

**J**aqueline **C**anova **P**aludetto **A**maral

*Saúde bucal de adolescentes que receberam  
assistência odontológica na primeira década de  
vida*

Araçatuba - SP

2015

**J**aqueline **C**anova **P**aludetto **A**maral

*Saúde bucal de adolescentes que receberam  
assistência odontológica na primeira década de  
vida*

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” Campus de Araçatuba, para obtenção do título de Mestre em Ciência Odontológica, área de concentração Saúde Bucal da Criança

Orientador: Profº Dr. Robson Frederico Cunha

**Araçatuba - SP**

**2015**

Catálogo-na-Publicação

Diretoria Técnica de Biblioteca e Documentação – FOA / UNESP

A485i	<p>Amaral, Jaqueline Canova Paludetto. Saúde bucal de adolescentes que receberam assistência odontológica na primeira década de vida / Jaqueline Canova Paludetto Amaral. - Araçatuba, 2015 84 f.: il. ; tab. + 1 CD-ROM</p> <p>Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia de Araçatuba Orientador: Prof. Robson Frederico Cunha</p> <p>1. Cárie dentária 2. Prevenção &amp; controle 3. Radiografia interproximal I. T.</p> <p>Black D27 CDD 617.645</p>
-------	--

## **Dados Curriculares**

*Jaqueline Canova Paludetto Amaral*

<b>Nascimento</b>	04.12.1982 – Birigui – SP
<b>Filiação</b>	Elvio Atilio Paludetto Maria Cristina Canova Paludetto
<b>2000/2003</b>	Curso de Graduação em Odontologia pela UNOESTE
<b>2009/2010</b>	Curso de aperfeiçoamento em Odontopediatria
<b>2011/2012</b>	Curso de Especialização em Odontopediatria pela Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP
<b>2013/2015</b>	Curso de Pós Graduação em Ciência Odontológica, área de concentração Saúde Bucal da Criança, nível de Mestrado, na Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP
<b>Associações</b>	CROSP – Conselho Regional de Odontologia de São Paulo SBPqO – Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica

# **D**EDICATÓRIA

## *Dedico este trabalho*

A *Deus*

Por ter me concebido o dom da vida. Entre muitos caminhos a seguir, esse foi o escolhido. Por sua destra que sempre me sustentou nos momentos de dificuldades e também nos de alegrias. Me proporcionou conviver com pessoas maravilhosas. E aprender a cada dia.

Aos meus pais: *Elvia e Cristina*

A vocês, queridos pais, por terem tornado possível minha existência. Por tornarem meus dias mais leves, quando tudo parecia desabar sobre mim. Pelo apoio e dedicação não só nessa fase da minha vida e nas minhas escolhas, sempre me impulsionando a seguir no caminho por mim traçado. Obrigado por orarem por mim e estarem sempre ao meu lado. Sei que sem vocês não teria nem chegado até aqui. Pela caminhada ser mais doce com vocês segurando minha mão. A minha mais profunda, gratidão eterna. Amo vocês!!!

A minha irmã: *Janaina*

Por sempre estar ao meu lado, mesmo nos momentos em que a caminhada parecia não chegar ao fim você sempre me encorajava com a frase: Você escolheu esse caminho e se Deus permitiu, você tem que seguir!!! E assim você me dava força, você foi o impulso para a chegada até aqui. Obrigado por ser essa irmã “anjo” que Deus permitiu que compartilhasse dessa vida comigo. A você, minha eterna gratidão. Essa conquista também é sua!!!

Ao meu marido: *Luiz Fabiano*

Pelo amor e dedicação por mim. Compartilhando comigo os meus sonhos e me apoiando para seguir em frente, mesmo que isso nos custasse a dor da saudade. Sei o quão foi difícil pra gente chegar até aqui, mas nosso amor se mostrou tão forte e prevaleceu, para assim, nos fazer ainda mais fortes, nos fazendo crescer e perceber o quanto vale a pena lutar para alcançar o que se almeja. Obrigado pela paciência dedicada a mim. Se eu tivesse mais uma vida, ao seu lado queria estar...

A minha família: *Canova e Paludetto*

Independente se presentes ou ausentes, estavam sempre mandando boas energias, torcendo para eu chegar até o fim. Obrigado a todos meus familiares que compartilharam dessa conquista comigo.

Ao meu orientador: *Professor Robson*

Primeiro pela orientação, tanto de especialização quanto a de mestrado. Por ser o responsável por eu ter subido mais um degrau na minha carreira acadêmica. Levarei sempre comigo os ensinamentos que pude com você compartilhar, sendo estes na odontopediatria ou até mesmo os da vida pessoal. Por poder contar com você, encontrando sempre a sua sala de portas abertas para me receber para sanar minhas dúvidas, essas que eram muitas. Obrigado pela disponibilidade e pelos ensinamentos...

# **A**GRADECIMENTOS

## Agradecimentos

*“Cada sonho que você deixa para trás é um pedaço do seu futuro que deixa de existir”*

*(Steve Jobs)*

### A Deus

Pelo dom da vida e pela estrada seguida até aqui. Pelos caminhos tranquilos e também pelos turbulentos, pois sei que minha vida está em suas mãos e os desafios serviram para me fortalecer. Pelas pessoas com quem tive o prazer de conviver e pelos dias de constante aprendizado. Me prostro Senhor diante de ti para louvar-te e bendizer, pelas tuas bênçãos e glórias derramadas sobre a minha vida.

### Aos Meus Pais e a Minha Irmã

Primeiramente aos meus genitores que não mediram esforços para que eu conseguisse chegar até aqui, e que muitas vezes até renunciaram aos seus sonhos, para que eu pudesse alcançar a realização dos meus. Não tenho palavras pra dizer o quão grata sou por ter a família mais especial do mundo. Se pudesse escolher viver outras vidas, seria com vocês que queria desfrutar o prazer de viver. Não sei o que seria de nossa família sem a caçula dessa família, só sei que meus dias são mais coloridos com você nessa jornada. Amo vocês!!!

### A Minha Família

Pessoas queridas no qual eu sempre pude contar, tanto pra relatar um caso clínico onde ninguém fazia a menor noção do que eu estava falando ou até mesmo para me dar força quando eu pensava em desistir. A vocês que se fizeram presentes em todos esses momentos e aos que não puderam acompanhar o meu crescimento aqui do meu lado, pois Deus os chamou para com ele ir morar, mas

que em pensamentos ou orações se fizeram presentes e não me desampararam. Minha eterna gratidão a minha família Canova e Paludetto.

Ao *Meu Marido Luiz Fabiano*

Primeiramente por ter me escolhido para ser sua mulher e caminhar ao seu lado. Pela dedicação comigo e também pela paciência que teve comigo principalmente nessa fase da nossa vida, sei o quanto foi difícil convivermos separados, cada um com seu novo desafio sem ter a pessoa que mais precisava ao seu lado, mas superamos mais essa etapa e logo estaremos juntos novamente. Agora só tenho que agradecer poder ter sonhado meu sonho...Sei que temos um novo desafio pra enfrentar e sabemos que somos fortes o suficiente para enfrentar qualquer batalha. Amo você!

Ao *Meu Orientador Professor Robson*

Pela alegria que é poder trabalhar ao seu lado. Obrigado pela oportunidade de poder realizar este trabalho com a sua orientação e também pela confiança depositada em mim nessa missão. Pelas simples conversas que se tornavam grandes conhecimentos. Pelo prazer de ser mestre, por que ser mestre não é só orientar é pegar na mão quando tudo parece que não vai sair do papel e foi isso que você fez, me fez alçar voos mais altos e eu só tenho a agradecer...Ao Meu Mestre com carinho, minha estimada gratidão.

Aos *Professores da disciplina de odontopediatria*

**Dr. Alberto Carlos Botazzo Delbem, Dr. Célio Percinoto, Dr. Robson Frederico Cunha, Dra. Rosangela Santos Nery, Dra. Sandra Maria Herondina Ávila de Aguiar, Dr. Juliano Pelim Pessan e a Dra. Cristiane Duque** vocês terão sempre o meu respeito e admiração. Agradeço a todos pelas orientações que

foram constante, pela dedicação a odontopediatria e pela humildade em compartilharem suas experiências de vida.

Aos *meus Amigos de Mestrado*

**Mariana, Thayse, Kevin e Márjully**, principalmente pela amizade sincera que nós desenvolvemos no decorrer destes dois anos de convivência, por saber que pessoas tão diferentes podem se tornar tão iguais. Com vocês descobrir o que é trabalho em equipe, pois foi nisso que nos tornamos, uma bela equipe. Foi muito importante saber que poderíamos contar uns com os outros, as vezes não era a nossa pesquisa, o nosso projeto, sempre havia um tempinho pra ajudar ou até mesmo para dar uma palavra de apoio. Que essa amizade perdure por toda a nossa existência e que não se perca no tempo. Levarei cada um de vocês no meu coração, pois amigo é coisa pra se guardar do lado esquerdo do peito!!!

Aos *amigos de departamento*

**Carla Favretto, Jackeline Amaral, Maria Daniela, José Antônio, Michele, Natália Colombo, Danielle Camara, Marcelle Danellon, Daniela Oliveira, Carol Lodi, Douglas Monteiro, Carla, Lili, Pity, Renan Fernandes, Gabriela, Karina Caiafa, Kelly Aida, Lais, Giovana Dalpasquale, Guilherme, Mayra, Valéria Abreu, Larissa Rodrigues, Paula Kreling, Tatiana Uemura, Juliana Machado** jamais imaginei que seria tão bem recepcionada como fui nessa instituição por meus amigos, agradeço a todos pela amizade, cuidado e aos ensinamento oferecidos. Vocês se tornaram a minha família nesta jornada e serão sempre pessoas especiais que lembrarei com muito carinho e gratidão. A caminhada ao lado de vocês foi mais leve, os dias foram menos cansativos e cada instante que passamos juntos vou levar pra sempre em minha memória, em meio as minhas recordações.

Aos *funcionários desta instituição*

Aos funcionários do departamento: **Mário, Ricardo e Luizinho**, pela amizade e convívio neste período do meu Mestrado;

Aos funcionários da seção de pós-graduação **Cristiane, Lilian e Valéria**, por toda atenção e ajuda a mim concedida;

Aos funcionários da seção de triagem, em especial a **Léia**, por participar de forma direta na minha pesquisa e artigo, separando e me disponibilizando os prontuários de acordo com que eu necessitava para cada levantamento, deixando de lado os seus afazeres priorizando me ajudar. Meu muito obrigado, você foi essencial para minha caminhada.

Aos *Meus pacientes e responsáveis*

Obrigado pela presença e por atenderem ao meu convite e ao convite desta instituição, obrigado pela paciência e respeito ao nosso aprendizado, pela colaboração diretamente a minha pesquisa, dando prioridade ao atendimento que a qualquer outro compromisso que pudessem vir a ter. Posso não ter sido tão importante para vocês como foram pra mim, mas foi maravilhoso saber que fiz parte de um programa onde as pessoas tem orgulho de dizer que foram pacientes desde muito jovens. Vocês me deram um exemplo do que é o amor ao próximo, obrigado por tornarem meu sonho realidade, pois sem vocês não teria nem saído do lugar.

A *Professora Maria Lúcia*

Obrigado por sempre me atender com um sorriso no rosto e compreender meu trabalho como fosse realizado por ti. Pelas horas dedicadas ao meu trabalho e também ao meu artigo, pelas tardes de aprendizado que eram de grande valia para meu crescimento. Minha eterna gratidão.

A *todos*

Que nesses dois anos, me ensinaram muitas coisas. Confesso que nem tudo eu aprendi, mas o pouco que aprendi está aqui pleno, dos pés à cabeça, por isso, quero agradecer profundamente a cada momento e a cada aprendizado!

### *Agradecimentos Institucionais*

À *Universidade Estadual "Júlio de Mesquita Filho" - UNESP/ Araçatuba*,  
pela oportunidade da realização deste curso de pós-graduação.

À *Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)*,  
pelo apoio financeiro nesses dois anos de aprendizado.

**ΕΠΙΓΡΑΦΕ**

*Porque!!! um dia é preciso parar de  
sonhar, tirar os planos das gavetas  
e, de algum modo, começar...*

*(Amyr Klink)*

**RESUMO**

AMARAL, J. C. P. Saúde bucal de adolescentes que receberam assistência odontológica na primeira década de vida. 84f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2015.

