluoretados no País a partir de 1989, modificações no padrão e quantidade de consumo de açúcar, associados ao maior acesso aos serviços odontológicos, as mudanças de critérios de diagnóstico de cárie e ampliação das ações de promoção e educação em saúde bucal⁹⁻¹².

Embora grande enfoque tenha sido dado ao declínio na experiência de cáries coronárias em crianças, a literatura é controversa em relação aos índices de cárie na população adulta e idosa. Enquanto trabalhos relatam melhora nas condições de saúde bucal com diminuição na ocorrência de cárie e edentulismo, outros relatam populações geriátricas apresentando precária saúde bucal, com alta prevalência de cáries, inclusive radiculares¹³.

Em função das discussões sobre a promoção de saúde e as metas da Organização Mundial de Saúde (OMS) e Federação Dentária Internacional (FDI) para o ano 2000, a Odontologia passa a visar à promoção e prevenção da saúde bucal. Com a inserção da equipe de saúde bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família (ESF) e a implantação do Programa Brasil Sorridente pelo Ministério da Saúde, surge uma nova perspectiva de melhorar a situação de saúde bucal da população brasileira, onde se espera benefícios por meio de ações preventivas e de reabilitação bucal¹⁴⁻¹⁶.

Observa-se, porém, que as informações epidemiológicas, obtidas em nível municipal, são pouco utilizadas e, muitas vezes, sequer chegam a ser publicadas. Com isso, esses estudos são subutilizados, e seus achados e conclusões raramente geram soluções efetivas, ficando inexplorado o potencial dos dados produzidos.

Para oferecer subsídios ao monitoramento das condições de saúde bucal da população e para o planejamento das ações pelo serviço público esta pesquisa foi parte de um projeto mais amplo, cujo propósito foi traçar o perfil epidemiológico de saúde bucal da população de Alagoinha, Paraíba.

O objetivo do presente estudo foi conhecer a prevalência de cárie e necessidades de tratamento entre os grupos etários de 5, 12, 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos do município de Alagoinha, PB, Brasil.

MÉTODOS

O município de Alagoinha está localizado na micro-região de Guarabira, distanciando-se da capital (João Pessoa) 84 km e possuindo 13.577 habitantes, sendo a maior parte localizada na zona urbana: 9.033 habitantes¹⁷. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) em 2000 foi de 0,573¹⁸, sendo considerado de médio desenvolvimento e apresenta água de abastecimento público fluoretada desde 2006^{19,20}, com alguns períodos de interrupção.

A metodologia adotada para esta pesquisa baseou-se no Projeto Condições de Saúde Bucal da População Brasileira para o ano 2010⁴.

Este estudo foi do tipo transversal, observacional e ecológico, sendo efetuado um processo de amostragem por conglomerados, sendo exclusivamente de base domiciliar e contemplando apenas a área urbana. Por ser considerado um município de pequeno porte, foram selecionados todos os setores censitários (oito) da cidade, ou seja, um censo de todos os setores censitários urbanos.

Através do mapa cartográfico do município, em cada setor censitário todas as quadras eram identificadas e numeradas, considerando o número de domicílios da contagem populacional realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2007. Para isso, foram geradas folhas de arrolamento, identificando-se o início aleatório dos exames e a unidade de percurso foi o quarteirão, sempre realizado no sentido horário e visitando as casas que ficavam à direita de quem o percorria, totalizando 1686 domicílios visitados.

Os grupos etários contemplados na pesquisa foram os de 5, 12, 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos. A população participante foi calculada baseando-se nas probabilidades de encontrar

os indivíduos dos grupos etários de interesse, de acordo com os dados do IBGE. Assim, a partir da densidade domiciliar de cada grupo etário e do total de domicílios em cada setor foram calculadas quais grupos etários deveriam ser pesquisados em cada domicílio. Desta forma, os intervalos de sorteio sistemático para cada grupo etário foram, então, colocados em folhas de arrolamento de modo que, em cada domicílio, havia a indicação precisa para busca das unidades elegíveis nos cinco grupos etários.

Desta forma não existiu um número exato para compor a amostra, ela foi formada pelo número de indivíduos que era encontrado dos determinados grupos etários no município em cada domicílio. Contudo, as idades de 5 e 12 anos foram visitadas em todos os domicílios.

Quando a casa estava fechada ou se houvesse a faixa etária, mas no momento da visita o examinado não estivesse presente, o pesquisador retornava mais duas vezes, totalizando até três visitas. Desta forma, foi encontrada uma amostra de 371 pessoas nos grupos etários de interesse, entretanto 316 permitiram a realização do exame clínico.

A coleta de dados foi realizada entre setembro de 2010 a abril de 2011. Os dados foram coletados por uma única examinadora e por um anotador, os quais se submeteram a um treinamento prévio, entre discussões teóricas e atividades práticas, para manter a consistência dos dados ($\kappa = 0,92$ IC95% 0,90-0,95). A concordância intra-examinadora foi obtida repetindo-se um exame a cada vinte realizados, durante a realização do estudo, sendo aferido pelo teste estatístico kappa⁴, cujo valor foi de 0,97 para cárie dentária.

Inicialmente foi realizada uma entrevista, desenvolvido pela Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – SB Brasil 2010, para investigar as seguintes variáveis: características demográficas e socioeconômicas; utilização de serviços odontológica e morbidade auto-referida; autopercepção e impactos em de saúde bucal. Após o registro das respostas, foram realizados os exames clínicos.

Para a realização do exame clínico foram utilizados os códigos e critérios recomendados pela Organização Mundial de Saúde para cárie dentária, onde três aspectos em cada espaço dentário foram analisados: a condição de coroa, necessidade de tratamento e condições da raiz, esta somente nos grupos etários dos adultos e idosos.

Os participantes foram examinados, na presença de luz natural, nas áreas livres do domicílio, por meio de inspeção visual, com auxílio de espelhos bucais planos e sonda da OMS, estando o examinador devidamente paramentado com os equipamentos de proteção individual e ambos sentados em uma cadeira.

Os dados foram registrados em PDA (Personal Digital Assistant), dispositivo eletrônico. Neste estudo foi utilizado o modelo P550 da Marca Mio, cedido pelo IBGE, onde o banco de dados foi gerado automaticamente ao final da coleta, dispensando o processo de digitação e melhorando significativamente a qualidade dos dados coletados.

Após coletados, os dados foram trabalhados pela estatística descritiva e submetidos ao teste estatístico Qui-quadrado e Exato de Fisher considerado significativo ao nível de 5%. O grupo étnico foi dicotomizado em duas variáveis, os que se auto-declararam brancos e os que não se intitularam brancos, ou seja, julgaram-se preto, amarelo, pardo ou indígena. Para a cárie dentária foram considerados dois grupos: sem cárie ($ceo-d = 0$ e $CPO-D=0$) e com cárie ($ceo-d \neq 0$ e $CPO-D \neq 0$).

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba (Protocolo 449/2010), segundo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e da Declaração de Helsinki (2000) e os participantes ou seus pais/responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, concordando com a participação no estudo.

RESULTADOS

Foram examinadas 51 crianças de 5 anos, 46 de 12 anos, 55 adolescentes de 15 a 19 anos, 97 adultos de 35 a 44 anos e 67 idosos de 65 a 74 anos do município de Alagoinha, PB, totalizando 316 exames. Assim, a amostra foi composta de 112 (35,4%) indivíduos do gênero masculino e 204 (64,6%) do sexo feminino.

A média de prevalência de cárie dentária entre os grupos etários foi de 86,1%, não havendo CPO-D igual a zero entre os adultos e idosos. Na idade de 5 anos, 47,1% apresentaram-se livres de cárie e dentre aqueles com ceo-d diferente de zero, o componente mais expressivo foi o cariado, não sendo observado nenhum dente obturado (Tabela 1).

Na idade de 12 anos, o CPO-D foi 2,17. Em relação aos adolescentes, 56,4% apresentam todos os dentes presentes na boca. Nos adultos, foi encontrado que 68% possuem 20 ou mais dentes presentes na boca e nos idosos esta proporção é de 13,4%, sendo 52,2% desdentados totais.

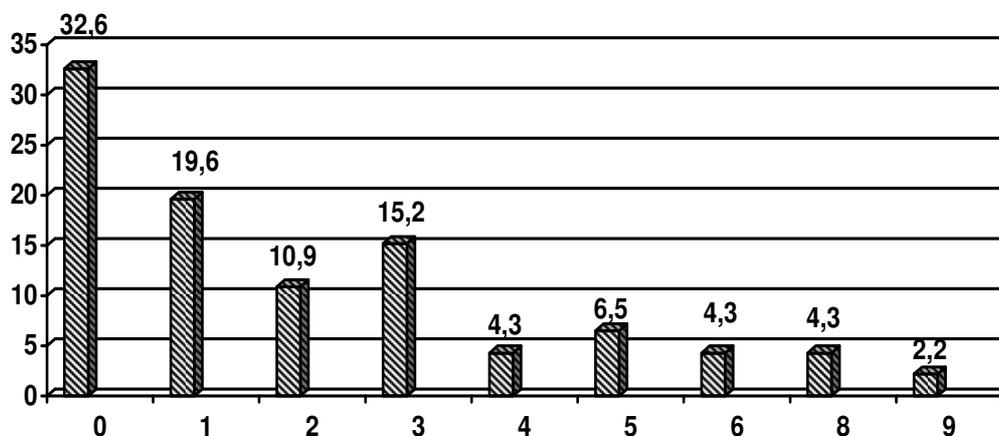
A tabela 1 mostra as médias, desvios-padrão e intervalos de confiança do Índice ceo-d e CPO-D e seus respectivos componentes nos grupos etários examinados.

Tabela 1: Média do Índice ceo-d (5 anos), CPO-D (demais idades) e proporção dos componentes em relação ao ceo-d ou CPO-D total, segundo grupo etário. Alagoinha, PB, 2011.

Idade/ Grupo etário	n	ceo-d/CPO-D											
		Hígido	Cariado		Obt/Cariado		Obturado		Perdido		IC (95%)		
		Média	Média	%	Média	%	Média	%	Média	%	Média	L.I.	L.S.
5 anos	51	12,3	1,75	99,4	0	0	0	0	0,02	1,13	1,76±2,5	1,04-	2,49
12 anos	46	24,8	0,89	41,0	0,02	0,92	1,1	50,7	0,15	6,9	2,17±2,4	1,46-	2,89
15 a 19 anos	55	22,6	2,05	35,2	0,20	3,43	2,6	44,7	0,91	15,6	5,82±3,8	4,77-	6,87
35 a 44 anos	97	14,78	1,28	8,1	0,24	1,5	3,6	22,9	10,54	67,1	15,71±7,3	14,23-	17,19
65 a 74 anos	67	4,3	0,51	1,9	0,01	0,03	0,7	2,6	25,49	95,4	26,73±7,2	24,96-	28,48

Fonte: Dados da pesquisa

A figura 1 mostra a distribuição dos valores de CPO-D na idade de 12 anos.



Fonte: Dados da pesquisa

Figura 1: Valores de CPO-D na idade de 12 anos. Alagoinha, PB, 2011

De acordo com o tipo de necessidade de tratamento, observa-se que em todas as faixas etárias analisadas, o maior percentual correspondeu à indicação de restaurações, sendo a restauração em uma superfície predominante nas idades de 12 e 35 a 44 anos, já a restauração em duas ou mais superfícies foi superior na idade de 5, 15 a 19 e 65 a 74 anos. Deve-se observar também o alto número de necessidade de tratamento pulpar para as crianças e adolescentes e extração dentária para os adultos e idosos. Tratamentos mais complexos como coroas e facetas estéticas quase não foram indicados (Tabela 2).

Tabela 2: Número de dentes com e sem necessidade de tratamento para cárie dentária e seus respectivos componentes, segundo os grupos etários. Alagoinha, PB, 2011.

	Idade/Grupo etário									
	5 anos		12 anos		15-19 anos		35-44 anos		65-74 anos	
Necessidade de tratamento	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sem necessidade	888	86,6	1142	93,3	1354	91	1770	92,2	313	85
Restauração de 1 superfície	33	3,2	29	2,3	38	2,6	48	2,5	9	2,4
Restauração de 2 ou mais superfícies	54	5,3	12	1,0	49	3,3	44	2,3	26	7,1
Coroa	0	0	0	0	0	0	8	0,4	1	0,3
Faceta estética	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tratamento pulpar + restauração	14	1,3	7	0,6	18	1,2	14	0,7	0	0
Extração	4	0,3	1	0,08	14	0,9	35	1,8	19	5,2
Remineralização de mancha branca	1	0,09	6	0,5	5	0,3	0	0	0	0
Selante	8	0,7	27	2,2	12	0,8	0	0	0	0

Fonte: Dados da pesquisa

A tabela 3 evidencia a distribuição das raízes expostas e suas respectivas condições de ataque de cárie para os adultos e idosos. Pode-se perceber que a grande maioria das raízes expostas encontra-se hígidas.

Tabela 3: Média da condição de raiz e proporção dos componentes em relação ao total de raízes expostas, segundo grupo etário de 35 a 44 anos e 65 a 74 anos. Alagoinha, PB, 2011.

Grupo etário	n	Hígida	Cariada		Obturada		Apoio de Ponte / Coroa		Total de Raízes Expostas		
		Média	Média	%	Média	%	Média	%	Média	IC (95%)	
										L.I.	L.S.
35 a 44 anos	97	1,56	0,05	0,2	0,02	0,06	0,01	0,03	2,09	0,94	3,24
65 a 74 anos	67	0,61	0,06	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,70	0,34	1,07

Fonte: Dados da pesquisa

Em relação à presença da cárie dentária e as variáveis gênero, raça, visita ao dentista e impactos da saúde bucal nas atividades diárias (dificuldade de comer, dificuldade em falar,

ficar nervoso, interferência no trabalho/estudo e vergonha de sorrir) foi possível observar diferença estatística significativa ($p < 0,05$) em relação a maioria das variáveis, exceto, raça e vergonha em sorrir.

DISCUSSÃO

O serviço de atenção à saúde no município de Alagoinha, PB, vem se organizando nos últimos anos com base nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, buscando a construção de práticas interdisciplinares e multiprofissionais, ancorado na estratégia saúde da família.

Dessa forma, a inclusão de Equipes de Saúde Bucal ocorreu recentemente, antes disso o município não contava com a assistência sistematizada em saúde bucal. O atendimento a comunidade se dava de forma pulverizada, pelo setor público, privado e pelo sindicato (setor de saúde suplementar), onde muitas vezes dependia da capacidade de pagamento de cada indivíduo. Neste momento, apesar de observar a presença de aspectos preventivos e educativos, a sua essência traduzia-se como curativo-mutilador.

Em 2003 foi implantada a primeira equipe de saúde bucal, do tipo I, composta de cirurgião-dentista e auxiliar em saúde bucal. Em 2007 mais uma equipe de saúde bucal foi implantada e em 2009 totalizavam-se três ESB, credenciadas pelo Ministério da Saúde ²¹, na tentativa de resgatar o direito do cidadão à atenção odontológica, superando o histórico de abandono e a falta de compromisso com a saúde bucal da população, contudo, o trabalho era executado por profissionais com contrato de trabalho temporário.

Em 2010 houve concurso público para o setor saúde, incluindo a equipe de saúde bucal do município, na tentativa de organização do serviço e um aumento da oferta de serviços odontológicos, bem como a aquisição de insumos, equipamentos e ampliação e construção de novas sedes de ESF.

Com isso, atualmente o município conta com 6 equipes de saúde bucal modalidade tipo I ²¹, que atuam com foco na promoção de saúde e numa prática mais coletiva e participativa. Assim, a partir das experiências acumuladas ao longo desses anos, da transição epidemiológica e da necessidade de mudança, busca-se estabelecer uma nova proposta de organização do serviço de saúde bucal, que rompesse com o descompasso social.

Existem poucos estudos epidemiológicos de saúde bucal de base populacional, e as dificuldades metodológicas pode ser uma das razões para isto. Na presente pesquisa, embora se reconheça os esforços por parte da gestão municipal em divulgar o estudo no município, foi encontrada dificuldade na realização dos exames clínicos por parte do gênero masculino, principalmente no grupo etário dos adultos e idosos, onde muitos se recusavam por completo em participar da pesquisa, ou aceitavam apenas responder a entrevista. A necessidade de visitar os domicílios, sem saber como seria a recepção pela família, à chegada do pesquisador na hora dos afazeres domésticos das donas de casa, e/ou o fato de que alguns indivíduos não se encontram em casa no horário da visita foram algumas das limitações. Para facilitar esse processo, a examinadora foi acompanhada por um trabalhador do serviço de saúde municipal.

Contudo, o delineamento da amostra, o treinamento da pesquisadora, os exames em duplicata e a ótima concordância intra-examinadora para com os critérios adotados na avaliação da cárie dentária foram estratégias utilizadas para assegurar a validade de estudo, confiabilidade e reprodutibilidade dos dados, bem como proporcionar consistência e credibilidade dos resultados aqui descritos. Assim, este trabalho foi desenvolvido de forma inédita no município, servindo de modelo para acompanhamento de tendências futuras.

A cárie em crianças muito jovens é um problema que pode atingir maior complexidade e trazer sérios transtornos à saúde do paciente infantil. Apesar do declínio considerável dessa doença na população como um todo, pouco se conhece sobre a prevalência da mesma em municípios brasileiros de pequeno porte ²².

A Organização Mundial de Saúde e Federação Dentária Internacional estabeleceram para o ano 2000 algumas metas em saúde bucal. Observando a situação encontrada, é possível constatar que o objetivo fixado, mesmo mais de dez anos depois, em relação à idade de 5 anos no município de Alagoinha, PB, não foi alcançado, visto que apenas 47,1% das crianças estavam livres de cárie dentária, sugerindo que uma maior atenção por parte dos serviços locais deve ser dada a grupos com idade mais precoce. É de fundamental importância não apenas a redução da média de dentes com cárie, mas também a experiência de cárie, aumentando, conseqüentemente, a proporção de indivíduos com ceo-d=0².

Quanto ao ceo-d médio, na idade de 5 anos, o valor encontrado foi de 1,76, entretanto, diferentes valores de ceo-d podem ser percebidos e um pequeno grupo de crianças concentram os mais altos índices da doença. Em 2008 em levantamento realizado no mesmo município apenas com pré-escolares de 4 a 6 anos, foi encontrado um ceo-d de 4,45, apenas 21,3% estavam livres de cárie e o componente cariado e extração indicada representaram 95,2% do índice¹⁹.

Em pesquisa realizada em 2004 na cidade de Indaiatuba, SP, com pré-escolares de 5 anos, o ceo-d apontado foi de 1,62, enquanto 57,4% apresentaram-se livres de cárie, porém, o índice de cuidado não atingiu 15% das necessidades restauradoras²³.

Segundo o SB Brasil 2003, a média nacional do ataque de cárie na dentição decídua foi de quase 3 dentes com experiência de cárie de dentária (ceo-d=2,8), onde na maioria dos casos o componente cariado foi responsável por mais de 80% do índice na idade de 5 anos e na região Nordeste está média subiu para 3,21³. Atualmente, no último levantamento nacional, SB Brasil 2010, nesta faixa etária a média nacional foi de 2,43, na região Nordeste foi de 2,89 e no interior do Nordeste a pesquisa apontou um ceo-d de 3,94²⁴.

Analisando a composição do ceo-d e CPO-D verificou-se que as necessidades de tratamento superaram os realizados apenas na dentição decídua, os componentes cariados e

perdidos representaram 100% do índice, sugerindo a inexistência de atenção à saúde bucal na idade pré-escolar.

Mesmo com a ampliação da cobertura dos serviços odontológicos no município, decorrente dos investimentos no setor, embora ainda recente, não foi suficiente para alterar significativamente o padrão de composição do índice ceo-d/CPO-D. Observa-se que a participação do componente “cariado” continua sendo extremamente elevada, respondendo por aproximadamente 39% do valor total do índice. Isso demonstra que o acesso aos serviços continua sendo um enorme desafio.

Sugere-se, então, a implementação de estratégias que visem à educação em saúde bucal nos equipamentos sociais adscritos as unidades de saúde da família, doação de kits de higiene bucal e a priorização de outras intervenções de forma precoce e efetiva, substituindo, assim, a tendência do acúmulo de necessidades de tratamento em relação às doenças bucais mais prevalentes, além do monitoramento e avaliação constantes ^{25,26}.

Na idade de 12 anos, a meta da Organização Mundial de Saúde para o ano 2000 foi alcançada, uma vez que o CPO-D foi menor que 3, sendo o valor médio encontrado de 2,17. Este valor foi inferior a média do levantamento de saúde bucal de base nacional, SB BRASIL 2003, onde a região Nordeste apresentou aos 12 anos um CPO-D de 3,19, enquanto em nível nacional foi de 2,74 ³. Todavia, de acordo com o SB Brasil 2010, o CPO-D nacional foi de 2,07, enquanto que a média encontrada na região Nordeste foi 2,63 ²⁴.

Em estudo realizado em João Pessoa-PB com adolescentes de 12 a 15 anos, estudantes da escola pública e privada, foi encontrado na idade de 12 anos o CPO-D de 2,88 ²⁷. No entanto, em nosso estudo, 21,7% das crianças ainda apresentam um CPO-D maior que 3, sendo importante que esse grupo receba uma atenção diferenciada e tenha as suas necessidades atendidas.

Segundo pesquisa realizada em Indaiatuba-SP, em 2004, o CPO-D aos 12 anos foi de 2,4 e o percentual de escolares livres de cárie foi de 38,8%. O componente cariado foi o mais prevalente, indicando a restauração de uma face como a maior necessidade de tratamento, seguido pela restauração de duas ou mais superfícies, sugerindo a baixa cobertura de atividades de baixo nível de complexidade ¹².