### **Resumo**

O presente estudo realizou uma avaliação clínica cujo propósito foi verificar as condições de saúde bucal de adolescentes que participaram de um programa odontológico de natureza educativa e preventiva. Este programa é dividido em duas fases: sendo que a primeira, compreende o atendimento da criança desde o primeiro ano de vida até completar 4 anos de idade e a segunda fase na Clínica de Prevenção os cuidados odontológicos são mantidos até os 9 anos de idade. Participaram da amostra 201 adolescentes, sendo 56% do gênero feminino e 44% do gênero masculino, que se submeteram a um exame odontológico para avaliar as condições de saúde bucal. O exame odontológico consistiu em uma avaliação da prevalência de cárie dentária pelo índice de CPOD e exame radiográfico interproximal, da saúde gengival pelo índice periodontal comunitário, verificação da oclusão dentária pelo índice de estética dentária e a ocorrência de fluorose dentária (índice da OMS). O índice médio de CPOD dos participantes desta pesquisa foi 1,18. Em relação a condição gengival 86% da amostra apresentou índice de tecido gengival hígido. Na avaliação ortodôntica, 198 pacientes (98,5%) apresentaram overjet maxilar, 1 paciente (0,5%) apresentou overjet mandibular e 2 pacientes (1%) apresentaram mordida aberta anterior. Observou-se também que 92% dos adolescentes não apresentaram fluorose dentária. Pode-se concluir que os pacientes participantes desta pesquisa exibiram índices que refletem, em sua maioria, ótimo estado de saúde bucal.

Palavras-chave: Cárie dentária. Prevenção & Controle. Radiografia interproximal.

# **A**BSTRACT

AMARAL, J. C. P. Oral health of adolescents who received dental care in first decade of life. 84f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2015.

### **Abstract**

This study conducted a clinical evaluation whose purpose was to investigate the oral health status of adolescents who participated in an educational and preventive dental program. This program is divided into two phases, the first of which comprises the child's care from the first year of life until they are 4 years old and in the second phase, dental care are kept in the Preventive Clinic up to 9 years old. The sample included 201 teenagers, 56% female and 44% male, who underwent a dental exam to assess oral health status. The dental exam consisted of an assessment of dental caries prevalence and radiographic bitewing examination interproximal, gingival health by community periodontal index; dental occlusion by dental aesthetics index and dental fluorosis occurrence (WHO index). The participants DMFT index was 1.18. Regarding gingival condition, 86% of the sample presented healthy gum tissue. In orthodontic evaluation, 198 patients (98,50%) presented maxillary overjet, one patient (0.5%) had mandibular overjet and 2 patients (1.0%) had anterior open bite. It was also observed that 92% of adolescents did not have dental fluorosis. It can be concluded that patients participating in this study exhibited indexes that reflect, a great state of oral health.

Key words: Dental Caries. Prevention & Control. Radiography Bitewing.

**LISTA**

## ***Lista de Gráficos***

Gráfico 1 - Distribuição da condição gengival de acordo com o número absoluto dos pacientes avaliados dente por dente	55
---	----

## ***Lista de Tabelas***

Tabela 1 -	Índice de CPOD de acordo com os números de dentes hígidos, cariados, obturados e perdidos	54
Tabela 2 -	Frequência e porcentagem de pacientes de acordo com o índice de CPOD	54
Tabela 3 -	Frequência e porcentagem de pacientes que apresentaram apinhamento e espaçamento no segmento incisal	56
Tabela 4 -	Frequência de pacientes que apresentaram diastema	56
Tabela 5 -	Frequência de pacientes que apresentaram desalinhamento maxilar e mandibular anterior	57
Tabela 6 -	Frequência e porcentagem de pacientes em relação ao overjet maxilar, overjet mandibular e mordida aberta anterior	57
Tabela 7 -	Frequência e porcentagem de pacientes que apresentaram ou não fluorose	58

## ***Lista de Quadros***

Quadro 1 - Protocolo empregado para revelação e fixação das radiografias 50

## ***Lista de Abreviaturas***

OMS	Organização Mundial da Saúde
UNESP	Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”
SP	São Paulo
EUA	Estados Unidos da América
UNOESTE	Universidade do Oeste Paulista
SBPqO	Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica
CROSP	Conselho Regional de Odontologia de São Paulo
UNISANTA	Universidade Santa Cecília
UNIGRANRIO	Universidade do Grande Rio
DAI	Dental Aesthetic Index
IPC	Índice Periodontal Comunitário
FOA	Faculdade de Odontologia de Araçatuba
n	Número da amostra
CPOS	Dente permanente cariado, perdido e obturado de acordo com a superfície
Ceod	Dentes decíduo cariado, com extração indicada e obturado
G1	Grupo 1
G2	Grupo 2
CPOD	Dente permanente cariado, perdido e obturado
Ceos	Dente decíduo cariado, com extração indicada e obturado de acordo com a superfície
mm	Milímetros
µg	Micrograma
SIgA	Imunoglobulina A secretória
CPI	Índice Periodontal Comunitário

# **S**UMÁRIO

**Sumário**

<b>1 Introdução</b>	<b>28</b>
<b>2 Síntese da Literatura</b>	<b>32</b>
<b>3 Proposição</b>	<b>41</b>
<b>4 Material e Método</b>	<b>43</b>
<b>4.1 Descrição dos procedimentos educativos e preventivos realizados nas duas fases do programa</b>	<b>43</b>
<b>4.2 Aprovação do comitê de ética</b>	<b>44</b>
<b>4.3 Obtenção da amostra</b>	<b>45</b>
<b>4.4 Metodologia para as análises</b>	<b>46</b>
<b>4.4.1 Índice de cárie dentária</b>	<b>46</b>
<b>4.4.2 Condição gengival</b>	<b>50</b>
<b>4.4.3 Oclusão dentária</b>	<b>50</b>
<b>4.4.4 Fluorose dentária</b>	<b>51</b>
<b>4.5 Análise Estatística</b>	<b>52</b>
<b>5 Resultados</b>	<b>54</b>
<b>6 Discussão</b>	<b>60</b>
<b>7 Conclusão</b>	<b>677</b>
<b>8 Referências</b>	<b>69</b>
<b>9 Anexos</b>	<b>75</b>

# **I**NTRODUÇÃO

## **1 Introdução**

Na maior parte do século XX, o tratamento realizado na odontologia era curativo-orientado e não preventivo-orientado. Os profissionais não tinham a preocupação de realizar e implantar programas preventivos para pacientes da primeira infância, considerando o período de permanência da dentição decídua na cavidade bucal e a pouca idade do paciente, acreditando que não havia razão para o atendimento desses pacientes desde que não apresentassem alguma doença (PINKHAM, 1996).

Além disso, o profissional que realizava os procedimentos curativos, encontrava dificuldades para desempenhar a sua função em crianças devido ao seu comportamento inadequado, sua imaturidade e dificuldade compreensão e de comunicação com o dentista (CUNHA et al. 2003).

Os cuidados odontológicos voltados para a primeira infância já são relatados desde o início do século passado, embora a prática clínica só tenha ocorrido recentemente no Brasil e em outras partes do mundo (WALTER et al, 2014). Países como Japão (1982), EUA (1984), Suécia (1985), Inglaterra (1977) e alguns países da América Latina já haviam desenvolvido iniciativas de programas preventivos.

Na Suécia, o programa era realizado pelo Serviço Público de Saúde Dentária e como procedimento padrão, as orientações eram repassadas aos pais quando a criança atingia 6 meses e depois aos 18 meses de vida. O programa sugeria que todas as crianças estariam livres de cárie quando atingissem 3 anos de idade, mesmo esta meta não sendo alcançada plenamente, notou-se um progresso na saúde bucal das crianças e redução na prevalência de cárie dentária em cerca de 79% dessas crianças. No Japão foi introduzido um guia de saúde bucal no serviço dos pediatras, essas orientações eram transmitidas às mães no quarto mês de vida da criança e seus resultados avaliados após 12 meses, concluindo que esses reforços deveriam ser realizados em um intervalo de 2 a 3 meses. Por fim na Inglaterra, o programa foi introduzido pelo Departamento de Serviço Social das creches, orientações eram repassadas aos pais e um controle mensal e bianual era realizado nas crianças por meio de profilaxia, visando reduzir a necessidade de tratamento curativo (WALTER et al. 2014).

No Brasil, o atendimento odontológico em crianças costumava ser recomendado para iniciar-se por volta dos 3 anos de idade, contudo nos anos 80, com o surgimento das clínicas de atendimento para bebês, observou-se alteração nesta recomendação, sendo que, atualmente indica-se levar a criança até o sexto mês de vida para sua primeira consulta ao dentista. É importante ressaltar que como filosofia educativa e preventiva institucionalizada, o atendimento odontológico para bebês foi pioneiro no Brasil, quando Walter (1985), observando uma demanda de pacientes na primeira infância, inaugurou o Programa da Bebê Clínica, desenvolvendo assim toda uma filosofia para o manejo odontológico do bebê.

O serviço é focado em educação dos pais e medidas preventivas para as crianças, que são planejadas de acordo com uma avaliação periódica do risco de cárie. A educação dos pais é baseada em uma abordagem educativa coletiva e acompanhamento individual, a fim de avaliar e orientar os pais sobre a sua as necessidades das crianças (PINTO et al, 2010).

Segundo TWETMAN et al. em 2000, a avaliação dos fatores de risco para a doença durante o primeiro ano de vida aumenta a eficácia de procedimentos preventivos. A identificação de crianças com um potencial para o desenvolvimento à doença permite aos serviços de saúde bucal atingir aqueles que mais necessitam de tais serviços, proporcionando maior eficiência dos procedimentos (STAMM et al. 1988).

Verifica-se que o modelo de atendimento nestes pacientes pode apresentar variações no que concerne à faixa etária de acordo com cada programa, outros serviços públicos e até mesmo com cada instituição de ensino. O período de ingresso do bebê ao programa encontra-se bem definido nos principais centros que desenvolvem esta atividade, tais como a Faculdade de Odontologia de Araçatuba da Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia da Universidade Santa Cecília (UNISANTA) e UNIGRANRIO. A Academia Americana de Pediatria, recomenda que a primeira visita da criança ao dentista, deve ocorrer no período de erupção do primeiro dente decíduo para a prevenção de futuros problemas dentários, especialmente na cárie precoce de infância (FRACASSO et al. 2005).

Normalmente os pacientes são atendidos no formato de consultas periódicas a partir do sexto mês de vida até completarem 6 anos de vida e são encaminhados

para outros serviços, a critério da decisão dos pais, para continuarem estes acompanhamentos. Em alguns casos, não se dá continuidade ao trabalho iniciado pela bebê clínica. Na Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP os bebês recebem o atendimento odontológico até completarem 5 anos de idade, quando então são encaminhados para a Clínica de Prevenção onde permanecem até completarem 9 anos de idade.

Embora a implantação dos programas odontológicos de assistência a bebês não seja uma ideia nova, há escassez de trabalhos que avaliem à longo prazo os efeitos sobre a manutenção da saúde bucal.

Considerando os aspectos citados e fundamentados na importância de encontrar resultados que colaborem para o norteamento de ações ainda mais efetivas e que possam ser oferecidas aos pacientes que participam de atendimento odontológico desde o primeiro ano de vida, a proposta desse trabalho é avaliar a influência da assistência odontológica em bebês e clínica de prevenção na saúde bucal de seus participantes.

# **SÍNTESE DA LITERATURA**

## **2 Síntese da Literatura**

A cárie dentária é uma doença de natureza infecciosa, crônica e multifatorial que depende da interação de diversos fatores como susceptibilidade individual, dieta e higiene bucal (FEJERSKOV, 2005). Com alta prevalência em todo o mundo, sendo considerada pela OMS como um grave problema de Saúde Pública que afeta pessoas de todas as idades. O conhecimento da etiologia e fisiopatologia permite compreender a importância do seu diagnóstico precoce (MELO, 2008), para isso os atendimentos odontológicos em intervalos com base no risco pode levar à melhoria da saúde bucal por meio da prevenção e atenuar nova doença dental existente (MARTONFFY, 2015).

AXELSON et al. em 1991, selecionaram 375 pacientes para avaliar a eficácia de um programa de prevenção, com bases em controle de placa e aplicações de flúor, incidência de cárie e doença periodontal. Durante os 6 primeiros anos os pacientes eram avaliados a cada 2 ou 3 meses e nos próximos 9 anos, 95% da amostra compareceram de 1 a 2 vezes ao ano. Após os 15 anos de acompanhamento, avaliaram 317 pacientes observando que houve uma queda na incidência de cárie, e que esses pacientes não apresentaram perda periodontal. Sugerindo que a higiene bucal, uso de dentifrício fluoretado e a regularidade da profilaxia profissional efetivamente preveniu a recorrência da doença bucal.

FIGUEIREDO et al. em 1998, com objetivo de reavaliar um programa oferecido num aspecto educativo, preventivo e curativo, avaliaram os dados de 224 pacientes em relação à distribuição das crianças por faixa etária, motivo da consulta, avaliação inicial e final da atividade cariiosa, índice de abandono ao tratamento, avaliação da alteração da atividade cariiosa e a relação entre a faixa etária e o motivo da consulta, estabelecendo assim, o perfil da criança atendida. Observou-se que a faixa etária mais atendida foi de 2 e 3 anos de idade e o principal motivo para a consulta foi a cárie dentária. No início do tratamento, 61,5% das crianças apresentaram atividade de cárie e este índice foi de 32,9% no período de avaliação. Concluindo que a cárie é passível de controle desde que haja um tratamento voltado para os fatores causadores e moduladores da doença.

GUNAY et al. em 1998, realizaram um estudo prospectivo que teve como objetivo determinar os efeitos de um programa de prevenção primária sobre a saúde bucal das crianças. O trabalho foi realizado em três fases, na primeira fase

avaliou-se 86 mulheres grávidas de várias origens sociais, na segunda fase avaliou a mãe e a criança aos 3 anos de idade (n=54) e na terceira e última fase 47 mães com seus filhos aos 4 anos de idade. Os participantes foram atendidos a cada 6 meses, receberam cuidados profiláticos e foram avaliados a cada período: CPOS ou ceos, índice de placa e nível salivar. Observou-se que todas as crianças na segunda fase revelaram uma dentição saudável e na terceira fase apenas quatro crianças apresentaram cárie, com o CPOS de 1,2. Já o grupo controle revelou um CPOS médio de 7,0 aos 4 anos de idade. Concluindo que o programa de prevenção pré e pós-natal pode melhorar significativamente a saúde bucal de mães e filhos.

FRENCKEN et al. em 2001, avaliaram a eficácia de um programa de educação durante um período de 3,5 anos no distrito de Zimbábue, o estudo foi realizado em escolas que enviaram representantes para um workshop de saúde bucal. Foram divididos em dois grupos um experimental e um controle, selecionados através dos participantes ou não do workshop, respectivamente. Analisaram 439 meninos e 526 meninas em 1992, essa avaliação foi realizada por professores participantes do workshop. Os acompanhamentos nos anos de 1993, 1994 e 1996, sendo as variáveis dependentes o acúmulo de placa bacteriana e o aumento de cárie dentária nos grau 2 e grau 4, selecionados através da idade. Observou-se que nas avaliações de placa dentária não houve variações em médias no grupo experimental e grupo controle e a média do aumento da cárie foi de 0,04 e 0,19, respectivamente. Concluindo que a formação dos professores em um único workshop foi incapaz de diminuir os níveis de placa dentária no período do estudo e considerando que houve uma redução na baixa incidência de cárie o efeito do programa foi inconclusivo.

FRACASSO et al. em 2005, compararam um programa de atendimento preventivo a bebês e crianças atendidas por demanda espontânea no serviço público, ambos na faixa etária de 1 a 5 anos. Avaliaram 100 crianças divididas em dois grupos, G1 – crianças do programa de prevenção e G2 – crianças do tratamento convencional. Os dados foram coletados por meio de entrevista com os pais e um exame clínico foi realizado para avaliação do ceod. Observou-se diferença significativa em relação ao índice de ceod (G1 – 0,2 e G2 – 3,0) e o componente livre de cárie (G1 – 88% e G2 – 57%). Concluíram que o programa de

atendimento a bebês é mais efetivo que o atendimento de demanda espontânea, cumprindo o objetivo de manutenção da saúde bucal na população infantil.

ANTONIO et al. em 2006, avaliaram o grau de placa, gengivite e cárie em crianças que participaram ou não participaram de forma regular de um programa preventivo, estabelecendo, assim, uma visão geral da condição de saúde bucal das populações. A amostra foi composta por 325 crianças com idade entre 8 e 12 anos, de duas escolas públicas. Essas crianças foram divididas em dois grupos, o grupo principal (G1) com 203 crianças da escola, que tem o programa preventivo, enquanto o grupo controle (G2) com 122 crianças da escola sem o programa. Ambos os grupos foram examinados clinicamente por um único examinador que avaliou o estado gengival e placa, bem como a prevalência de cárie, a fim de avaliar seu estado de saúde bucal. O escore médio de placa e escore médio de sangramento gengival de G2 foram superiores ao G1. Em relação ao percentual de crianças livres de cárie, para o G1 foi de 31%, com uma média do CPOD de 2,07 e 21,3% com um CPOD de 3,03 no G2. Concluíram que as crianças matriculadas na escola pública que apresentava o programa preventivo demonstrou um impacto satisfatório sobre a condição de saúde bucal, quando comparado com as crianças da escola pública que não apresentava o programa preventivo.

AXELSON em 2006, selecionaram para o estudo pacientes de 0 – 19 anos de idade na Suécia no ano de 1979, a maior parte do projeto foi realizado por higienistas ou auxiliares de consultório dentário. No período de 20 anos do programa os pacientes com 3 anos de idade aumentou de 51% para 97%. No ano de 1999, até 86% dos pacientes aos 12 anos de idade foram livres de cárie e a incidência de cárie foi reduzida em mais de 90% em todas as faixas etárias, pode concluir-se que, quase 100% dos nossos objetivos foram alcançados.

AL JUNDI et al. em 2006, em um estudo longitudinal de quatro anos para testar a eficácia de um programa preventivo realizado em escolas. Avaliaram dois grupos, um de estudo (n=436) e um controle (n=420). O grupo de estudo recebeu um programa preventivo, com instruções de higiene bucal e escovação diária supervisionada usando pasta de dente com flúor nas escolas. Já o grupo controle recebeu somente instruções de higiene bucal nas sessões. Os dois grupos foram avaliados anualmente (CPOD) ao longo de um período de 4 anos. Ao final do estudo, notou-se que o índice de cárie em crianças no grupo de estudo, foi melhor que a do grupo de controle e as estimativas de valores de risco relativo também

mostraram que as crianças no grupo de controle são apresentaram 3,1 e 6,4 vezes maior risco de ter cárie que aqueles no grupo de estudo para o grupo etário de 12 e 6, respectivamente. Este estudo prova que escovação diária supervisionada usando dentífrico fluoretado é bem sucedido no controle da cárie dentária em crianças.

MOURA et al. em 2006, avaliaram a prevalência de cárie em crianças participantes de um programa materno-infantil com consultas realizadas a cada três meses. Participaram do estudo 343 crianças na faixa etária de 3 a 6 anos, de ambos os gêneros. Aplicou-se um questionário as mães e examinou-se as crianças aplicando um índice epidemiológico ceod com acréscimo de lesões de manchas brancas ativas. Os resultados mostraram que a média do índice ceod e percentuais de crianças livres de cárie para a idade de 3 anos foi de 1,86 (58,82%); aos 4 anos de 1,94 (57,60%); aos 5 anos de 1,98 (56,86%) e aos 6 anos foi 2,42 (42,55%). Ao acrescentar o índice ceod de manchas brancas ativas observou-se um aumento de 7,2% para crianças com atividade e/ou experiência de cárie anterior e de 1,72% para aquelas com ceod igual a zero. As crianças que participaram seis vezes ou mais apresentaram menor prevalência de cárie. Puderam concluir que o programa provocou impacto positivo no controle da doença cárie, uma vez que o número de consultas frequentadas influenciaram nos valores do índice ceod de maneira estatisticamente significativa.

ANDRUSKEVICIENE et al. em 2008, para avaliar a eficácia de um programa de prevenção, examinaram 1656 crianças na faixa etária de 3 a 7 anos de idade. Após três anos foram selecionadas 411 crianças para participar do programa. A amostra foi dividida em grupos, o grupo A (n=156) recebeu escovação supervisionada, o grupo B (n=118) aplicações de flúor gel e o grupo controle não recebeu nenhum procedimento utilizado para os outros grupos. A cárie dentária foi avaliada com os critérios da Organização Mundial de Saúde e o programa baseado em orientações de higiene bucal, escovação diária supervisionada e aplicações de flúor gel. Observou-se que a prevalência de cárie variou entre 39,7% e 90,8% e o CPOD entre  $1,3 \pm 0,16$  e  $5,0 \pm 0,24$ . A higiene bucal foi satisfatória em 43,2% das crianças e houve uma diferença significativa entre os grupos teste e controle nos 3 anos do programa, sendo que no teste do grupo A foi de 45,4% e no grupo B de 60,1%. Podendo concluir que, a prevalência e a severidade de cárie aumentou com

a idade sendo inferior quando comparada com o grupo controle, as aplicações de flúor e a escovação mostraram resultados mais eficazes na prevenção de cáries.

FIGUEIREDO et al. em 2008, com intuito de avaliar a eficácia do programa preventivo em um estudo longitudinal, para isso realizou-se uma análise inicial para definir o perfil de cada uma das 303 crianças incluídas antes de elas serem inseridas no programa Bebê Clínica e comparando as condições bucais dos mesmos em 2004 e no final de 2005. Observou-se que em 2004, 72,87% procuraram a Bebê Clínica para prevenção, comparadas com 14,83%, as quais já possuíam lesões de cárie. No exame inicial (2004), 57% das crianças possuíam bom controle de placa, enquanto que 33% apresentavam controle de placa péssimo, com presença de placa e sangramento. Após 12 meses (2005), foi observado um aumento no grupo de crianças com bom controle de placa (77,28% com bom controle de placa e 22,72% com controle de placa péssimo).

Concluindo que, com a experiência positiva do Programa Bebê Clínica, a promoção de saúde bucal para bebês foi de fato alcançada, através de tratamentos suporte, educação dos pais e procedimentos educativo-preventivos aliados ao tratamento curativo de lesões, quando necessário.

LIMA, em 2009, realizou o presente trabalho para verificar a incidência de cárie dentária em um programa preventivo por 25 anos realizado em clínica particular. Avaliou-se 640 crianças na faixa etária de 3 a 15 anos, sendo que a média da faixa etária para ingressar no programa foi de 7,8 anos. Os pacientes receberam mensalmente profilaxia profissional com jato de bicarbonato como controle mecânico de placa e a presença de cárie foi analisada por meio de exame clínico e radiográfico anualmente. Observou-se que antes de ingressar no programa, em média, 5,3 faces apresentavam-se cariadas e a média foi de 1,8 após o programa. A incidência de cárie por ano foi de 0,9 antes do programa e de 0,03 durante o programa. Esses pacientes permaneceram no programa, em média, 52,6 meses, sendo a média de falta de 0,5 por ano. Por ser considerado um método eficaz e apresentar melhor relação custo-benefício, o controle mecânico da placa bacteriana dentária realizado em consultório, apresentou-se um meio recomendado para resolver o problema cárie dentária.

MEYER et al. em 2010, analisaram os efeitos de um programa de prevenção bucal a longo prazo iniciado durante a gestação prolongando-se até a idade de 13 a 14 anos. O estudo foi subdividido em quatro fases. Fase I, consistia

em um cuidado preventivo individual durante a gravidez; fase II, avaliou mães e suas crianças até a idade de 3 anos; na fase III, mães e crianças com idade de 6 anos foram investigadas. Na fase IV do estudo, avaliou a saúde bucal de adolescentes de 13 e 14 anos de idade, foi examinado (n=29). Todas as fases consistia em exame, educação sobre cuidados de saúde bucal e o tratamento com base no conceito de um programa sobre cuidados de saúde bucal. O grupo controle foi composto por adolescentes selecionados aleatoriamente com mesma faixa etária (n = 30). Os adolescentes do programa de prevenção do grupo de fase IV do estudo prospectivo revelou que 89,7% apresentaram uma dentição livre de cárie (65,5 % sadios; 24,2% livres de cárie mas com restaurações). O CPOD médio foi de 0,55 – 1,0. O grupo controle mostrou um CPOD médio maior, de 1,5 – 1,5 (p<0,05) e revelou que 56,7% apresentou dentição livre de cárie (30% sadios; 26,7% livre de cárie, mas com restaurações). No entanto, concluíram que a atenção odontológica precoce iniciada na gestação pode ser responsável pela melhora e manutenção da saúde bucal dos adolescentes.