O Município de Alagoinha-PB possui um histórico de levantamentos epidemiológicos em relação à cárie dentária aos 12 anos desde 1995, onde o CPO-D médio observado nesse ano foi de 10 ²⁸, já em 2008 o CPO-D foi de 2,9 ²⁹ e atualmente ele encontra-se em 2,17, sendo verificado neste período um declínio na experiência da doença. Deve-se ressaltar as diferenças metodológicas na obtenção dos dados e dos critérios adotados do primeiro estudo realizado em 1995 ao atual 2011.

Esse declínio da cárie dentária aos 12 anos, pode ser associado ao fato do município possuir água de abastecimento público fluoretada, desde 2006, com períodos de interrupção, com cerca de 90% das amostras analisadas pela Estação de Tratamento de Água (ETA) oscilando entre 0,6 a 0,8 ppm de flúor, além das melhorias das condições de vida da população, como acesso à escolaridade, coleta de lixo e água potável.

Com a inclusão das Equipes de Saúde Bucal iniciou a realização de procedimentos coletivos no município, que consistem em educação em saúde e escovação supervisionada 3 a 4 vezes ao ano, com distribuição de kits de higiene, compostos por escovas e cremes dentais.

Na literatura brasileira, existem poucos estudos sobre a saúde bucal dos adolescentes. No presente estudo, na avaliação da cárie dentária, a média do CPO-D foi de 5,82, sendo que 90,9% dos adolescentes apresentavam CPO-D diferente de zero e 43,6% já tiveram alguma experiência de exodontia, revelando a perda precoce dos elementos dentários neste grupo etário.

Este dado pode ser corroborado a experiência realizada em 2002, na cidade de São Paulo, onde foi delineado o perfil epidemiológico de cárie dentária em adolescentes de 15 a 19 anos e foi observada uma prevalência de cárie de 90,4% e CPO-D de 6,44, sendo mais acometidos os adolescentes do sexo masculino ³¹.

Em relação aos adultos e idosos, as condições de saúde bucal para esses grupos etários apresentaram-se insatisfatórias, com CPO-D alto e grande número de indivíduos edêntulos. A análise dos componentes evidenciou a grande participação no índice dos dentes extraídos, sendo 65% no grupo etário de 35 a 44 anos e 87,6% nas idades de 65 a 74 anos. A média de dentes presentes na boca nos adultos foi de 16,2 dentes, enquanto nos idosos a média apresentou apenas 5,2 dentes presentes, entretanto, a distribuição dos componentes do índice CPO-D mostrou que havia mais dentes obturados e menos cariados.

Com base nos dados existentes na literatura, sabe-se que as condições de saúde bucal da população idosa no Brasil são precárias ^{16,31}. Com relação ao ataque de cárie, o CPO-D médio encontrado foi nos adultos de 15,7, já nos idosos de 26,7, apesar de ser um índice muito elevado, ficou um pouco abaixo da média no levantamento nacional das condições de saúde bucal da população brasileira em 2003, onde o índice foi de 20,1 e 27,7 respectivamente ³.

Quanto ao total de raízes expostas, foi encontrada na população uma prevalência relativamente baixa, entretanto, deve ser considerado que o número médio de dentes por pessoa nesta população, especialmente entre os idosos, não tenha sido alto. A maioria não apresentou experiência de cárie radicular, sendo sua prevalência 6,5% e 2,2% para os adultos e idosos, respectivamente.

A qualidade de vida dos indivíduos é fortemente influenciada por sua condição de saúde bucal ³²⁻³⁵. Assim, pode ser apontado real impacto da saúde bucal nas atividades diárias, influenciado, conseqüentemente, a qualidade de vida.

A presença de experiência de cárie acaba por influenciar na alimentação, na fala, estudo e trabalho. Assim, houve diferença estatística significativa quanto à presença de cárie em relação ao gênero, visita ao dentista e na realização de algumas atividades diárias.

Assim é importante que gestores e profissionais da saúde adquiram um conhecimento detalhado da distribuição de cárie, passo inicial e indispensável para o planejamento de programas em saúde bucal, buscando, assim, melhorar a qualidade de vida da população.

Além disso, outra questão importante e norteadora para o planejamento das ações em saúde bucal no município é que embora a prevalência de cárie esteja diminuindo, observa-se que existem ainda algumas necessidades a serem atendidas, principalmente de baixa complexidade, tais como restaurações que envolvam apenas uma superfície para crianças e adolescentes e extração para adultos e idosos.

Recomenda-se ainda que a atual proposta de trabalho em saúde do município inclua medidas essenciais como o monitoramento das tendências futuras da cárie, e a expansão e controle efetivo da fluoretação das águas. Além disso, é necessária a individualização das ações coletivas no consultório com estratégias preventivas direcionadas, com o uso de produtos fluoretados, como dentifrícios, soluções para bochecho, géis para aplicações tópicas, entre outros. Aliadas a atividades de educação em saúde, motivação, distribuição de insumos de higiene bucal, os quais contribuirão para maiores mudanças no quadro epidemiológico da cárie dentária, principalmente no grupo de maior vulnerabilidade. A parcela da população com necessidade de tratamento deve ser priorizada nas unidades de saúde da família e parcerias de consórcios intermunicipais para o referenciamento para a média e alta complexidade devem ser buscados pelo gestor municipal. Existem em cidades vizinhas Centros de especialidades Odontológicas tipo I.

Futuros estudos epidemiológicos, incluindo os fatores que possam influenciar no estado de saúde bucal da população, também são recomendados.

CONCLUSÃO

A situação de cárie nos pré-escolares é preocupante, uma vez que o componente cariado foi predominando no índice ceo-d, bem como o alto número de dentes extraídos nos idosos e a perda precoce dos elementos nos adolescentes. Para que se possa produzir impacto no quadro atual verificado através do presente estudo, as ações a serem desenvolvidas devem adequar-se à realidade da população, exigindo mudanças no meio social e não apenas alterações nos hábitos individuais.

CHM Costa trabalhou na elaboração do projeto, execução da pesquisa, tabulação dos dados, elaboração e redação do texto e CHSM Freitas e FDS Forte trabalharam na concepção teórica, na orientação da discussão e na redação final do artigo.

REFERÊNCIAS

1. Gomes PR, Costa SC, Cypriano S, Sousa MLR. Brasil: situação da cárie dentária com relação às metas OMS 2000 e 2010. *Cad Saúde Pública*, 2004; 20:866-70.
2. Hoffmann RHS, Cypriano S, Sousa MLR, Wada RS. Experiência de cárie dentária em crianças de escolas públicas e privadas de um município com água fluoretada. *Cad Saúde Pública* 2004; 20:522-8.
3. Brasil, Ministério da Saúde. *Projeto SB Brasil 2003: Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Resultados principais*. Brasília, Coordenação nacional de saúde bucal, 2004.
4. Brasil, Ministério da Saúde. *Manual do examinador municipal*. Coordenação nacional de saúde bucal. 2010.
5. Antunes JLF, Narvai PC, Nugent ZJ. Measuring inequalities in the distribution of dental caries. *Community Dent Oral Epidemiol* 2004; 32:41-8.
6. Fejerskov O. Changing paradigms in concepts on dental caries: consequences for oral health care. *Caries Res* 2004; 38:182-91.
7. Kidd EAM, Fejerskov O. What Constitutes Dental Caries? Histopathology of Carious Enamel and Dentin Related to the Action of Cariogenic Biofilms. *J Dent Res* 2004; 83:35-8.
8. Narvai PC, Frazão P, Roncalli AG, Antunes JLF. Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social. *Rev Panam Salud Publica* 2006; 19:385-93.
9. Freire MCM, Pereira MF, Batista SMO, Borges MRS, Barbosa MI, Rosa AGF. Prevalência de cárie e necessidades de tratamento em escolares de 6 a 12 anos da rede pública de ensino. *Rev Saúde Pública*, 1999; 33:385-90.
10. Martins RJ, Garbin CAS, Garbin AJI, Moimaz SAS, Saliba O. Declínio da cárie em um município da região noroeste do Estado de São Paulo, Brasil, no período de 1998 a 2004. *Cad Saúde Pública* 2006; 22:1035-41.

11. Peres KGA, Bastos JRM, Latorre MRDO. Severidade de cárie em crianças e relação com aspectos sociais e comportamentais. *Rev Saúde Pública* 2000; 34:402-8.
12. Rihs LB, Sousa MLR, Cypriano S, Abdalla NM. Desigualdades na distribuição da cárie dentária em adolescentes de Indaiatuba (SP), 2004. *Ciênc Saúde Coletiva* 2010; 15:2173-80.
13. Rihs LB, Sousa MLR, Wada RS. Prevalência de cárie radicular em adultos e idosos na região sudeste do Estado de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2005; 21:311-6.
14. Brasil, Ministério da Saúde. *Portaria n° 1444*. Brasília, DF, 2000.
15. Brasil, Ministério da Saúde. *Portaria n° 267*. Brasília, DF, 2001.
16. Moreira RS, Nico LS, Tomita NE, Ruiz T. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. *Cad Saúde Pública* 2005; 21:1665-75.
17. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Resultados preliminares do Universo do Censo Demográfico 2010.
18. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2000.
19. Fernandes JMFA, Paredes SO, Almeida DB, Sampaio FC, Forte FDS. Prevalence of dental caries and treatment needs in preschool children in a recently fluoridated Brazilian town. *Braz J Oral Sci* 2009; 8:185-8.
20. Sampaio FC, Silva FDSCM, Silva ACB, Machado ATAB, Araújo DAM, Sousa EM. Natural fluoride levels in the drinking water, water fluoridation and estimated risk of dental fluorosis in a tropical region of Brazil. *Oral Health Prev Dent* 2010; 8:71-75.
21. Brasil, Ministério da Saúde. [site da internet]. 2011 [acessado 6 agosto de 2011]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/CNSB/>
22. Lucas SD, Portela MC, Mendonça LL. Variações no nível de cárie dentária entre crianças de 5 e 12 anos em Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2005; 21:55-63.