LEMOS et al. em 2011, avaliaram o impacto na saúde bucal de crianças atendidas em um programa de atenção precoce da prefeitura de Jacareí (SP), onde comparou-se a experiência de cárie entre as crianças participantes e não participantes do programa. Participaram do estudo 300 crianças de 0 a 48 meses, divididas em 2 grupos: G1-não participantes (n=100) e G2-participantes do programa (n=200), foram subdivididos de acordo com a idade, 0-24 meses e 25-48 meses e realizaram uma avaliação clínica para detectar a presença de lesões de cárie. Observou diferença estatística em relação a prevalência e índice médio de cedo, sendo os maiores valores observados para o G1. Concluindo que a participação no programa interferiu positivamente na saúde bucal dos bebês.

WIGEN et al. em 2011, com o objetivo de explorar as associações entre o estatuto familiar, renda familiar, tamanho da família, idade da mãe no nascimento da criança e experiência de cárie em crianças de 5 anos de idade. Avaliaram 1348 crianças desde a gestação até os 5 anos de idade. Aplicou-se questionário as gestantes durante a gravidez, aos 3 anos e 5 anos de idade. Aos 5 anos de idade foi realizado um exame clínico e radiográfico. Observou-se que 89% das crianças na idade de 5 anos não apresentou qualquer experiência de cárie. Conclui-se que as características de família durante a gravidez e primeiros anos de vida foram associados com a não experiência de cárie em crianças de 5 anos de idade.

NOWAK et al. em 2011, com o objetivo de revisar o início da história da promoção de saúde bucal para crianças e bebês e o impacto desta sobre a orientação da Academia Americana de Pediatria, verificou que foram realizados progressos na saúde bucal das crianças e apresentou-se uma perspectiva histórica sobre os cuidados de saúde bucal de lactentes e crianças. Ainda existe uma necessidade de abraçar os conceitos de atenção primária no período inicial perinatal de forma mais ampla os determinantes sociais da saúde.

LEMOS et al. em 2012, analisou e comparou a experiência de cárie dentária em 300 crianças com idade entre 0 a 48 meses, participantes e não participantes de um programa preventivo "Odontologia para bebês" bem como a correlação entre a assiduidade de visitas ao dentista e experiência de dental cárie. Foram selecionados aleatoriamente e divididos em dois grupos: G1 não crianças participantes do Programa (n = 100) e G2 Participante Crianças do Programa (n = 200). Cada grupo foi subdividido em dois subgrupos: 0-24 meses e 25-48 meses. Verificou-se que a prevalência e índice CPOD foram estatisticamente significativas com os maiores valores observados em G1 e a assiduidade foi significativa em G2. Dessa forma, concluíram que a participação no programa teve uma influência positiva sobre a saúde bucal dos bebês e a assiduidade resultou nas taxas mais baixas de prevalência de cárie dentária.

ABANTO et al. em 2014, avaliaram 296 crianças de um programa para verificar a eficácia de um programa sobre incidência e regressão de lesões de cárie em estágio inicial. Essas crianças selecionadas apresentavam entre 1 e 12 anos de idade. Foram examinados por um profissional calibrado para índice de sangramento gengival, índice de placa dental, CPOD de cárie inicial e atividade de lesão de cárie, classificando-as como baixo, moderado e elevado risco de cárie. Observou-se que o risco de novas lesões de cárie reduziram em 77% e que a maioria (94,8%) dos pacientes não apresentaram novas lesões, mostrando que o programa é eficaz na redução da incidência e regressão das lesões de cárie inicial.

AIDA, em 2014, avaliou 72 indivíduos (18 a 25 anos, 41,7% gênero masculino) que participaram do programa preventivo da Bebê-Clínica/Uel durante seus cinco primeiros anos de vida, e 36 indivíduos (18 a 25 anos, 41,7% gênero masculino) que não participaram de programas preventivos (grupo controle). Aplicou-se um questionário e realizou um exame clínico avaliando a placa visível e o índices CPOD (número de dentes cariados, perdidos e obturados) e CPOS

(número de superfícies cariadas, perdidas e obturadas), além de coleta de saliva para quantificar SIgA salivar e anticorpos SIgA anti-*S. mutans* por ensaio imunoenzimático. As médias dos índices CPOD e CPOS encontrados foram de  $2,72 \pm 2,8$  e  $3,07 \pm 3,3$  para o grupo de estudo ( $n=72$ ), e  $3,06 \pm 2,9$  e  $3,92 \pm 4,6$  para o grupo controle ( $n=36$ ), sem diferença estatisticamente significativa. No grupo de estudo, o gênero masculino apresentou prevalência de cárie significativamente menor que o gênero feminino. Concluindo que a atenção odontológica precoce não influenciou significativamente a prevalência de cárie em adultos jovens.

**P**ROPOSIÇÃO

### **3 Proposição**

O propósito deste trabalho de pesquisa foi:

- avaliar a saúde bucal de adolescentes que participaram do programa de assistência odontológica para bebês e clínica de prevenção da FOA/UNESP, durante a primeira década de vida.

# **MATERIAL E MÉTODO**

## **4 Material e Método**

O presente trabalho é o resultado da aplicação longitudinal de um programa educativo/preventivo em saúde bucal e foi idealizado para avaliar os efeitos da participação de pacientes que o frequentaram desde o primeiro ano de vida. O atendimento divide-se em duas fases, a saber: a primeira engloba pacientes que ingressam no primeiro ano de vida até completarem quatro anos de idade (Bebê-Clínica). A segunda fase representa a continuidade, em que as crianças permanecem neste programa até completarem 9 anos de idade (Clínica de Prevenção).

### **4.1 Descrição dos procedimentos educativos e preventivos realizados nas duas fases do programa.**

Para ingressar na primeira fase do programa, que compreende o atendimento entre o 0 e 4 anos de idade, os pais obrigatoriamente, participam de uma palestra, como a primeira ação educativa/preventiva, que fornece informações sobre saúde, higiene bucal e dieta para o bebê, bem como é apresentado o funcionamento da Bebê-Clínica. Esta palestra apresenta sessenta minutos de duração e ao final os pais fazem questionamentos a respeito de suas dúvidas, tanto em relação ao atendimento propriamente dito, em decorrência de ser um fato novo para eles o atendimento odontológico para bebês, como das ações clínicas preventivas. Após a palestra, o bebê é agendado para a consulta clínica devendo o mesmo apresentar no máximo seis meses de idade. O primeiro atendimento clínico consiste no preenchimento da ficha clínica que registra os dados pessoais da criança e dos familiares, anamnese, dados clínicos intra-bucais, orientações sobre dieta, higiene bucal e saúde, bem com avaliação do risco de cárie dentária. O atendimento clínico propriamente dito representa a avaliação da cavidade bucal do bebê em que, na ausência de dentes faz-se e orienta-se aos pais somente uma suave massagem com gaze na cavidade bucal do bebê. Na presença de dentes, faz-se a higienização dentária, fio dental e aplicação de flúor. Nesse primeiro atendimento o responsável pelo bebê observa todo o protocolo de atendimento clínico para que possa repeti-lo em casa. A aplicação do flúor em casa é

recomendada uma vez ao dia, inclusive no momento da irrupção dos primeiros molares decíduos, quando é recomendada a utilização de escova e dentifrício sem flúor. A criança é atendida neste sistema até completar 3 anos de idade, quando então reúne condições comportamentais para iniciar o atendimento na cadeira odontológica e receber profilaxia profissional com escova Robinson e pasta profilática. A cada consulta odontológica é anexado no prontuário um novo registro contendo as informações referentes aos dentes presentes na boca (odontograma) e a condição de saúde dos mesmos, bem como uma avaliação sobre os aspectos relevantes de saúde geral e bucal apresentado pela criança. Este atendimento é realizado, em média, quatro vezes durante o ano, podendo ser alterado em razão das necessidades bucais do bebê, sendo que em todas as sessões os pais recebem orientações sobre dieta, higiene bucal e saúde. Esses pacientes permanecem na primeira fase do programa até completarem 4 anos de idade. Ao final desta primeira fase, os pais recebem o convite para continuarem no Programa e são encaminhados à Clínica de Prevenção.

Para ingressar na segunda fase do programa, que compreende a Clínica de Prevenção, os pais obrigatoriamente participam de nova palestra, a qual apresenta orientações, as principais ocorrências e necessidades odontológicas voltadas para as crianças de 4 a 9 anos de idade. Após, as crianças são agendadas para o atendimento clínico. Este atendimento clínico envolve a realização de uma profilaxia profissional com pasta profilática e escova Robinson, uso do fio dental e aplicação tópica de flúor gel. Da mesma forma que na primeira fase, a criança e os pais recebem orientações sobre dieta, higiene bucal e saúde em todas as sessões de atendimento. Os atendimentos são agendados com a mesma periodicidade da primeira fase (quatro vezes ao ano), sendo realizados em cadeira odontológica. Ao completarem 9 anos de idade, as crianças recebem alta da Clínica de Prevenção.

## **4.2 Aprovação do Comitê de Ética**

Previamente a realização deste estudo, o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa Local (Resolução nº 01 de 13/06/1998 do

Conselho Nacional de Saúde) desta instituição, sendo aprovado com o protocolo 22352713.7.0000.5420 (Anexo A).

### **4.3 Obtenção da amostra**

Participaram do presente estudo 201 adolescentes de ambos os gêneros, na faixa etária de 12 a 18 anos de idade, com bom estado de saúde geral, matriculados e atendidos na Bebê Clínica e participantes, posteriormente da Clínica de Prevenção. Para a obtenção deste número de participantes, foram avaliados 1509 prontuários de pacientes que ingressaram na assistência odontológica para bebês nos anos de 1996 a 2002. Destes foram selecionados 255 que atendiam aos critérios de inclusão do estudo. Destes prontuários foram retirados os seguintes dados: os contatos, tanto telefônicos como endereços de suas residências e por meio destes, (telefone ou cartas), estes pacientes foram convidados para participarem do estudo.

#### **Critérios de inclusão:**

- Pacientes que concluíram a participação na Bebê-Clínica e que frequentaram a Clínica de Prevenção,
- Aceitaram ao convite para realização de uma consulta para avaliação odontológica.

#### **Critérios de não inclusão:**

- Pacientes que não concluíram o atendimento na Bebê-Clínica
- Pacientes que concluíram o atendimento na Bebê-Clínica e não iniciaram o atendimento na Clínica de Prevenção
- Pacientes que não atenderam ao convite para participarem de uma consulta para avaliação odontológica.

Após a prévia seleção dos prontuários, os pacientes foram chamados para comparecer juntamente com o responsável legal, à Disciplina de Odontopediatria desta Universidade. Na consulta agendada era explanada a pesquisa, o

responsável legal recebia o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo B) e após autorização era realizado o exame clínico bucal e radiográfico interproximal. O exame englobava as seguintes avaliações: prevalência de cárie dentária, condição gengival, oclusão dentária e ocorrência de fluorose dentária, de acordo com o projeto SB 2000 do ministério da saúde (Ministério da Saúde, 2011).

#### **4.4 Metodologia para as análises:**

##### **4.4.1 Índice de cárie dentária**

A cárie dentária foi avaliada pelo índice CPOD e pela radiografia interproximal.

Para a obtenção dos dados foram utilizados micro motor, escova Robinson, pote dappen, pasta profilática, espelho bucal, Sonda CPI e iluminação artificial.

O exame clínico consistiu previamente de uma profilaxia, com auxílio de micro motor, escova Robinson e pasta profilática. Após este procedimento, os dentes foram lavados e secos. A análise clínica dos elementos dentais foi realizada com os mesmos limpos e secos, com auxílio de espelho bucal, Sonda CPI e iluminação artificial. Os dados obtidos através do exame clínico foram registrados de acordo com os critérios a seguir, descritos em ficha específica (ANEXO C).

- Cárie dentária: os códigos e critérios são os seguintes:

##### **0 - Coroa Hígida**

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

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

**Nota:** Todas as lesões questionáveis devem ser codificadas como dente hígido.

### **1 - Coroa Cariada**

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

**Nota:** Na *presença de cavidade* originada por cárie, mesmo sem doença *no momento do exame*, adota-se como regra de decisão considerar o dente *atacado por cárie*, registrando-se cariado. Entretanto, este *enfoque epidemiológico* não implica admitir que há necessidade de uma restauração.

### **2 - Coroa Restaurada, mas Cariada**

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

### **3 - Coroa Restaurada e Sem Cárie**

Há uma ou mais restaurações definitivas e inexistente cárie primária ou recorrente. Um dente com *coroa colocada devido à cárie* inclui-se nesta categoria. Se a coroa resulta de outras causas, como suporte de prótese, é codificada como 7.

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

### **4 - Dente Perdido Devido à Cárie**

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

**Nota:** Em algumas idades pode ser difícil distinguir entre dente não irrompido (código 8) e dente perdido (códigos 4 ou 5). Fazer relações (cronologia da erupção, experiência de cárie etc.) pode ajudar na tomada de decisão.

## **5 - Dente Perdido por Outra Razão**

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

## **6 - Selante**

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

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

## **7 - Apoio de Ponte ou Coroa**

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

**Implante:** Registrar este código (7) na casela da raiz.

## **8 - Coroa Não Erupcionada**

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

## **T - Trauma (Fratura)**

Parte da superfície coronária foi perdida em consequência de trauma e não há evidência de cárie.

## **9 - Dente Excluído**

Aplicado a qualquer dente permanente que não possa ser examinado (bandas ortodônticas, hipoplasias severas etc).

## **Radiografia Interproximal**

Para complementar o exame clínico, foram realizadas duas radiografias interproximais (bilaterais) para a pesquisa de cárie interproximal em cada paciente participante da pesquisa. Para padronizar as radiografias foi utilizado o aparelho Spectro II (Dabi Atlante), filme radiográfico periapical adulto (número 1) e posicionador Kodak INSIGHT - Eastman Kodak Company, New York, USA - com tempo de exposição de 0,4 segundos. Todos os pacientes foram protegidos com

um avental de chumbo durante a tomada radiográfica. A análise das radiografias foi realizada ao término da pesquisa.

As radiografias obtidas foram avaliadas pelos dois examinadores dessa pesquisa. As avaliações radiográficas foram realizadas de maneira independente, ou seja, cada examinador observou as radiografias sem a presença do outro.

Para a avaliação radiográfica quanto à presença ou não de cárie dentária foi considerado a ausência e presença de lesões cavitadas (imagens radiolúcidas) em esmalte e/ou dentina. Nesta análise foi empregado o critério estipulado por Tovo (1997), o qual avaliou a ausência ou presença de radiotransparência.

A calibração entre os avaliadores compreendeu a visualização de uma série de radiografias interproximais com e sem cárie proximal em que se dirimiam as dúvidas e, se necessário, a complementação se dava pela verificação do aspecto clínico do dente. Caso houvesse desacordo entre as respostas da avaliação entre os examinadores, a dúvida era sanada através de uma nova avaliação de ambos até chegarem a um consenso.

O processamento das radiografias tomadas foi realizado no laboratório de radiologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, na câmara escura e com auxílio de uma processadora automática de filmes radiográficos, onde os processos de revelação, fixação e secagem das mesmas foram realizados de forma padrão e seguindo o método temperatura-tempo. As radiografias foram anexadas juntamente com as fichas clínicas e armazenadas em prontuários individuais.

Quadro 1: Protocolo empregado para revelação e fixação das radiografias

<b>Revelação</b>	<b>Lavagem Intermediária</b>	<b>Fixação</b>	<b>Lavagem Final</b>
Revelador Kodak GBX	Imersão em água corrente	Fixador Kodak GBX	Lavar em água corrente
<b>Temperatura/tempo</b> 20°C / 5 min 21°C / 4:30 min 22°C / 4 min 24,5°C / 3min 26,5°C / 2:30 min	<b>Temperatura</b> 15,5 – 29,5°C  <b>Tempo</b> Agitação Constante	<b>Temperatura</b> 15,5 – 29,5°C  <b>Tempo</b> 2-4 minutos	<b>Temperatura</b> 15,5– 29,5°C  <b>Tempo</b> 10 minutos

Para auxílio da avaliação radiográfica utilizou-se um negatoscópio e uma lupa estereoscópica de mão (20x/20 mm) foram utilizados para auxiliar na análise das radiografias, realizada em uma sala escura e com o auxílio de uma máscara de cartolina preta com abertura apenas para se colocar a radiografia interproximal.

#### 4.4.2 Condição gengival

A condição gengival foi avaliada pelo índice periodontal comunitário (IPC), classificando: cada sextante da boca como saudável (IPC=0); apresentação de sangramento gengival à sondagem (IPC=1); ou cálculo dentário (IPC=2). Com base nesse índice, foi calculada a prevalência de sangramento gengival, considerando os adolescentes que apresentaram ao menos um sextante com IPC=1. De modo correspondente, a prevalência de cálculo dentário refere-se à manifestação de ao menos um sextante com IPC=2 (Anexo D).

#### 4.4.3 Oclusão dentária

A oclusão dentária dos pacientes foi avaliada pelo índice de estética dentária (*dental aesthetic index*), que compreende as seguintes condições: apinhamento e espaçamento nos segmentos incisais, diastema, irregularidade maxilar e

mandibular nos dentes anteriores, sobressaliência ou *overjet* maxilar e mandibular, mordida aberta vertical anterior e relação molar ântero-posterior (Anexo D).

#### 4.4.4 Fluorose dentária

A fluorose dentária foi avaliada pelo índice recomendado pela OMS, o qual se baseia no índice de Dean. Todos os pacientes participantes da pesquisa foram examinados por este índice. Embora todos os dentes sejam examinados, a avaliação da condição individual é feita levando-se em conta apenas os *dois dentes mais afetados* (se esses dois dentes mais afetados não estiverem comprometidos de modo semelhante, o valor do *menos* afetado entre os dois será registrado). As lesões fluoróticas são usualmente bilaterais e simétricas e tendem a apresentar estrias horizontais.

**Códigos e Critérios** – são os seguintes:

**0 - Normal.** O esmalte apresenta translucidez usual com estrutura semi-vitriforme. A superfície é lisa, polida, cor creme clara.

**1 - Questionável.** O esmalte revela pequena diferença em relação à translucidez normal, com ocasionais manchas esbranquiçadas. Usar este código quando a classificação “normal” não se justifica.

**2 - Muito leve.** Áreas esbranquiçadas, opacas, pequenas manchas espalhadas irregularmente pelo dente, mas envolvendo não mais que 25% da superfície. Inclui opacidades claras com 1 mm a 2 mm na ponta das cúspides de molares (*picos nevados*).

**3 - Leve.** A opacidade é mais extensa, mas não envolve mais que 50% da superfície.

**4 - Moderada.** Todo o esmalte dentário está afetado e as superfícies sujeitas à atrição mostram-se desgastadas. Há manchas castanhas ou amareladas frequentemente desfigurantes.

**5 - Severa.** A hipoplasia está generalizada e a própria forma do dente pode ser afetada. O sinal mais evidente é a presença de depressões no esmalte, que parece corroído. Mancha castanhas generalizadas.

## **4.5 Análise Estatística**

Os dados obtidos neste estudo foram registrados em ficha específica e individual para cada paciente, tabulados no excel e submetidos a análise estatística descritiva utilizando o programa EPI INFO 2000, permitindo avaliar e descrever os resultados da amostra de pacientes participantes do programa preventivo.

# **R**ESULTADOS

## 5 Resultados

Dos 1509 prontuários primeiramente avaliados, 255 foram eleitos para a participação neste estudo. Após localização dos pacientes e convite para o atendimento, 201 pacientes compareceram. A idade média destes pacientes participantes foi de 13 anos. A amostra examinada se apresentou de forma homogênea quanto ao gênero, sendo 88 (44%) pacientes do gênero masculino e 113 (56%) do feminino.

Em relação a condição bucal, avaliou-se o percentual de pacientes que manifestaram lesões de cárie dentária, para isso determinou-se o índice médio de CPOD o qual demonstrou um índice de 1,18 (Tabela 1).

Tabela 1: Índice de CPOD de acordo com os números de dentes hígidos, cariados, obturados e perdidos

HIGIDO	CARIADO	OBTURADO	PERDIDO	CPOD
5076	35	201	1	237
30,5	0,20	1,20	1	1,18

Observou-se que em relação ao CPOD, aproximadamente 74% da amostra apresentou o CPOD entre 0 e 1, refletindo uma baixa prevalência de cárie entre os pacientes avaliados (Tabela 2).

Tabela 2: Frequência e porcentagem de pacientes de acordo com o índice de CPOD

CPOD	FREQUÊNCIA	%
0	118	59
1	31	15
2	17	8,5
3	7	3,5
4	16	8
5	3	1,5
6	2	1
7	2	1
8	1	0,5
9	2	1
10	2	1
<b>TOTAL</b>	<b>201</b>	<b>100%</b>

Em relação ao exame radiográfico foram realizadas 402 radiografias, observando que 193 (96%) pacientes estavam livres de cárie e 8 (4%) pacientes apresentaram cárie, totalizando 18 lesões.

Para a avaliação da condição gengival, foram examinados clinicamente as superfícies vestibular e lingual dos dentes 16/17, 11, 26/27, 36/37, 31,46/47. De acordo com o que pode ser verificado no Gráfico 1, prevaleceu o índice de tecido gengival hígido (código 0) para todos os dentes. A média deste valor foi de 86%.

Analisando separadamente, o código 0 que refere-se ao tecido gengival hígido, foi mais registrado no dente 11. O código 1, que representa o sangramento gengival, foi observado com maior frequência nos dentes 16/17 e 31. Por último, o código 2, de presença de cálculo gengival, ocorreu no dente 31 com maior frequência (Gráfico 1).

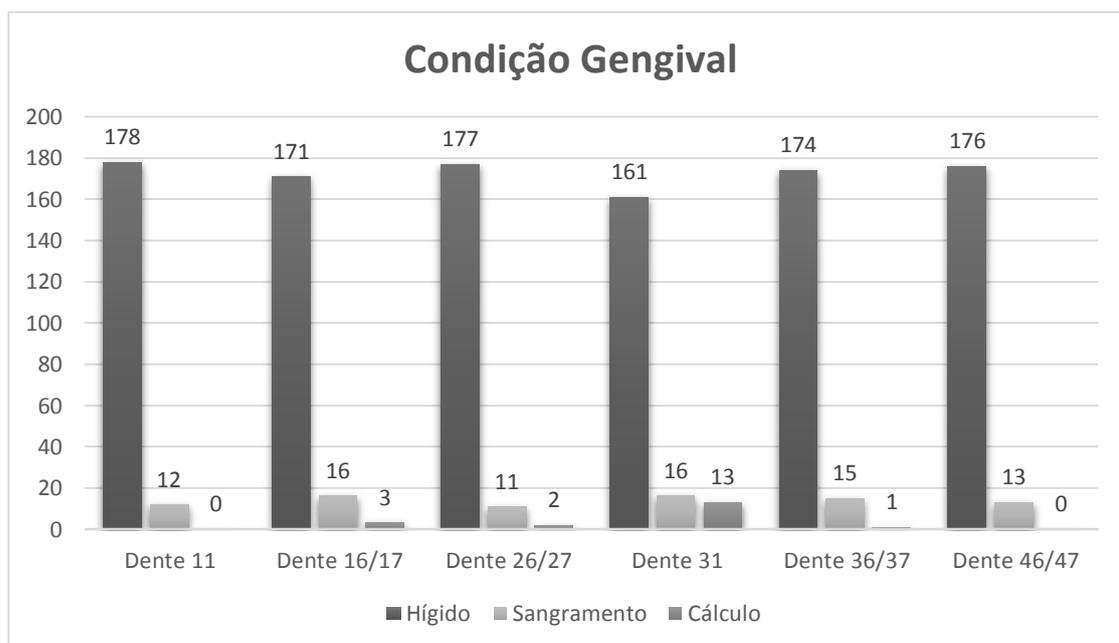


Gráfico 1: Distribuição da condição gengival de acordo com o número absoluto dos pacientes avaliados dente por dente

A oclusão dentária dos pacientes foi avaliada pelo índice de estética dentária (*dental aesthetic index*–DAI), examinando apinhamento, espaçamento, diastema, desalinhamento maxilar e mandibular, overjet maxilar e mandibular, mordida aberta e a relação molar.