23. Rihs LB, Sousa MLR, Cypriano S, Abdalla NM, Guidini DDN, Amgarten C. Atividade de cárie na dentição decídua, Indaiatuba, São Paulo, Brasil, 2004. *Cad Saúde Pública* 2007; 23:593-600.
24. Brasil, Ministério da Saúde. *Projeto SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Resultados principais*. Brasília, Coordenação nacional de saúde bucal, 2011.
25. Cypriano S, Pecharki GD, Sousa MLR, Wada RS. A saúde bucal de escolares residentes em locais com ou sem fluoretação nas águas de abastecimento público na região de Sorocaba, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2003; 19:1063-71.
26. Cypriano S, Hoffmann RHS, Sousa MLR, Wada RS. Dental caries experience in 12-year-old schoolchildren in southeastern Brazil. *J Appl Oral Sci* 2008; 16:286-92.
27. Moreira PVL, Rosenblatt A, Passos IA. Prevalência de cárie em adolescentes de escolas públicas e privadas na cidade de João Pessoa, Paraíba, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2007; 12:1229-36.
28. Projeto Nordeste. Secretaria de Saúde. Universidade Federal da Paraíba. Relatório final do levantamento epidemiológico de cárie dentária em 3 Regionais de Saúde. Paraíba, 1996.
29. Albuquerque RSF, Forte FDS, Sampaio FC. Cárie e fluorose dentária em um município brasileiro. In: IX Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 2009, Recife. *Ciênc Saúde Coletiva*. São paulo: Abrasco, 2009.
30. Gushi LL, Soares MC, Forni TIB, Vieira V, Wada RS, Sousa MLR. Cárie dentária em adolescentes de 15 a 19 anos de idade no Estado de São Paulo, Brasil, 2002. *Cad Saúde Pública*, 2005; 21:1383-1391.
31. Martins AMEBL, Barreto SM, Pordeus IA. Características associadas ao uso de serviços odontológicos entre idosos dentados e edentados no Sudeste do Brasil: Projeto SB Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24:81-92.

32. Gherunpong S, Tsakos G, Sheiham A. The prevalence and severity of oral impacts on daily performances in Thai primary school children. *Health and Quality of Life Outcomes* 2004; 2:1-8.
33. Jokovic A, Locker D, Stephens M, Kenny D, Tompson B, Guyatt G. Validity and Reliability of a Questionnaire for Measuring Child Oral-health-related Quality of Life. *J Dent Res* 2002; 81:459-63.
34. Lacerda JT, Castilho EA, Calvo MCM, Freitas SFT. Saúde bucal e o desempenho diário de adultos em Chapecó, Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24:1846-58.
35. Oliveira BH, Nadanovsky P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile–short form. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005; 33:307–14.

Artículo 2

**ACESSO AOS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS E IMPACTOS DA SAÚDE BUCAL
NO DESEMPENHO DIÁRIO NA POPULAÇÃO DE ALAGOINHA-PB: ESTUDO DE
BASE DOMICILIAR**

Título do trabalho: Acesso aos serviços odontológicos e impactos da saúde bucal no desempenho diário na população de Alagoinha-PB: estudo de base domiciliar

Camila Helena Machado da Costa, Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Infantil, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Brasil, Rua: Maria Eunice Fernandes, 118, Manaíra, João Pessoa-PB, CEP 58038-480. camila_helena_@hotmail.com

Cláudia Helena Soares de Moraes Freitas, Departamento de Clínica e Odontologia Social, Universidade Federal da Paraíba, Rua: Poeta Luis Raimundo de Carvalho, 357, Bessa, João Pessoa-PB, CEP: 58037-530. chsmfreitas@hotmail.com

Franklin Delano Soares Forte, Departamento de Clínica e Odontologia Social, Universidade Federal da Paraíba, Rua: Norberto de Castro Nogueira, 123, apto. 803, Jardim Oceania, João Pessoa-PB, CEP 58037-603. fdsforte@terra.com.br

Autor correspondente:

Franklin Delano Soares Forte, Departamento de Clínica e Odontologia Social, Universidade Federal da Paraíba, Rua: Norberto de Castro Nogueira, 123, apto. 803, Jardim Oceania, João Pessoa-PB, CEP 58037-603. fdsforte@terra.com.br

Resumo

O objetivo deste estudo foi verificar o acesso e a avaliação dos serviços odontológicos, assim como o grau em que a saúde bucal compromete o desempenho diário entre os grupos etários de 5, 12, 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos do município de Alagoinha, PB, Brasil. A coleta de dados foi realizada em oito setores censitários urbanos do município, utilizando a metodologia do SB BRASIL 2010. Uma amostra composta 371 indivíduos responderam a entrevista e 316 permitiram a realização do exame clínico. O Índice Oral Impacts on Daily Performances (OIDP) foi utilizado para avaliar o impacto bucal no desempenho diário. Após coletados, os dados foram trabalhados pela estatística descritiva e submetidos ao teste estatístico Qui-quadrado e Exato de Fisher. Do total de participantes, 12,4% declararam nunca ter ido ao dentista e dentre os que já foram o serviço público foi o mais procurado, onde o principal motivo da procura foi tratamento e a extração dentária. Dos entrevistados, 62,8% tiveram pelo menos um desempenho diário afetado por problemas odontológicos. Houve diferença estatística significativa entre a presença de impacto da saúde bucal em relação à dor de dente, visita ao dentista, necessidade de prótese e experiência de cárie dentária ($p < 0,005$). É importante o estabelecimento de políticas públicas de saúde que reorientem os serviços para a oferta da atenção à saúde bucal e da promoção da saúde.

Palavras-chave: Saúde Bucal; Acesso; Qualidade de Vida.

Abstract

The aim of this study was to verify access and evaluation of dental services, as well the degree to which oral health affects the daily performance between the age groups of 5, 12, 15 to 19, 35 to 44 and 65 to 74 years in Alagoinha, PB, Brazil. Data collection was conducted in eight

urban census tracts in the city, using the methodology of SB BRASIL 2010. A sample consisting of 371 individuals responded to interview and 316 have achieved the clinical examination. Index Oral Impacts on Daily Performances (OIDP) was used to assess the impact on oral daily performance. Once collected, the data were worked by descriptive statistics and tested using Chi-square and Fisher Exact test. Of the total, 12.4% reported never having been to the dentist and among those who were public service was the most sought and the main reason for seeking service was the treatment and tooth extraction. Of the respondents, 62.8% had at least one daily performance affected by dental problems. There was a statistically significant difference between the presence of impact of oral health in relation to a toothache, dental visits, need for prosthesis and dental caries experience ($p < 0.005$). It is important to establish public policies reorient health services for the provision of oral health care and health promotion.

Keywords: Oral Health; Access; Quality of Life

INTRODUÇÃO

Antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) a assistência à saúde no Brasil tinha uma vinculação às atividades previdenciárias, e o caráter contributivo do sistema existente gerava uma divisão da população brasileira. De um lado os representados pelos contribuintes da previdência, que mesmo com as dificuldades inerentes ao sistema de então, tinham um acesso mais amplo à assistência a saúde dispondo de uma rede de serviços, e do outro lado o restante da população brasileira, os não-previdenciários, dependentes das atividades filantrópicas ¹.

A partir da Constituição Federal de 1988 e das Leis Orgânicas da Saúde, iniciou-se o processo de implementação do SUS, que tem redesenhado os contornos da atenção à saúde no país, redefinindo as responsabilidades e competências de cada nível de governo e atribuindo aos municípios papel central na gestão do sistema local de saúde ¹⁻³.

Apesar do perfil epidemiológico das doenças bucais está mudando, principalmente com a redução da prevalência e severidade da cárie dentária, é evidenciado que tal fato não ocorre de forma equânime na população ⁴. As desigualdades sociais presentes, implicam em desigualdades nos padrões de doenças e também no padrão de utilização dos serviços, com prejuízo aqueles de maior risco social. Assim, a apropriação desigual das riquezas tem reflexos importantes no setor saúde ⁵⁻⁷.

Nesse sentido, apesar da reconhecida importância da saúde bucal como componente da qualidade de vida das pessoas, uma parcela importante da população brasileira não tem acesso a serviços odontológicos ^{2,5,6}.

Além disso, segundo a nova definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), a mensuração da saúde não pode mais restringir-se à ausência de doenças ou agravos, e passa a ser importante considerar as diversas dimensões envolvidas, bem como as repercussões dos problemas de saúde na vida diária dos indivíduos ^{8,9}.

A qualidade de vida dos indivíduos é fortemente influenciada por sua condição de saúde bucal. Restrições físicas e psicológicas podem influenciar diretamente em aspectos da alimentação, fala, convívio social e auto-estima ^{7,9-12}.

A saúde bucal vinha historicamente sendo avaliada por meio de critérios exclusivamente clínicos, os quais não permitem a determinação do real impacto dos problemas bucais na vida dos indivíduos. Assim, a necessidade de determinar a repercussão integral de alterações presentes na cavidade bucal levou ao desenvolvimento dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde bucal, que vêm sendo utilizados com frequência cada vez maior em pesquisas odontológicas ^{8,10,11}.

Os indicadores subjetivos da interferência da saúde bucal no desempenho diário, a exemplo o Índice Oral Impacts on Daily Performances (OIDP), é essencial na definição das ações e dos grupos prioritários nos serviços de saúde para qualificar a informação da condição de saúde bucal oferecida pelos indicadores clínicos no planejamento de serviços ^{11,13}.

Cabe ressaltar que, neste momento em que a odontologia baseada em evidências vem crescendo em importância, é fundamental que, tanto na clínica quanto na pesquisa, seja substancialmente ampliada a utilização dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida associada à saúde bucal, a fim de que desfechos realmente importantes para a vida dos indivíduos passem a ser considerados ¹³.

O propósito do presente estudo foi verificar o acesso e a avaliação dos serviços odontológicos, assim como o grau em que a saúde bucal compromete o desempenho diário entre os grupos etários de 5, 12, 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos do município de Alagoinha, Paraíba, Brasil.

A hipótese que orientou a investigação é de que a condição de saúde bucal interfere no cotidiano das pessoas com reflexos sobre a qualidade de vida e é influenciada pelas características sócio-demográficas dos indivíduos e sua percepção da condição de saúde.

MÉTODO

A Paraíba possui 3.595.886 habitantes, distribuídos em 223 municípios e apenas dois, recentemente, introduziram o flúor em suas águas de abastecimento público, Alagoinha e Baía da Traição^{14,15}.

O município de Alagoinha, localizado a 84 km da capital (João Pessoa), tem 13.577 habitantes, sendo a maioria localizada na zona urbana¹⁶ e apresentou índice de Desenvolvimento Humano de 0,573 em 2000¹⁷.

A metodologia adotada para esta pesquisa baseou-se no Projeto Condições de Saúde Bucal da População Brasileira para o ano 2010¹⁸.

Este estudo foi do tipo transversal, observacional e ecológico, sendo efetuado um processo de amostragem por conglomerados, sendo exclusivamente de base domiciliar e contemplando apenas a área urbana. Por ser considerado um município de pequeno porte, foram selecionados todos os setores censitários (oito) da cidade, ou seja, um censo de todos os setores censitários urbanos.

Através do mapa cartográfico do município, em cada setor censitário todas as quadras eram identificadas e numeradas, considerando o número de domicílios da contagem populacional realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2007. Para isso, foram geradas folhas de arrolamento, identificando-se o início aleatório dos exames e a unidade de percurso foi o quarteirão, sempre realizado no sentido horário e visitando as casas que ficavam à direita de quem o percorria, totalizando 1686 domicílios visitados.

Os grupos etários contemplados na pesquisa foram os de 5, 12, 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos. A população participante foi calculada baseando-se nas probabilidades de encontrar os indivíduos dos grupos etários de interesse, de acordo com os dados do IBGE. Assim, a partir da densidade domiciliar de cada grupo etário e do total de domicílios em cada setor foram calculadas quais grupos etários deveriam ser pesquisados em cada domicílio. Desta

forma, os intervalos de sorteio sistemático para cada grupo etário foram, então, colocados em folhas de arrolamento de modo que, em cada domicílio, havia a indicação precisa para busca das unidades elegíveis nos cinco grupos etários.

Desta forma não existiu um número exato para compor a amostra, ela foi formada pelo número de indivíduos que era encontrado dos determinados grupos etários no município em cada domicílio. Todavia, as idades de 5 e 12 anos foram visitadas em todos os domicílios.

Quando a casa estava fechada ou se houvesse a faixa etária, mas no momento da visita o examinado não estivesse presente, o pesquisador retornava mais duas vezes, totalizando três visitas.

Desta forma, foi encontrada uma amostra de 371 pessoas nos grupos etários de interesse, as quais permitiram a realização da entrevista, entretanto, apenas 316 concordaram com a realização do exame clínico.

A coleta de dados foi realizada entre setembro de 2010 a abril de 2011. Os dados foram coletados por uma única examinadora e por um anotador, os quais se submeteram a um treinamento prévio, entre discussões teóricas e atividades práticas, para manter a consistência dos dados ($\kappa = 0,92$ IC95% 0,90-0,95). A concordância intra-examinadora foi obtida repetindo-se um exame a cada vinte realizados, durante a realização do estudo, sendo aferido pelo teste estatístico kappa¹⁸, cujo valor foi de 0,97 para cárie dentária.

Chegando à comunidade, o pesquisador abordava os moradores em seus respectivos domicílios, e era realizada a entrevista, cujo instrumento foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde – SB Brasil 2010. Após o registro das respostas, era realizado o exame clínico.

O questionário estava dividido em 4 partes: (a) informações gerais; (b) caracterização socioeconômica da família; (c) escolaridade, morbidade bucal referida e uso de serviços e (d) auto percepção e impactos em saúde bucal.

A primeira parte havia as informações gerais: idade (anos completo), gênero e raça auto-declarada (no caso das crianças de 5 e 12 anos, utilizou-se a classificação fornecida pelos pais/responsáveis)

A segunda parte do questionário (questões de 1 a 4) foi aplicada ao responsável pelo domicílio, pois, foram questões comuns a todos os moradores. Neste caso, as respostas a estas questões eram as mesmas, caso mais de um indivíduo fosse entrevistado em um mesmo domicílio. A caracterização socioeconômica da família englobou o número de pessoas que compõem a unidade familiar morando naquele domicílio; o número total de cômodos; o número de bens; renda (somatório da renda mensal de todas as pessoas que moram na casa).

Na terceira e quarta parte constava informações relativas ao indivíduo e foram, portanto, aplicadas a cada um dos moradores que preencheram os critérios de elegibilidade com relação à idade/grupo etário. Para o caso das crianças de 5 anos as questões foram respondidas pelo responsável. As perguntas englobaram: escolaridade (total de anos estudados); morbidade bucal (acha que necessita de tratamento dentário, prevalência da dor de dente, gravidade da dor de dente, uso, frequência, local, motivo e avaliação de serviços de saúde bucal); autopercepção de saúde (grau de satisfação de saúde bucal, necessidade de prótese); impactos em saúde bucal, neste caso foram feitas nove perguntas, a partir da assertiva “Algumas pessoas têm problemas que podem ter sido causados pelos dentes. Das situações abaixo, quais se aplicam a(o) sr(a), nos últimos seis meses” (dificuldade para comer, incomodo ao escovar, ficar nervoso ou irritado, deixou de sair, passear, deixou de praticar esportes, dificuldade para falar, vergonha de sorrir, interferência no estudo, trabalho ou sono).

Para a realização do exame clínico foram utilizados os códigos e critérios recomendados pela Organização Mundial de Saúde para cárie dentária, neste estudo foi considerado apenas presença ou ausência de experiência de cárie, sendo considerados dois grupos: sem cárie (ceo-d = 0 e CPO-D=0) e com cárie (ceo-d \neq 0 e CPO-D \neq 0).

Os participantes eram examinados, na presença de luz natural, nas áreas livres do domicílio, por meio de inspeção visual, com auxílio de espelhos bucais planos e sonda da OMS, estando o examinador devidamente paramentado com os equipamentos de proteção individual e ambos sentados em uma cadeira.

Os dados foram registrados em PDA (Personal Digital Assistant), dispositivo eletrônico. Neste estudo foi utilizado o modelo P550 da Marca Mio, gentilmente cedido pelo IBGE, onde o banco de dados foi gerado automaticamente ao final da coleta, dispensando o processo de digitação e melhorando significativamente a qualidade dos dados coletados.

Após coletados, os dados foram trabalhados pela estatística descritiva e submetidos ao teste estatístico Qui-quadrado e Exato de Fisher considerado significativo ao nível de 5%.

A variável dependente, grau de interferência da condição bucal no desempenho diário, determinada pelo Índice Oral Impacts on Daily Performances (OIDP), foi obtida através das nove perguntas sobre os impactos em saúde bucal. Esta variável foi dicotomizada em ausência, ou seja, até 3 atividades com interferência ($OIDP \leq 3$), e presença, 4 ou mais atividades com interferência ($OIDP \geq 4$), de impacto da saúde bucal nas diferentes atividades diárias.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba (Protocolo 449/2010), segundo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e da Declaração de Helsinki (2000) e os participantes ou seus pais/responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, concordando com a participação no estudo.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 56 crianças de 5 anos, 59 de 12 anos, 61 adolescentes de 15 a 19 anos, 124 adultos de 35 a 44 anos e 71 idosos de 65 a 74 anos do município de Alagoinha,

PB, totalizando 371 entrevistas. A amostra foi composta de 128 (34,5%) indivíduos do gênero masculino e 243 (65,5%) do sexo feminino.

Dentre os entrevistados, 12,4% declararam nunca ter ido ao dentista, sendo 92,6% representados pelos participantes com renda de até 1500 reais e dos que afirmaram já ter ido, a maioria (59,1%) relatou que a consulta foi a menos de um ano. Houve diferença estatística significativa entre já ter visitado o dentista e o gênero ($p=0,003$).

A busca pela atenção em saúde bucal ocorreu majoritariamente em serviço público, sendo o tratamento o motivo mais procurado na última consulta pelas crianças e adolescentes e a extração pelos adultos e idosos; a avaliação “boa ou muito boa” do atendimento foi predominante nos serviços prestados (Tabela 1).

Em relação à avaliação do próprio estado de saúde, percebe-se que a frequência de avaliações positivas diminuiu um pouco à medida que a idade aumentou, aumentando o número de respostas “insatisfeito ou muito insatisfeito com a saúde bucal” (Tabela 1).

A tabela 1 contém informações básicas da busca por serviços odontológicos, avaliação do serviço e autopercepção em saúde bucal.

Tabela 1: Acesso e avaliação aos serviços odontológicos e autopercepção em saúde bucal de acordo com os grupos etários. Alagoínia, PB, 2011.

Variáveis	Idade/Grupo etário									
	5 anos		12 anos		15 a 19 anos		35 a 44 anos		65 a 74 anos	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Necessidade de tratamento*										
Sim	35	62,5	37	62,7	55	90,2	95	76,6	26	36,6
Não	21	37,5	20	33,9	6	9,8	29	23,4	45	63,4
Dor de dente (últimos 6 meses)**										
Sim	14	25,0	16	27,1	21	34,4	31	25,0	10	14,1
Não	42	75,0	43	72,9	40	65,6	90	72,6	26	36,6
Escala de dor										
1	5	35,7	5	31,3	3	14,3	9	29,0	3	30,0
2	2	14,3	4	25,0	7	33,3	5	16,1	2	20,0
3	2	14,3	2	12,5	4	19,0	1	3,2	3	30,0
4	2	14,3	2	12,5	2	9,5	6	19,3	0	0
5	3	21,4	3	18,7	5	23,8	10	32,3	2	20,0
Já foi ao dentista										
Sim	27	48,2	47	79,7	59	96,7	124	100	68	95,8
Não	29	51,8	12	20,3	2	3,3	0	0	3	4,2
Tempo desde a última consulta***										
Menos de 1 ano	21	77,8	34	72,3	43	74,1	77	62,1	15	22,1
De 1 a 2 anos	3	11,1	9	19,1	9	15,5	16	12,9	3	4,4
3 ou mais anos	2	7,4	4	8,5	6	10,3	29	23,4	50	73,5
Local do atendimento #										
Serviço público	23	85,2	36	76,6	37	63,7	87	70,7	38	56,7
Serviço Particular	4	14,8	10	21,3	20	34,4	27	21,9	21	31,3
Plano de saúde ou convênio	0	0	1	2,1	1	1,7	7	5,7	5	7,4
Outros	0	0	0	0	0	0	2	1,6	3	4,4
Motivo do atendimento##										
Prevenção, revisão, check up	7	25,9	9	19,1	12	22,0	13	10,5	5	7,3
Dor	3	11,1	3	6,4	3	5,2	16	13,0	7	10,3
Extração	7	25,9	15	31,9	10	17,5	50	40,6	48	70,6
Tratamento	9	33,3	18	38,3	26	45,6	43	34,9	8	11,7
Outros	1	3,7	2	4,2	6	10,5	1	0,8	0	0
Avaliação do atendimento###										
Muito bom/bom	23	92,0	45	95,7	45	78,9	101	82,7	55	84,6
Irregular	0	0	2	4,3	7	12,2	13	10,6	10	15,3
Ruim/ muito ruim	2	8,0	0	0	5	8,7	8	6,5	0	0
Classificação da saúde bucal										
Muito satisfeito/satisfeito	35	62,5	36	61	26	42,6	54	43,5	41	57,7
Nem satisfeito nem insatisfeito	8	14,3	10	16,9	13	21,3	16	12,9	8	11,3
Insatisfeito/muito insatisfeito	13	23,2	13	22	22	36,1	54	43,5	22	30,9

Fonte: Dados da pesquisa

* Para 2 participantes não se dispõe desta informação

** Para 38 participantes não se aplica esta questão (desdentados totais)

*** Para 4 participantes não se dispõe desta informação

Para 3 participantes não se dispõe desta informação

Para 3 participantes não se dispõe desta informação

Para 9 participantes não se dispõe desta informação

A proporção de indivíduos que relatou alguma interferência da condição de saúde bucal nos últimos seis meses foi de 62,8% e o escore médio do OIDP foi de 1,68. Quanto às atividades mais referidas dentre os que apontaram algum impacto prevaleceram à dificuldade em comer (52,3%), seguido pela vergonha de sorrir (42,5%).

A tabela 2 mostra o impacto da saúde nas atividades diárias em relação aos diferentes grupos etários investigados.

Tabela 2: Número de respostas “sim” para algum impacto da saúde bucal nas diferentes atividades diárias de acordo com os grupos etários. Alagoinha, PB, 2011.