Observou-se que, em relação ao apinhamento, 158 (79%) pacientes apresentaram o código 0, sendo que os códigos 1 e 2 foram observados em 24 (12%) e 19 (9%) pacientes respectivamente. Em relação a avaliação do espaçamento, observou-se que 137 (68%) pacientes não apresentaram espaçamento dentário nos dentes anteriores (Tabela 3).

Tabela 3: Frequência de pacientes que apresentaram apinhamento e espaçamento no segmento incisal

<b>APINHAMENTO E ESPAÇAMENTO INCISAL</b>			
	<b>Ausente</b>	<b>Em um segmento</b>	<b>Em dois segmentos</b>
<b>APINHAMENTO</b>	158 (79%)	24 (12%)	19 (9%)
<b>ESPAÇAMENTO</b>	137 (68%)	32 (16%)	32 (16%)

Na avaliação do diastema, 37 (18%) pacientes apresentaram e 164 (82%) pacientes não apresentaram, sendo que o valor máximo registrado foi de 3,5 mm e a média de 0,2 mm (Tabela 4).

Tabela 4: Frequência de pacientes que apresentaram diastema

<b>DIASTEMA</b>	<b>FREQUÊNCIA</b>	<b>%</b>
<b>SIM</b>	37	18%
<b>NÃO</b>	164	82%
<b>TOTAL</b>	201	100%

Em relação ao desalinhamento maxilar e mandibular anterior, 150 (75%) pacientes e 119 (59%) pacientes não apresentaram o desalinhamento no arco superior e inferior, respectivamente (Tabela 5). O valor máximo registrado para o desalinhamento superior foi de 7 mm, resultando em uma média de 0,6 mm. No desalinhamento inferior, o valor máximo foi de 3,5 mm com uma média de 0,4 mm.

Tabela 5: Frequência de pacientes que apresentaram desalinhamento maxilar e mandibular anterior

<b>DESALINHAMENTO MAXILAR E MANDIBULAR ANTERIOR</b>		
	<b>SIM</b> Frequência/Porcentagem	<b>NÃO</b> Frequência/Porcentagem
<b>DESALINHAMENTO MAXILAR ANTERIOR</b>	51 (25%)	150 (75%)
<b>DESALINHAMENTO MANDIBULAR ANTERIOR</b>	82 (41%)	119 (59%)

Na relação molar dos 201 pacientes examinados, 131 (65%) apresentaram relação de normalidade (código 0), enquanto os demais 70 (35%) pacientes apresentaram alguma alteração na relação molar, sendo que 52 (26%) apresentaram alteração de meia cúspide e 18 (9%) alteração de cúspide inteira.

Para complementar a avaliação a respeito da oclusão dentária, foi verificado o overjet maxilar e mandibular e a mordida aberta anterior. Dos 201 pacientes examinados, 198 (98,5%) apresentaram overjet maxilar, sendo 11,5 mm de medida máxima e a média de 3 mm. Somente 1 (0,5%) paciente apresentou overjet mandibular e 2 (1%) pacientes apresentaram mordida aberta anterior (Tabela 6).

Tabela 6: Frequência e porcentagem de pacientes em relação ao overjet maxilar, overjet mandibular e mordida aberta anterior

<b>OVERJET MAXILAR, MANDIBULAR E MORDIDA ABERTA</b>			
	<b>SIM</b> Frequência/ Porcentagem	<b>NÃO</b> Frequência/ Porcentagem	<b>TOPO A TOPO</b> Frequência/ Porcentagem
<b>OVERJET MAXILAR</b>	198 (98,5%)	1 (0,5%)	2 (1%)
<b>OVERJET MANDIBULAR</b>	1 (0,5%)	200 (99,5%)	0
<b>MORDIDA ABERTA</b>	2 (1%)	199 (99%)	0

A fluorose dentária, avaliada de acordo com o índice de Dean, registrou uma porcentagem acima de 90% de pacientes com grau 0. Os demais graus somaram um total de 8% (Tabela 7).

Tabela 7: Frequência e porcentagem de pacientes que apresentaram ou não fluorose

<b>FLUOROSE</b>	<b>FREQUÊNCIA</b>	<b>%</b>
<b>0 (Normal)</b>	184	92 %
<b>1 (Questionável)</b>	12	6 %
<b>2 (Muito Leve)</b>	5	2 %
<b>3 (Leve)</b>	0	0 %
<b>4 (Moderada)</b>	0	0 %
<b>5 (Severa)</b>	0	0%
<b>TOTAL</b>	201	100%

# **DISCUSSÃO**

## 6 Discussão

Este trabalho apresenta os primeiros resultados colhidos à longo prazo, após a implantação e aplicação de um programa educativo/preventivo de assistência odontológica à criança da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP. Iniciado no ano 1996, ele se divide em assistência odontológica ao bebê (0 a 4 anos de idade) e Clínica de Prevenção (5 a 9 anos de idade). São resultados extremamente positivos e que comprovam a eficácia de programas desta natureza, quando são bem estruturados e conduzidos com seriedade e espírito de continuidade. Vários trabalhos pelo mundo tem apresentado resultados da aplicação de programas semelhantes deixando um quadro panorâmico, embora promissor, ainda preocupante em relação à prevenção de cárie dentária (Al Bluwi, 2014; Cleaton Jones e Fatti, 2009; Gugushe e Plessis, 1998; Hysi et al., 2014; Khan, 2014; Kuzmina e Ekstrand, 2015; Oulis et al., 2012; Santamaria et al., 2015; Veiga et al., 2015).

Mais recentemente a Organização Mundial de Saúde (OMS) juntou-se à Federação Dentária Internacional (FDI) e à *International Association for Dental Research (IADR)* para anunciarem os objetivos da saúde bucal para 2020. Nesse documento, intitulado *Global Goals for Oral Health* encontra-se descrito que até o ano de 2020, 80% das crianças com 6 anos de idade deverão estar livres de cáries e aos 12 anos o índice CPOD deverá ser inferior a 1,5 (Hobdell et al., 2003).

O CPOD verificado nos pacientes de nossa amostra foi de 1,18 que demonstra que não só atingimos como superamos as metas estabelecidas pela OMS com alguns anos de antecedência. Ressalta-se que em 74% de nossa amostra o CPOD encontrava-se entre 0 e 1 o que demonstra ainda mais os excelentes resultados que o investimento nos aspectos educativos e preventivos na comunidade devem ser estimulados e planejados levando em conta o longo prazo. Em outras palavras, o cuidado odontológico intenso com abordagem educativa e preventiva aplicado desde a primeira infância, pode resultar em melhora na saúde bucal e conseqüentemente na sistêmica, redundando em ganhos individuais e coletivos. (Brambilla et al. 1998; Gomez et al. 2007).

Nessa mesma linha de pesquisa, Meyer et al (2010) demonstrou resultados positivos de um programa de acompanhamento de gestantes e de seus filhos até

os 14 anos de vida, este programa fornecia orientações sobre higiene e dieta, na qual 89,7% dos pacientes exibiram dentes sem cárie, sendo 65,5% dentes hígidos e 24,2% sem lesão, porém restaurados. Ao contrário do que demonstrou um estudo realizado por Aida (2014), na Bebê Clínica da Universidade Estadual de Londrina, cujo CPOD e CPOS encontrados foram de  $2,72 \pm 2,8$  e  $3,07 \pm 3,3$  para o grupo de estudo ( $n=72$ ), e  $3,06 \pm 2,9$  e  $3,92 \pm 4,6$  para o grupo controle ( $n=36$ ), sem diferença estatisticamente significativa. Concluiu que mesmo realizando uma assistência preventiva durante a infância até os 5 anos de idade, a atenção odontológica precoce não influenciou significativamente a prevalência de cárie em adultos jovens.

Comparando os índices do CPOD encontrado no presente estudo com os resultados apresentados pelo Projeto SB Brasil 2010 – OMS na região Sudeste, no estado de São Paulo, observou-se que os valores obtidos neste estudo foram melhores, pois a média do CPOD na região Sudeste foi de 1,41 aos 12 anos de idade e de 4,21 para pacientes de 15 a 19 anos de idade. Pode-se pensar que os cuidados odontológicos quando iniciados e prolongados até o final da primeira década de vida são mais eficazes em promoverem melhor saúde bucal.

Não realizamos uma análise dos custos desta aplicação e da economia em termos de recursos financeiros para todo o sistema. São valores de difícil mensuração devido a longitudinalidade do programa, porém considerando que o produto final, se assim podemos nos expressar, é a manutenção da saúde bucal com reflexos na saúde geral do paciente e não o dispêndio financeiro e de esforços em tratar a doença para recuperar o estado de saúde normal, o ganho pode ser considerado.

Outro parâmetro clínico avaliado foi o gengival com expressivos resultados positivos. Em torno de 86% dos pacientes da amostra neste trabalho apresentaram o índice 0 para todos os dentes permanentes. O índice 1, que registra o sangramento gengival, foi detectado em aproximadamente 7% da amostra. A relação entre a presença de cárie dentária e o controle de biofilme dentário é descrito na literatura e deve ser considerado um dos pontos altos nos programas preventivos. De acordo com Fraiz, a maioria das lesões cariosas estão associadas com a presença de placa visível e o seu controle é essencial para a redução da prevalência da cárie na infância. Após submeter-se à assistência odontológica,

todos os pacientes exibem sensível melhora na qualidade do controle de biofilme (Fraiz e Walter, 2001). Em um estudo realizado por Antunes et al (2008), que realizaram um levantamento epidemiológico em 35 cidades do estado de São Paulo, avaliando a saúde gengival pelo sangramento à sondagem, presença de cálculo e oclusão dentária, observou-se uma prevalência de sangramento de 21,5%, presença de cálculo de 19,4% e que as características de oclusão dentária também foram associadas a gengiva não saudável. Dessa forma, concluíram que os pacientes que utilizaram a assistência odontológica apresentaram uma melhora significativa associada a melhores condições de saúde gengival.

Acreditamos que os números exibidos na prevenção da cárie colaboraram para as melhores condições do suporte gengival. Isso pode ser em parte explicado pelo incentivo feito continuamente para o uso do fio dental, o qual a princípio visa a prevenção de cárie dentária, mas que usado com frequência e de maneira correta, influi na manutenção do estado de saúde normal da gengiva (Albandar et al. 1994; Antonio et al. 2006; Figueiredo et al. 2008).

É claro também, que no bojo do processo preventivo, destaca-se como importante estratégia a escovação dentária. Orientados desde os primeiros anos de vida sobre estes salutareos hábitos, a saber escovação e fio dental, as crianças passam a executá-los com mais naturalidade e crescem incorporando-os à sua rotina diária. Importante ressaltar em nossa experiência de atendimento de crianças na primeira década de vida que problemas de ordem gengival na primeira e segunda infância são pouco comuns. Entretanto a presença ou não destas alterações gengivais, nesta faixa etária poderá ser muito importante para a ocorrência ou manutenção em idades superiores.

O índice de fluorose dentária foi também um importante fator investigado nesta pesquisa. Constitui sempre preocupação dos pesquisadores e profissionais a iniciação do uso da escovação utilizando dentifício em crianças de pouca idade, especialmente em casos que há recomendação do emprego de dentifícios fluoretados. Pela reconhecida incapacidade da criança, com idades abaixo de 5 anos, em expelir durante a escovação e no momento do enxague podendo ingerir quantidade razoáveis e as vezes suficientes para provocar a alteração estudada no esmalte dentário, o uso nesta e abaixo desta idade tem sido considerado fator de risco para a fluorose dentária. A redução na concentração de flúoreto no dentifício,

contudo sem alterar a ação anticariogênica que é exibida nos dentifrícios com maiores concentrações, é considerada uma alternativa para resolução deste problema. Os dentifrícios fluoretados que utilizam compostos de fosfato e de cálcio mostraram-se mais efetivos em prevenir a desmineralização e melhoraram a capacidade de remineralização (Zaze et al. 2014). Portanto, a suplementação de dentifrícios pode ser uma alternativa para reduzir a concentração de flúor, mantendo a eficácia do produto. Recentemente em um estudo “in vivo”, Amaral et al. (2014) concluíram que os dentifrícios de baixa concentração suplementados com polifosfatos apresentaram eficácia anticárie semelhante ou superior quando comparado ao dentifrício convencional – 1100 ppm de F. Sendo assim, o uso das formulações testadas pode ser uma alternativa válida para o controle da cárie dentária, enquanto minimiza a ingestão de flúor por crianças na idade considerada de risco de desenvolvimento de fluorose dental (Amaral et al., 2014).

O índice para registro da fluorose dentária empregado no presente trabalho foi o de Dean, que é o mais utilizado e preconizado pela Organização Mundial de Saúde. Segundo o manual, isto se deve por apresentar o menor número de categorias que reduz a subjetividade e torna o exame clínico mais fácil e rápido, fatores desejados para avaliação em programas preventivos (OMS, 1999).

Os resultados desta pesquisa apresentaram 92% dos pacientes sem fluorose dentária (índice 0), ou seja, esta alteração na população estudada não se constitui em problema digno de preocupação, no entanto estudos frequentes e contínuos são necessários para verificar a manutenção das porcentagens favoráveis exibida nesta pesquisa, sem perder de vista a ação benéfica da presença do flúor.

É possível pensar que esta alta porcentagem de pacientes sem fluorose seja fruto da orientação fornecida aos pais durante os atendimentos na bebê-clínica sobre a utilização de dentifrícios sem flúor na primeira infância e mesmo quando necessário, ainda nesta faixa etária, os com reduzida concentração de fluoreto podem ser indicados e por períodos de utilização mais curtos enquanto perdurarem a necessidade. É na faixa etária entre 1 ano e meio e três anos de idade que ocorre a mineralização do esmalte dos incisivos e primeiros molares permanentes, estando portanto o dente, mais sujeito às alterações desta natureza. (Buzalaf et al, 2011)

Quanto aos aspectos ortodônticos, das análises efetuadas nesta pesquisa empregando o índice de estética dental, de uma forma geral, todos os parâmetros mensurados foram favoráveis a uma oclusão dentária satisfatória. Encontrou-se 79% de pacientes sem apinhamento dentário, 68% dos pacientes não apresentaram espaçamento entre os dentes, o diastema foi encontrado em somente 18% da amostra e o desalinhamento maxilar ocorreu somente em 25% da amostra. Ainda como características favoráveis à oclusão normal registrou-se o overjet maxilar em 98,5% dos pacientes analisados, sendo que o overjet mandibular, que é uma característica indesejada para exibir uma oclusão normal, ocorreu em somente um caso (0,5%) e a mordida aberta anterior em somente 2 casos (1%) da amostra. Os dados que podem ser considerados desfavoráveis e que demonstraram aumento no número de observados, foi relacionado ao desalinhamento mandibular inferior, em forma de apinhamento, perfazendo 41% da amostra. Interessante seria a realização de trabalho de pesquisa que pudesse comparar estes dados com os respectivos na fase da dentição decídua, pois é sabido que muitas más-oclusões detectadas anteriormente podem sofrer auto-correção, reduzindo a necessidade de tratamentos. (Karaiskos et al. 2005; Alkilzy et al. 2007; Garde et al. 2014).

Os programas preventivos são eficazes na redução do risco de doenças como a cárie e a perda dentária, sendo que esta última pode provocar a perda de espaço na arcada que é a causa mais comum de mal oclusão. (Luzzy et al. 2011) Baseados nesta premissa, podemos sugerir que, em nosso trabalho, o menor número de lesões cariosas e consequente redução de perdas dentárias precoces, pode ter favorecido um melhor desenvolvimento da oclusão. Também acreditamos que as orientações quanto aos cuidados de saúde bucal, refletiram em expressiva redução de lesões e são fatores que devem ser considerados para o entendimento destes resultados. Muitas vezes, intervenções à base de orientações nas crianças portadoras de hábitos de sucção não nutritiva, podem ser suficientes para uma tomada de atitude dos pais e da própria criança que favoreça o retorno do equilíbrio muscular perdido, propiciando o desenvolvimento normal das estruturas ósseas e consequentemente o adequado posicionamento dentário.

Os exames radiográficos interproximais descritos primeiramente por Rapper, em 1925, tem o objetivo de auxiliar na pesquisa de cárie nas superfícies dentárias

interproximais, onde geralmente a visualização direta é muito difícil. Desta forma, optamos por realizar radiografias interproximais bilaterais em todos participantes desta pesquisa. Os resultados encontrados sedimentam os números promissores exibidos no CPOD, ou seja, 96% da amostra estavam livres de lesões de cárie interproximal. Embora não seja muito comum o emprego desta metodologia em trabalhos com este perfil, optamos por utilizá-la para justamente termos resultados mais fiéis possíveis. E como pode ser observado, o exame radiográfico interproximal revelou 18 lesões de cárie não visíveis ao exame clínico. Se considerarmos que o total de lesões cariosas detectadas ao exame clínico foram 35, pode-se destacar a importância dos exames interproximais para o direcionamento das nossas ações clínicas (Llena-Puy e Forner, 2005; Haristoy, 2010).

**C**ONCLUSÃO

## 7 Conclusão

Baseados na metodologia utilizada e nos resultados encontrados foi possível concluir que a aplicação desta forma de programa educativo/preventivo iniciado desde a primeira infância prolongando-se até o fim da primeira década de vida foi eficaz quando se considerou os parâmetros cárie dentária, condição gengival, alterações ortodônticas e fluorose.

# **REFERÊNCIAS**

## 8 Referências

1. Abanto, J.; Celiberti, P.; Braga, M.M.; Vidigal, E.A.; Cordeschi, T.; Haddad, A.E.; Bönecker, M. Effectiveness of a preventive program based on caries risk assessment and recall intervals on the incidence and regression of initial caries lesions in children. **Int J Paediatr Dent.**, v. 21, n. 4, p. 291-299 doi: 10.1111/ipd.12144. 2014.
2. Aida, K.L. Influência da atenção odontológica precoce na experiência de cárie em adultos jovens. 2014. 56 f. Dissertação (**Mestrado em Odontopediatria**) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2014.
3. Albandar, J.M.; Buischi, Y.A.P.; Mayer, M.P.A.; Axelsson, P. Long-term effect of two preventive programs on the incidence of plaque and gingivitis in adolescents. **J Periodontol.**, v. 65, p. 605-610. 1994.
4. Al-Blawi, G.S. Epidemiology of dental caries in children in the United Arab Emirates. **Int Dent J.**, v. 64, n. 4, p. 219-228. doi: 10.1111/idj.12114. 2014.
5. Al-Jundi, S.H.; Hammad, M.; Alwaeli, H. The efficacy of a school-based caries preventive program: a 4-year study. **Int J Dent Hyg.**, v. 4, n. 1, p. 30-34. 2006.
6. Alkilzy, M.; Shaaban, A.; Altinawi, M.; Splieth, Ch.H. Epidemiology and aetiology malocclusion among Syrian paediatric patients. **Eur J Paediatr Dent.**, v. 8, n. 3, p. 131-135. 2007.
7. Amaral, J.G.; Freire, I.R.; Valle-Neto, E.F.; Cunha, R.F.; Martinhon, C.C.; Delbem, A.C. Longitudinal evaluation of fluoride levels in nailsof 18-30 month-old children that were using toothpastes with 500 and 1100µg F/g. **Community Dent Oral Epidemiol.**, v. 42, n. 5, p.412-419. 2014.
8. Amaral, J.G.; Freire, I.R.; Martinhon, C.C.R.; Pessan, J.P.; Delbem, A.C.B. Low-Fluoride Dentifrices with Poliphosphates on Dental Caries: Randomized Clinical Trial. **J Dent Res.**, v. 93B, 1018. 2014.
9. Andruskeviciene, V.; Milciuviene, S.; Bendoraitiene, E.; Saldunaite, K.; Vasiliauskiene, I.; Slabsinskiene, E.; Narbutaite, J. Oral Health status and effectiveness of caries prevention programme in Kindergartens in Kaunas city (Lithuania). **Oral Health Prev Dent.**, v. 6, n. 4, p. 343-348. 2008.
10. Antonio, A.G.; Vianna, R.B.C.; Quintanilha, L.E.L.P. Oral health conditions in children with and without school-based oral preventive program. **Pediatric Dental Journal.**, v. 16, n. 2, p. 163-169. 2006.
11. Antunes, J.L.F.; Peres, M.A.; Frias, A.C.; Crosato, E.M.; Biazevic, M.G.H. Saúde gengival de adolescentes e a utilização de serviços odontológicos, Estado de São Paulo. **Rev Saúde Pública.**, v. 42, n.2, p.191-199. 2008.

12. Axelsson, P.; Lindhe, J.; Nyström, B. On the prevention of caries and periodontal disease. Results of a 15-year longitudinal study in adults. **J Clin Periodontol.**, v. 18, n. 3, p.182-189. 1991.
13. Axelson, P. The Effect of a Needs-Related Caries Preventive Program in Children and Young Adults – Results after 20 Years. **BMC Oral Health.**, v. 15, n. 6, Suppl 1: S7. 2006.
14. Brambilla, E.; Felloni, A.; Gagliani, M.; Malerba, A.; Garcia-Godoy, F.; Stohmenger, L. Caries prevention during pregnancy: results of a 30-month study. **J Am Dent Assoc.**, v. 129, p.871-877. 1998.
15. BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Geral de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Resultados Principais. Brasília 2011.
16. Buzalaf, M.A.; Pessan, J.P.; Honório, H.M.; ten Cate, J.M. Mechanisms of action of fluoride for caries control. **Monogr Oral Sci.**, v. 22, p. 97-114. doi: 10.1159/000325151. 2011.
17. Cleaton-Jones, P.; Fatti, P. Dental caries in children in South Africa and Swaziland: a systematic review 1919-2007. **Int Dent J.**, v. 59, n. 6, p. 363-368. 2009.
18. Cunha, R.F.; Delbem, A.C.; Percinoto, C.; Melhado, F.L. Behavioral evaluation during dental care in children ages 0 to 3 years. **J Dent Child (Chic).**, v. 70, n. 2, p. 100-103. 2003.
19. Fejerskov, O.; Kidd, E. **Cárie dentária. A doença e seu tratamento clínico.** 1º ed. São Paulo: Editora Santos. 2005. 352f.
20. Figueiredo, M.C.; Rosito, D.B.; Michel, J.A. Avaliação de 07 anos de um programa odontológico para bebês com bases educativas, preventiva e restauradoras. **J. Bras Odontopediatr Odontol Bebe.**, v. 1, n. 2, p. 33-40. 1998.
21. Figueiredo, M.C.; Guarienti, C.A.; Michel, J.A.; Sampaio, M.S. Comprehensive attention to oral health in early childhood: a longitudinal evaluation of the infant clinic program of the federal university of Rio Grande do Sul, Brazil. **Acta Odontol Latinoam.**, v. 21, n. 2, p. 181-187. 2008.
22. Fracasso, M.L.C.; Provenzano, M.G.A.; Goya, S.J. Efficacy of an oral health promotion program for infants in the public sector. **J Appl Oral Sci.**, v.13, n. 4, p.372-376. 2005.
23. Fraiz, F.C.; Walter, L.R. Study of the factors associated with dental caries in children who receive early dental care. **Pesqui Odontol Bras.**, v. 15, n. 3, p. 201-207. 2001.
24. Frencken, J.E.; Borsum-Andersson, K.; Makoni, F.; Moyana, F.; Mwashaenyi, S.; Mulder, J. Effectiveness of an oral health education programme in primary schools