Impacto nas atividades diárias	Idade/Grupo etário									
	5 anos (n=56)		12 anos (n=59)		15 a 19 anos (n=61)		35 a 44 anos (n=124)		65 a 74 anos (n=71)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Comer	11	19,6	13	22,0	14	22,9	44	35,5	39	54,9
Escovar os dentes	6	10,7	8	13,5	12	19,7	35	28,2	19	27,8
Ficar nervoso	6	10,7	9	15,2	12	19,7	33	26,6	22	31,0
Sair	4	7,1	6	10,2	11	18,0	25	20,1	1	1,4
Praticar esportes	2	3,6	1	1,7	6	9,8	11	8,9	1	1,4
Falar	3	5,3	1	1,7	4	6,5	27	21,8	23	32,4
Vergonha de sorrir	6	10,7	11	18,6	11	18,0	43	34,7	28	39,4
Estudo/trabalho	2	3,6	2	3,4	10	16,4	22	17,7	7	9,8
Sono	3	5,3	5	8,5	15	24,6	28	22,6	12	16,9

Fonte: Dados da pesquisa

A tabela 3 aponta relação de variáveis com a presença (4 ou mais atividades com interferência) ou ausência (até 3 atividades com interferência) de impacto da saúde bucal nas diferentes atividades diárias. Houve diferença estatística significativa ($p < 0,05$) para dor de dente, visita ao dentista, necessidade de prótese e experiência de cárie dentária.

3 atividades com interferência) de impacto da saúde bucal nas diferentes atividades diárias. Alagoinha, PB, 2011.

Variáveis	Sem impacto		Com impacto		p
	n	%	n	%	
Gênero (n=371)					
Masculino	112	30,2	16	4,3	0,169
Feminino	202	54,4	41	11,1	
Renda (n=318)**					
Até 250	35	11,0	7	2,2	0,859
251- 500	49	15,4	9	2,8	
501 acima	188	59,1	30	9,4	
Aglomeracão (pessoas/cômodo) (n=371)					
Até uma pessoa por cômodo	62	16,7	14	3,8	0,253
Mais de uma pessoa por cômodo	252	67,9	43	11,6	
Dor de dente (n=333)***					
Sim	56	16,8	36	10,8	0,0001
Não	229	68,8	12	3,6	
Já foi ao dentista (n=371)					
Sim	270	72,8	55	14,8	0,027*
Não	44	11,8	2	0,5	
Necessidade de prótese (n=255) #					
Sim	72	28,2	28	11,0	0,012
Não	131	51,4	24	9,4	
Necessidade de tratamento (n=369) ##					
Sim	205	55,6	43	11,7	0,098
Não	107	29,0	14	3,8	
Experiência de cárie (n=316) ###					
Sim	224	70,9	48	15,2	0,001*
Não	44	13,9	0	0	

*Exato de Fisher

Fonte: Dados da pesquisa

** Para 53 participantes não se dispõe desta informação

*** Para 38 participantes não se aplica esta questão (desdentados totais)

Para 1 participante não se dispõe desta informação

Para 2 participantes não se dispõe desta informação

55 participantes não permitiram a realização do exame clínico

DISCUSSÃO

A introdução da equipe de saúde bucal no município de Alagoinha aconteceu de forma gradual a partir de 2003¹⁹, antes o atendimento a comunidade se dava de forma pulverizada, pelo setor público, privado e pelo sindicato (setor de saúde suplementar). Dados do ministério da saúde mostraram que em 2009 existiam 30 agentes comunitários de saúde (ACS) e 4 equipes de saúde da família (ESF) e duas equipes de saúde bucal (ESB) modalidade I. Em

2010 houve concurso público para trabalhadores da saúde, inclusive para a saúde bucal, na tentativa de organização do serviço, com isso, atualmente o município conta com 33 ACS, 6 ESF e ESB modalidade tipo I ¹⁹, que auxiliarão a construção de práticas de promoção de saúde e numa prática mais coletiva e participativa.

No presente estudo, foi verificado um diferencial considerável entre o local de acesso ao serviço de saúde bucal, sendo identificado que a proporção de atendimentos odontológicos pelo setor público foi predominante em todos os grupos etários. No entanto, não podemos deixar de considerar o fato de que os serviços privados ainda respondem por boa parcela do acesso aos serviços.

Outro fator fortemente associado ao acesso aos serviços de saúde bucal, na presente pesquisa, foi a idade. Na faixa etária de 5 e 12 anos há uma procura tardia pelo atendimento, ou seja, parcela significativa desta população ainda não fez nenhuma consulta odontológica, dado este, importante como indicador da limitação de acesso a serviços de saúde odontológicos. Já no grupo etário dos idosos, a maioria (73,5%) procurou atendimento odontológico a mais de três anos, mostrando que com o avançar da idade, ocorre uma redução do acesso dessas pessoas aos serviços.

O mesmo pode ser encontrado em outros inquéritos populacionais, a exemplo de estudo que avaliou a situação de utilização e acesso aos serviços de odontologia no Brasil, onde foi encontrado que 19% da população nunca consultou um dentista e entre as crianças de 0-6 anos essa taxa foi de 77% ⁵.

O uso regular de um mesmo serviço de saúde pode ser interpretado como uma “porta de entrada” ao sistema de saúde e para uma boa saúde bucal preconiza-se pelo menos uma consulta anual ao dentista ²⁰.

Esses dados são importantes, pois não só retratam informações únicas para município, nesse momento de expansão dos serviços de saúde, mas também pode auxiliar no

planejamento das ações em saúde bucal e gestão de serviços públicos odontológicos e servir para futuras comparações. O trabalho na ESF com base na atenção primária a saúde pode contribuir para a vigilância em saúde bucal, tratamento das demandas acumuladas, racionalização de recursos, organizando fluxos e referenciamento de casos mais complexos para os municípios vizinhos que possuem serviços de média complexidade.

Segundo o levantamento das condições de saúde bucal da população brasileira em 2003, cerca de 13,5% dos brasileiros nunca foram ao dentista. Em relação aos idosos, a proporção dos que visitaram o dentista há menos de um ano foi 16,8% e dentre os que nunca fizeram uma consulta odontológica o número foi de 5,8%, repercutindo em uma baixa utilização de serviços odontológicos neste grupo etário. Foi verificada uma predominância nos atendimentos pelo serviço público e a avaliação da assistência foi considerada boa 60,3% dos casos ²¹.

Em 2008, a pesquisa nacional por amostra de domicílio (PNAD) mostrou que 11,7% dos entrevistados nunca haviam ido ao dentista. Enquanto 98,0% das pessoas pertencentes à classe de rendimento mensal domiciliar per capita de mais de 5 salários mínimos já tinham se consultado com um dentista, para aqueles na classe de até $\frac{1}{4}$ do salário mínimo o percentual foi de 71,3% ²².

A avaliação da qualidade de assistência à saúde deve aferir o ajuste do serviço à demanda e ser capaz de detectar em que medida esse serviço atende às expectativas do paciente ²³. No presente estudo, em relação à satisfação do usuário com o atendimento, foi detectada uma boa avaliação, todavia, esta satisfação pode ser definida em diferentes aspectos do cuidado à saúde. A carência pelo atendimento odontológico, um mínimo de atenção encontrada e o não pagamento pela resolução de determinado problema podem funcionar como viés nesta avaliação do serviço.

Quanto ao motivo da procura, partiu-se da premissa que, ao longo da vida, a maioria das pessoas apresenta necessidade de atendimento odontológico, por diferentes motivos ⁶. Entre as crianças e adolescentes o motivo da última consulta foi o tratamento, já entre os adultos e idosos foi a extração, mostrando que em sua essência o modelo de atenção em saúde bucal traduz-se ainda como curativo-multilador.

Assim, quando indagados pela necessidade de tratamento dentário, a maioria dos idosos (63,4%) respondeu que não precisava de atendimento. Isto pode estar associado à elevada perda dentária neste grupo, perpetuando o antigo conceito que dentista cuida exclusivamente de dentes, esquecendo dos lábios, mucosa, glândulas.

Os estudos de utilização de serviços de base domiciliar, como este, apresentam vantagens sobre os de demanda, tendo em vista não só a possibilidade de se aferir a demanda espontânea real, como também obter informações acerca daquele segmento que não é usuário dos serviços de saúde estudados ².

Era comum encontrar entrevistados com vários dentes cariados, mas diziam estar satisfeitos com a saúde bucal, só atentando para o corpo quando suas atividades essenciais, como o trabalho, utilizado para conseguir o sustento, não podiam ser continuadas. Em relação à presença de dor de dentes nos últimos seis meses foi encontrada uma elevada presença, principalmente entre os adolescentes.

Pesquisas para avaliar o impacto da saúde bucal na vida dos indivíduos foram estimuladas pela mudança no conceito de saúde ¹³. Há consenso na literatura quanto a uma forte correlação entre a condição de saúde bucal e a qualidade de vida dos indivíduos ⁹⁻¹².

Em nossos resultados, foi possível observar que a proporção de indivíduos que relataram alguma interferência da condição de saúde bucal nos últimos seis meses foi alta (62,8%), havendo interferência em todas as atividades investigadas e em todos os grupos etários.

A perda dentária promove profundo desgaste na auto-estima e insegurança nas relações pessoais e de trabalho, resultando em isolamento, rejeição e na perda de oportunidades ⁷. Assim, a vergonha de sorrir foi um dos mais altos impactos verificados em nossa pesquisa, desde os mais jovens até os participantes de idades mais avançadas, bem como a queixa da capacidade de comer. Esses resultados eram esperados porque, observou-se um aumento da perda dentária, principalmente de dentes posteriores, responsáveis pela trituração dos alimentos, prejudicando a capacidade de mastigação.

Em pesquisa realizada em Chapecó, Santa Catarina, foi verificada a relação entre condição bucal e qualidade de vida em adultos de 35 a 44 anos e foi encontrada interferência da saúde bucal no cotidiano em 20,7% dos participantes, além da relação de maior interferência com a aglomeração do domicílio, sentir dor orofacial nos últimos meses e ser mulher ¹¹.

Em outra investigação realizada na Tailândia com crianças de 11 e 12 anos, foi constatada uma alta prevalência do impacto da saúde bucal na qualidade de vida, onde 89,8% das crianças apresentavam uma ou mais interferências da saúde bucal ⁹.

Os resultados desse estudo podem servir de base para a implementação da política de saúde bucal e efetiva oferta de serviços de saúde bucal a comunidade estudada. Para isso ações da ESB devem estar articuladas com as práticas de trabalho da ESF na busca do acesso aos serviços, integralidade das ações e acolhimento dos usuários. Desta forma, práticas no trabalho com grupos operativos com enfoque voltado ao incentivo à procura de atendimento odontológico em idade precoce por parte da população devem ser implementadas pela gestão dos serviços odontológicos. Assim, como organização do serviço para acolher melhor as demandas. Isso traria um retorno direto à população estudada, na medida em que permitiria uma redução nos custos com tratamento e atendimento das sequelas dos principais problemas bucais.

CONCLUSÃO

Os resultados deste trabalho permitem concluir que a busca pela atenção em saúde bucal ocorreu principalmente em serviço público, sendo o tratamento o motivo mais procurado nas últimas consultas pelas crianças e adolescentes e a extração pelos adultos e idosos. A maioria utilizou o serviço a menos de 1 ano, com exceção dos idosos, contudo uma parcela da população não tem acesso aos serviços de saúde bucal.

Os mecanismos desencadeados dos reflexos da condição de saúde bucal na qualidade de vida merecem investigação continuada, pois a interferência da condição bucal na qualidade de vida foi referida em um pouco mais de três quintos da população do estudo.

CHM Costa trabalhou na elaboração do projeto, execução da pesquisa, tabulação dos dados, elaboração e redação do texto e CHSM Freitas e FDS Forte trabalharam na concepção teórica, na orientação da discussão e na redação final do artigo.

REFERÊNCIAS

1. Brasil, Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS. *Para entender a gestão do SUS*, 2003.
2. Rocha RACP; Goes PSA. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24:2871-80.
3. Senna MCM; Cohen MM. Modelo assistencial e estratégia saúde da família no nível local: análise de uma experiência. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7:523-35.
4. Antunes JLF; Narvai PC; Nugent ZJ. Measuring inequalities in the distribution of dental caries. *Community Dent Oral Epidemiol* 2004; 32:41-8.
5. Barros, A.J.D.; Bertoldi, A.D. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7:709-17.
6. Manhães ALD; Costa AJL. Acesso a e utilização de serviços odontológicos no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, em 1998: um estudo exploratório a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio. *Cad Saúde Pública* 2008; 24:207-18.
7. Moreira TP; Nations MK; Alves MSCF. Dentes da desigualdade: marcas bucais da experiência vivida na pobreza pela comunidade do Dendê, Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2007; 23:1383-92.
8. Castro RAL; Portela MC; Leão AT. Adaptação transcultural de índices de qualidade de vida relacionada à saúde bucal. *Cad Saúde Pública* 2007; 23:2275-84.
9. Gherunpong S; Tsakos G; Sheiham A. The prevalence and severity of oral impacts on daily performances in Thai primary school children. *Health and Quality of Life Outcomes* 2004; 2:1-8.

10. Jokovic A; Locker D; Stephens M; Kenny D; Tompson B; Guyatt G. Validity and Reliability of a Questionnaire for Measuring Child Oral-health-related Quality of Life. *J Dent Res* 2002; 81:459-63.
11. Lacerda JT; Castilho EA; Calvo MCM; Freitas SFT. Saúde bucal e o desempenho diário de adultos em Chapecó, Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24:1846-58.
12. Oliveira BH; Nadanovsky P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile–short form. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005; 33:307–14.
13. Tesch FC; Oliveira BH; Leão A. Mensuração do impacto dos problemas bucais sobre a qualidade de vida de crianças: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saúde Pública* 2007; 23:2555-64.
14. Fernandes JMFA; Paredes SO; Almeida DB; Sampaio FC; Forte FDS. Prevalence of dental caries and treatment needs in preschool children in a recently fluoridated Brazilian town. *Braz J Oral Sci.* 2009; 8:185-8.
15. Sampaio FC; Silva FDSCM; Silva ACB; Machado ATAB; Araújo DAM; Sousa EM. Natural fluoride levels in the drinking water, water fluoridation and estimated risk of dental fluorosis in a tropical region of Brazil. *Oral Health Prev Dent* 2010; 8:71–75.
16. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Resultados preliminares do Universo do Censo Demográfico 2010*.
17. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo Demográfico 2000*.
18. Brasil, Ministério da Saúde. *Manual do examinador municipal*. Coordenação nacional de saúde bucal, 2010.
19. Brasil, Ministério da Saúde. [site da internet] 2011 [acessado em 6 de Agosto de 2011]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/CNSB/>

20. Pinheiro RS; Viacava F; Travassos C. Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7:687-707.
21. Brasil, Ministério da Saúde. *Projeto SB Brasil 2003: Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Resultados principais*. Brasília, Coordenação nacional de saúde bucal, 2004.
22. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Um panorama da saúde no Brasil – Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde*. PNAD 2008. 2010.
23. Lima ACS; Cabral ED; Vasconcelos MMVB. Satisfação dos usuários assistidos nos Centros de Especialidades Odontológicas do Município de Recife, Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2010; 26:991-1002.

Considerações Gerais

CONSIDERAÇÕES GERAIS

Apesar da importância da avaliação da saúde bucal, essa medida ainda é pouco utilizada em estudos de base populacional (MATOS, LIMA-COSTA, 2006; MARTINS, BARRETO, PORDEUS, 2008). Os dois artigos apresentados se caracterizaram por ser do tipo transversal, observacional e ecológico, sendo efetuado um processo de amostragem por conglomerados, sendo exclusivamente de base domiciliar.

A idade de cinco anos pesquisada, usada internacionalmente para aferição do ataque de cárie na dentição decídua, é considerada como o mais forte preditor da doença na dentição permanente, daí a importância em estudar a saúde bucal nesta faixa etária (RIHS *et al.*, 2007).

No artigo 1 foi possível identificar que mesmo após dez anos das metas estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde e Federação Dentária Internacional, o município de Alagoinha não alcançou o objetivo nesta idade, e analisando a composição do ceo-d verificou-se que as necessidades de tratamento superaram os realizados, onde os componentes cariados e perdidos representaram 100% do índice, sugerindo a inexistência de atenção à saúde bucal na idade pré-escolar.

No artigo 2 estes dados são corroborados, pois, 51,8% dessas crianças nunca foram ao dentista, 25% apresentaram dor de dente nos últimos seis meses, e dos que já foram o motivo da última consulta foi o tratamento. Sugerindo, desta forma, uma relação entre a presença da experiência da doença cárie com a falta de acesso ao serviço de saúde.

Já a faixa etária de 12 anos é especialmente importante, pois é provável que nessa idade todos os dentes permanentes já estejam presentes na boca, com

exceção dos terceiros molares. Por essas razões, este grupo etário foi escolhido como idade de monitoramento global da cárie para comparações internacionais (CYPRIANO, HOFFMANN, WADA, 2008; PERES, BASTOS, LATORRE, 2000).

Assim, nesta idade, a meta da Organização Mundial de Saúde para o ano 2000 foi alcançada, uma vez que o valor médio do CPO-D encontrado foi de 2,17. Entretanto, 20,3% nunca fizeram uma consulta odontológica e a presença de dor de dente foi encontrada em 27,1% dos entrevistados.

Segundo Peres *et al.* (2009), pode-se supor que crianças de famílias de baixa condição socioeconômica no início da vida podem ter menos acesso ao serviço odontológico e uma escassa variedade de itens de higiene oral, podendo ser mais propensos a desenvolver comportamentos nocivos a saúde dentária. Desta forma, podem predispor indivíduos a certos agravos da saúde bucal, como cárie dentária, sangramento gengival, má oclusão, dor, que por sua vez pode causar impactos na qualidade de vida.

No grupo etário dos adolescentes, de 15 a 19 anos, os dentes permanentes estiveram expostos ao ambiente bucal por alguns anos, sendo a avaliação da prevalência de cárie frequentemente mais significativa (MOREIRA, ROSENBLATT, PASSOS, 2007).

O artigo 1 enfatiza a perda precoce dos elementos dentários, onde o componente perdido representa 15,6% do Índice CPO-D, já no artigo 2 observamos que mesmo nestas idades ainda existem adolescente que nunca fizeram uma consulta odontológica.

O grupo etário de 35 a 44 anos é o grupo padrão para avaliação das condições de saúde bucal em adultos e o grupo de 65 a 74 anos tem se tornado cada vez mais importante com as mudanças na distribuição etária e no aumento da

expectativa de vida que vem ocorrendo em muitos países. Os dados destes grupos são necessários tanto para o planejamento adequado do tratamento, como para o monitoramento dos efeitos gerais dos serviços odontológicos prestados a população (MANHÃES, COSTA, 2008; MOREIRA *et al.*, 2005).

Nos adultos e idosos a relação entre os dois artigos se traduz pelo elevado CPO-D, principalmente do componente perdido, na interferência da saúde bucal nas atividades diárias, em especial na atividade mastigatória e a vergonha de sorrir.

Assim, o conhecimento das condições bucais é considerado relevante, visando à saúde direta e ações de tratamento odontológico, além da garantia da equidade no atendimento das necessidades da presente população, conduzindo para a diminuição da cárie e conseqüentemente perda dentária (RIHS, SILVA, SOUSA, 2009).

Logo, é necessário que haja uniformidade metodológica de procedimentos, entre os quais se cita a escolha da amostra de estudo, os critérios de avaliação, a calibração dos examinadores, os instrumentos utilizados e a apresentação dos dados, de modo a viabilizar a sua reprodutibilidade, validade e confiabilidade nas mesmas condições, em qualquer situação ou lugar. As informações geradas nesses estudos permitem comparações, bem como, avaliações do impacto de fatores de risco e de programas de saúde relativos aos agravos.

Conclusão

CONCLUSÃO

A partir dos resultados obtidos neste estudo, podemos concluir que:

- É alta a experiência de cárie na dentição decídua, onde o ceo-d foi de 1,76 ;
- Com o passar da idade, o Índice CPO-D fica mais elevado;
- De acordo com o tipo de necessidade de tratamento, em todas as faixas etárias, o maior percentual correspondeu à indicação de restaurações.
- A busca pelo atendimento é superior em serviço público;
- A maioria avaliou o serviço odontológico como bom ou muito bom;
- A saúde bucal interfere diretamente na qualidade de vida;
- A realidade epidemiológica encontrada aponta necessidade de elaboração de programas que possibilitem a diminuição da prevalência de cárie dentária e, conseqüentemente, solucione as necessidades de tratamento.

Referências

REFERÊNCIAS

Frias AC; Antunes JLF; Narvai PC. Precisão e validade de levantamentos epidemiológicos em saúde bucal: cárie dentária na cidade de São Paulo, 2002. *Rev Bras Epidemiol* 2004; 7:144-154.

Leal RB; Tomita NE. Assistência odontológica e universalização: percepção de gestores municipais. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11:155-160.

Matos DL, Lima-Costa MF. Auto-avaliação da saúde bucal entre adultos e idosos residentes na Região Sudeste: resultados do Projeto SB-Brasil, 2003. *Cad Saúde Pública* 2006; 22:1699-1707.

Peres KG, Peres MA, Araujo CLP, Menezes AMB, Hallal PC. Social and dental status along the life course and oral health impacts in adolescents: a population-based birth cohort. *Health and Quality of Life Outcomes* 2009; 7:95.

Rihs LB, Silva DD, Sousa MLR (2009). Dental caries and tooth loss in adults in a Brazilian southeastern state. *J. Appl. Oral Sci* 2009; 17:5.

Roncalli AG. Epidemiologia e saúde bucal coletiva: um caminhar compartilhado. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11:105-114.

Apêndice

Terno de Consentimento Livre e Esclarecido:

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA DA UFPB**

Este é um convite para você participar da Pesquisa “Perfil epidemiológico em saúde bucal do Município de Alagoinha, PB”.

Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

Nessa investigação científica, serão examinados os elementos dentários e as gengivas de crianças, adolescentes, adultos e idosos da população do município de Alagoinha, PB. O exame é uma observação da boca, feita na residência, com toda técnica, segurança e higiene, conforme normas da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde. Não representa riscos nem desconforto para quem será examinado. Os dados individuais não serão divulgados em nenhuma hipótese, mas os resultados da pesquisa ajudarão muito a prevenir doenças bucais e melhorar a saúde de todos.

Não há riscos conhecidos ou mensuráveis relativos à sua participação nesta pesquisa e os benefícios que você terá serão indiretos e relacionados a um melhor conhecimento a respeito das doenças bucais na população de modo a organizar os serviços de maneira mais racional e efetiva.

Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Você ficará com uma cópia deste Termo e toda a dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para Camila Helena Machado da Costa, no endereço Jardim Cidade Universitária, Campus universitário I, CEP-58.059-900, João Pessoa – PB ou pelo telefone (83)8836-2309.

Consentimento Livre e Esclarecido – Para participante individual

Declaro que compreendi os objetivos deste estudo, como ele será realizado, os riscos e benefícios envolvidos na Pesquisa “Perfil epidemiológico em saúde bucal do Município de Alagoinha, PB” e autorizo a realização do exame.

Data ____/____/____

		<div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 80px; margin: 0 auto;"></div>
Nome em letra de forma	Assinatura ou impressão dactiloscópica	

Consentimento Livre e Esclarecido – Para Pais ou Responsáveis

Declaro que compreendi os objetivos deste estudo, como ele será realizado, os riscos e benefícios envolvidos na Pesquisa “Perfil epidemiológico em saúde bucal do Município de Alagoinha, PB” e autorizo a realização do exame em

Data ____/____/____

		<div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 80px; margin: 0 auto;"></div>
Nome em letra de forma	Assinatura ou impressão dactiloscópica	

Pesquisador

Nome em letra de forma	Assinatura

Anexos

Anexo A – Mapa do setor censitário



Anexo C – Ficha e formulário



Ficha de Exame

EXAMINADOR ORIG./DUP.

N ° IDENTIFICAÇÃO	ESTADO	MUNICÍPIO	SETOR CENSITÁRIO	DOMICÍLIO
<input type="text"/>				

INFORMAÇÕES GERAIS

Idade em anos Sexo Cor/Raça Realização do Exame

EDENTULISMO

15-19, 35-44 e 65-74 anos

USO DE PRÓTESE

Sup Inf

NECESSIDADE DE PRÓTESE

Sup Inf

CONDIÇÃO DA OCLUSÃO DENTÁRIA

DAI
(12 e 15 a 19 anos)

DENTIÇÃO

 Número de Incisivos, Caninos e Pré-Molares perdidos

ESPAÇO

Apinhamento na região de incisivos Espaçamento na região de incisivos Diastema em milímetros Desalinhamento maxilar anterior em mm Desalinhamento mandibular anterior em mm

OCLUSÃO

Overjet maxilar anterior em mm Overjet mandibular anterior em mm Mordida aberta vertical anterior em mm Relação molar ântero-posterior

MÁ-OCCLUSÃO
(5 anos)

Chave de Caninos Sobres-saliência Sobre-mordida Mordida Cruzada Posterior

TRAUMATISMO DENTÁRIO

17 anos

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12	11	21	22
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
42	41	31	32
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CÁRIE DENTÁRIA E NECESSIDADE DE TRATAMENTO

Todos os grupos etários. Condição de Raiz, somente de 35 a 44 e 65 a 74 anos

18	17	16	15	14	13	12	11	61	62	63	64	65	26	27	28		
Coroa	<input type="text"/>																
Raiz	<input type="text"/>																
Trat.	<input type="text"/>																
48	47	46	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	36	37	38		
Coroa	<input type="text"/>																
Raiz	<input type="text"/>																
Trat.	<input type="text"/>																

CONDIÇÃO PERIODONTAL

CPI: 12, 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos
PIP: 35 a 44 e 65 a 74 anos

17/16	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
26/27	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
37/36	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
31	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
46/47	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	SANGRAMENTO GENGIVAL	CÁLCULO DENTÁRIO	BOLSA PERIODONTAL



Avaliação socioeconômica, utilização de serviços odontológicos, morbidade bucal referida e autopercepção de saúde bucal

CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA DA FAMÍLIA

- 1** Quantas pessoas, incluindo o sr(a), residem nesta casa? Marcar 99 para "não sabe / não respondeu"
- 2** Quantos cômodos estão servindo permanentemente de dormitório para os moradores deste domicílio? Marcar 99 para "não sabe / não respondeu"
- 3** Quantos bens tem em sua residência?
Considerar como bens: televisão, geladeira, aparelho de som, micro-ondas, telefone, telefone celular, máquina de lavar roupa, máquina de lavar louça, micro-computador, e número de carros. Varia de 0 a 11 bens. Marcar 99 para "não sabe / não respondeu"
- 4** No mês passado, quanto receberam, em reais, juntas, todas as pessoas que moram na sua casa incluindo salários, bolsa família, pensão, aluguel, aposentadoria ou outros rendimentos?
1-Até 250; 2-De 251 a 500; 3-De 501 a 1.500; 4-De 1.501 a 2.500; 5-De 2.501 a 4.500; 6-De 4.501 a 9.500; 7-Mais de 9.500; 9-Não sabe/não respondeu

ESCOLARIDADE, MORBIDADE BUCAL REFERIDA E USO DE SERVIÇOS

- 5** Até que série o sr(a) estudou?
Fazer a conversão e anotar o total de anos estudados com aproveitamento (sem reprovação). Marcar 99 para "não sabe / não respondeu"
- 6** O sr(a) acha que necessita de tratamento dentário atualmente?
0-Não; 1-Sim; 9-Não sabe / Não respondeu
- 7** Nos últimos 6 meses o sr(a) teve dor de dente?
0-Não; 1-Sim; 8-Não se aplica; 9-Não sabe / Não respondeu
- 8** Aponte na escala o quanto foi esta dor 1 (um) significa muito pouca dor e 5 (cinco) uma dor muito forte (mostrar a escala no anexo do manual)
- 9** Alguma vez na vida o sr(a) já foi ao consultório do dentista?
0-Não; 1-Sim; 9-Não sabe / Não respondeu
- 10** Quando o sr(a) consultou o dentista pela última vez?
1-Menos de um ano; 2-Um a dois anos; 3-Três anos ou mais; 8-Não se aplica; 9-Não sabe / Não respondeu
- 11** Onde foi a sua última consulta?
1-Serviço público; 2-Serviço particular; 3-Plano de Saúde ou Convênios; 4-Outros; 8-Não se aplica; 9-Não sabe / Não respondeu
- 12** Qual o motivo da sua última consulta?
1-Revisão, prevenção ou check-up; 2-Dor; 3-Extração; 4-Tratamento; 5-Outros; 8-Não se aplica; 9-Não sabe / Não respondeu
- 13** O que o sr(a) achou do tratamento na última consulta?
1-Muito Bom; 2-Bom; 3-Regular; 4-Ruim; 5-Muito Ruim; 8-Não se aplica; 9-Não sabe / Não respondeu

AUTOPERCEÇÃO E IMPACTOS EM SAÚDE BUCAL

- 14** Com relação aos seus dentes/boca o sr(a) está:
1-Muito satisfeito; 2-Satisfeito; 3-Nem satisfeito nem insatisfeito; 4-Insatisfeito; 5-Muito insatisfeito; 9-Não sabe / Não respondeu
- 15** O sr(a) considera que necessita usar prótese total (dentadura) ou trocar a que está usando atualmente?
0-Não; 1-Sim; 9-Não sabe / Não respondeu
- 16** Algumas pessoas têm problemas que podem ter sido causados pelos dentes. Das situações abaixo, quais se aplicam a(o) sr(a), nos últimos seis meses?
- | | |
|---|---|
| 16.1. Teve dificuldade para comer por causa dos dentes ou sentiu dor nos dentes ao tomar líquidos gelados ou quentes? <input type="text"/> | 16.5. Deixou de praticar esportes por causa dos seus dentes? <input type="text"/> |
| 16.2. Os seus dentes o incomodaram ao escovar? <input type="text"/> | 16.6. Teve dificuldade para falar por causa dos seus dentes? <input type="text"/> |
| 16.3. Os seus dentes o deixaram nervoso (a) ou irritado (a)? <input type="text"/> | 16.7. Os seus dentes o fizeram sentir vergonha de sorrir ou falar? <input type="text"/> |
| 16.4. Deixou de sair, se divertir, ir a festas, passeios por causa dos seus dentes? <input type="text"/> | 16.8. Os seus dentes atrapalharam para estudar / trabalhar ou fazer tarefas da escola / trabalho? <input type="text"/> |
| | 16.9. Deixou de dormir ou dormiu mal por causa dos seus dentes? <input type="text"/> |

Anexo D – Aprovação do Comitê de Ética



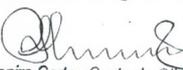
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA - UFPB
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY - HULW
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES
HUMANOS - CEP**

CERTIDÃO

Com base na Resolução nº 196/96 do CNS/MS que regulamenta a ética da pesquisa em seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley - CEP/HULW, da Universidade Federal da Paraíba, em sua sessão realizada no dia 31/08/2010, após análise do parecer do relator, resolveu considerar APROVADO o projeto de pesquisa intitulado PERFIL EPIDEMIOLÓGICO EM SAÚDE BUCAL DO MUNICÍPIO DE ALAGOINHA-PB. Protocolo CEP/HULW nº. 449/10, folha de rosto nº 356912, CAAE-4061.0.000.126-10 da pesquisadora CAMILA HELENA MACHADO DA COSTA.

No final da pesquisa, solicitamos enviar ao CEP/HULW, uma cópia desta certidão e da pesquisa, em CD, para emissão da certidão para publicação científica.

João Pessoa, 31 de agosto de 2010.


Iaponira Cortez Costa de Oliveira
Coordenadora do Comitê de Ética
em Pesquisa - CEP/HULW

Profª Drª Iaponira Cortez Costa de Oliveira
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa-HULW

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley-HULW - 4º andar. Campus I - Cidade Universitária.
Bairro: Castelo Branco - João Pessoa - PB. CEP: 58051-900 CNPJ: 24098477/007-05
Fone: (83) 32167302 — Fone/fax: (083)32167522 E-mail - cepulw@hotmail.com

C837p Costa, Camila Helena Machado da.
Perfil epidemiológico em saúde bucal do município de Alagoinha-PB / Camila Helena Machado da Costa.-- João Pessoa, 2011.
80f.
Orientador: Franklin Delano Soares Forte
Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCS
1. Odontologia. 2. Saúde bucal – Alagoinha(PB).
3. Odontologia preventiva - criança.

UFPB/BC

CDU: 616.314(043)