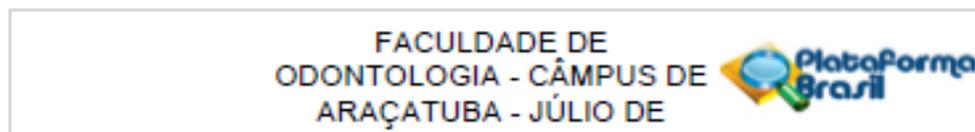
- in Zimbabwe after 3.5 years. **Community Dent Oral Epidemiol.**, v. 29, p. 253-259. 2001.
25. Garde, J.B.; Survavanshi, R.K.; Jawale, B.A.; Deshmukh, V.; Survavanshi, M.K. An epidemiological study to know the prevalence of deleterious oral habits among 6 to 12 year old children. **J Int Oral Health.**, v. 6, n. 1, p. 39-43. 2014.
26. Gomez, S.S.; Emilson, C.G.; Weber, A.A.; Uribe, S. Prolonged effect of a mother-child caries preventive program on a dental caries in the permanent 1st molars in 9 to 10-years-old children. **Acta Odontol Scand.**, v. 65, p. 271-274. 2007.
27. Gugushe, T.S.; du Plessis, J.B. Regional urban-rural distribution of dental caries experience in Swaziland. **SADJ.**, v. 53, n. 8, p. 409-412. 1998.
28. Günay, H.; Dmoch-Bockhorn, K.; Günay, Y.; Geurtsen, W. Effect on caries experience of a long term preventive program for mothers and children starting during pregnancy. **Clinic Oral Invest.**, v. 2, p. 137-142, 1998.
29. Haristoy, R.A. Bitewing radiographic evaluation of interproximal carious lesions on permanent first molar in 6 and 12 year-olds in the public health system of Chile. 2010. 52f. Tese (**Degree of Master in Dental Science**), University of Connecticut, 2010. Disponível em [http://digitalcommons.uconn.edu/gs\\_thesis/97](http://digitalcommons.uconn.edu/gs_thesis/97)
30. Hobdell, M.; Petersen, P.E.; Clarkson, J.; Johnson, N. Global goals for oral health 2020. **Int Dent J.**, v. 53, p. 285-288. 2003.
31. Hysi, D.; Droboniku, E.; Toti, C. Caries experience and treatment needs among Albanian 12 years old. **Community Dent Health.**, v. 31, n. 3, p. 141-144. 2014.
32. Karaiskos, N; Wiltshire, W.A.; Odlum, O.; Brothwell, D.; Hassard, T.H. Preventive and interceptive orthodontic treatment needs of an inner-city group of 6 and 9 years-old Canadian children. **J Can Dent Assoc.**, v. 71, n. 9, p. 649. 2005.
33. Khan, S.Q. Dental caries in Arabian League countries: a systematic review and meta-analysis. **Int Dent J.**, v. 64, n. 4, p. 173-180. doi: 10.1111/idj.12092. 2014.
34. Kuzmina, I.; Ekstrand, K.R. Outcomes 18 years after implementation of a nonoperative caries preventive program – the Nexö-method – on children in Moscow, Russia. **Community Dent Oral Epidemiol.**, v. 6. doi: 10.1111/cdoe.12155.2015
35. Lemos, L.V.F.M.; Zuanon, A.C.C.; Myaki, S.I.; Walter, L.R.F. Experiência de cárie dentária em crianças atendidas em um programa de odontologia para bebês. **Einstein.**, v. 9, n. 4, p. 503-507. 2011.
36. Lemos, L.V.F.M.; Barata, T.E.J.; Myaki, S.I.; Walter, L.R.F. Dentistry for babies: caries experience vs assiduity in clinical care. **Braz J Oral Sci.**, v.11, n. 4, p. 486-491, 2012.

37. Lima, J.E.O. Programa preventivo da cárie dentária baseado no controle mecânico da placa bacteriana em crianças, por meio da profilaxia profissional periódica. Resultados após 25 anos de acompanhamento. **R Dental Press Ortodon Ortop Facial.**, v. 14, n. 3, p. 44-51. 2009.
38. Llana-Puy, C.; Forner, L. A clinical and radiographic comparison of caries diagnosed in approximal surfaces of posterior teeth in a low-risk population of 14-year-old children. **Oral Health Prev Dent.**, v. 3, n. 1, p. 47-52, 2005.
39. Luzzy, V.; Fabbrizi, M.; Mastrantoni, C.; Mirra, C.; Bossù, M.; Polimeni, A. Experience of dental caries and its effects on early dental occlusion: a descriptive study. **Ann Stomatolog (Roma).**, v. 2, n. 1-2, p. 13-18. 2011.
40. Martonffy, Al. Oral health: prevention of dental disease. **FP Essent.**, v. 428, p. 11-15. 2015.
41. Melo, P.; Azevedo, A.; Henriques, M. Cárie dentária – a doença antes da cavidade. **Acta Pediatr Port.**, v. 39, n. 6, p. 253-259. 2008.
42. Meyer, K.; Geurtsen, W.; Günay, H. An early oral health care program starting during pregnancy: results of a prospective clinical long-term study. **Clin Oral Investig.**, v. 14, n. 3, p. 257-264. 2010.
43. Ministério da Saúde. Projeto SB 2000 Condições de Saúde Bucal da População Brasileira no ano 2000. **Manual do Examinador.**, p. 49. 2001.
44. Moura, L.F.A.D.; Moura, M.S.; Toledo, A.A. Dental caries in children that participated in a dental program providing other and child care. **J Appl Oral Sci.**, v. 14, n. 1, p. 53-60. 2006.
45. Nowak, A.J.; Quiñonez, R.B. Visionaries or dreamers. The story of infant oral health. **Pediatr Dent.**, v. 33, n. 2, p. 144-152. 2011.
46. Organização Mundial da Saúde. **Levantamentos Básicos em Saúde Bucal.** 4º Ed. São Paulo: Santos Livraria. 1999.
47. Oulis, C.J.; Tsinidou, K.; Vadiakas, G.; Mamai-Homata, E.; Polychronopoulou, A.; Athanasouli T. Caries prevalence of 5-12 and 15 year-old Greek children: a national pathfinder survey. **Community Dent Health.**, v. 29, n. 1, p. 29-32. 2012.
48. Pinkhan, J.R. **Odontopediatria da infância a adolescência.** 2º Ed. São Paulo: Editora Artes Médicas, 1996. 661p.
49. Pinto, L.M.C.P.; Walter, L.R.F.; Percinoto, C.; Dezan, C.C.; Lopes, M.B. Dental caries experience in children attending na infant oral health program. **Braz J Oral Sci.**, v. 9, n. 3, p. 345-350. 2010.
50. Santamaria, R.M.; Basner, R.; Schüler, E.; Splieth, C.H. Inequalities in dental caries experience among 6-year-old German children after the caries decline. **Acta**

- Odontol Scand.**, v. 73, n. 4, p. 285-291. doi: 10.3109/00016357.2014.939711. 2015.
51. Stamm, J.W.; Disney, J.A.; Graves, R.C.; Bohannon, H.M.; Abernathy, J.R. The University of North Carolina Caries Risk Assessment Study I: Rationale and content. **J Public Health Dent.**, v. 48, p. 225-232. 1988.
52. Tovo, M.F.; Vono, B.G.; Silva, A.M.B. The photographic, visual, visual with probing and radiographic diagnosis of occlusal caries in primary molars. **Rev. FOB.**, v. 5, p. 27-33, 1997.
53. Twetman, S.; Garcia-Godoy, F.; Goepferd, S.J. Infant oral health. **Dent Clin North Am.**, v. 44, p. 487-505. 2000.
54. Veiga, N.J.; Pereira, C.M.; Ferreira, P.C.; Correia, I.J. Prevalence of dental caries and fissure sealantes in a portuguese sample of adolescents. **PLoS One.**, v. 10, n. 3, e0121299. doi: 10.1371/journal.pone.0121299. eCollection 2015.
55. Walter, L.R.F.; Lemos, L.V.F.M.; Myaki, S.I.; Zuanon, A.C.C. **Manual de odontologia para bebês.** Ed. Artes Médicas, 2014. 157p.
56. Wigen, T.I.; Espelid, I.; Skaare, A.B.; Wang, N.J. Family characteristics and caries experience in preschool children. A longitudinal study from pregnancy to 5 years of age. **Community Dent Oral Epidemiol.**, v. 39, p. 311–317. 2011.
57. Zaze, A.C.; Dias, A.P.; Sasaki, K.T.; Delbem, A.C. The effects of low-fluoride toothpaste supplemented with calcium glycerophosphate on enamel demineralization. **Clin Oral Investig.**, v. 18, n. 6, p. 1619-1624. 2014.

**ANEXOS**

## Anexo A - Certificado da Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Influência da assistência odontológica sobre a percepção de saúde e condição bucal de pais e crianças assistidas na primeira década de vida

**Pesquisador:** Robson Frederico Cunha

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 22352713.7.0000.5420

**Instituição Proponente:** Faculdade de Odontologia do Câmpus de Araçatuba - UNESP

**Patrocinador Principal:** Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 541.128

**Data da Relatoria:** 24/02/2014

**Apresentação do Projeto:**

Com esse projeto de pesquisa pretende-se realizar uma análise da influência da participação de pais e pacientes na assistência odontológica em bebês e na clínica de prevenção sobre a qualidade da saúde bucal dos participantes e de suas percepções sobre os cuidados quanto à saúde bucal. Além desses objetivos primários, pretende-se também verificar o benefício em relação à manutenção da saúde bucal, de crianças que participaram de todo o programa, comparativamente àquelas que interromperam o acompanhamento no decorrer do mesmo e verificar a formação de hábitos saudáveis e a repercussão da participação no programa sobre a criação e permanência das medidas educativas e preventivas oferecidas. Trata-se de uma análise longitudinal dos efeitos da participação de pacientes (n=100) que frequentaram um Programa Educativo/Preventivo em Saúde Bucal. Este programa divide-se em duas fases, sendo a primeira composta por pacientes que ingressaram no programa no primeiro ano de vida até completarem quatro anos de idade (Bebê-Clinica) e uma segunda fase com as crianças que permaneceram no programa até completarem 9 anos de idade (Clínica de Prevenção).

**Objetivo da Pesquisa:**

Avaliar a influência da participação de pais e pacientes em programas de assistência odontológica sobre a qualidade da saúde bucal dos participantes e de suas percepções sobre os cuidados

Endereço: JOSE BONIFACIO 1169  
 Bairro: VILA MENDONÇA CEP: 16.015-050  
 UF: SP Município: ARACATUBA  
 Telefone: (18)3636-3200 Fax: (18)3636-3332 E-mail: anacoman@foa.unesp.br

FACULDADE DE  
ODONTOLOGIA - CÂMPUS DE  
ARAÇATUBA - JÚLIO DE



Continuação do Parecer: 541.120

quanto à saúde bucal. Além disso, pretende-se avaliar o benefício em relação à manutenção da saúde bucal, dos indivíduos participantes de todo o programa àquelas que o interromperam e verificar a formação de hábitos saudáveis e a repercussão da participação no programa sobre a criação e permanência das medidas educativas e preventivas oferecidas.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

O risco da pesquisa é mínimo, pois serão aplicados questionários e será realizado exame clínico cujos resultados serão registrados de acordo com os critérios predefinidos em ficha específica. Além disso, de forma complementar ao exame clínico, será realizado duas radiografias para a pesquisa de cárie em cada paciente participante da pesquisa. Quanto aos benefícios, a avaliação dos resultados encontrados poderão melhorar e nortear as futuras ações neste setor.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa tem por objetivo verificar o impacto das medidas preventivas e educativas de indivíduos participantes de programas de assistência odontológica sobre a qualidade da saúde bucal e suas percepções sobre os cuidados quanto à saúde bucal. Serão aplicados questionários e feita avaliação clínica e radiológica nos mesmos e de posse desses dados pretende-se estabelecer uma correlação entre essas medidas preventivas/profiláticas do acompanhamento prolongado e suas repercussões na família do indivíduo.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os documentos necessários e obrigatórios foram anexados adequadamente.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Após a avaliação da metodologia proposta bem como dos documentos anexos somos favoráveis a execução do mesmo uma vez que a metodologia apresentada atende as normas da Resolução 466/2012.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

Endereço: JOSE BONIFACIO 1193  
Bairro: VILA MENDONÇA CEP: 16.015-050  
UF: SP Município: ARACATUBA  
Telefone: (18)3638-3200 Fax: (18)3638-3332 E-mail: anacmar@foa.unesp.br

Página 02 de 03

FACULDADE DE  
ODONTOLOGIA - CÂMPUS DE  
ARAÇATUBA - JÚLIO DE



Continuação do Parecer: 541.120

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O CEP acata o parecer do relator e recomenda a aprovação do projeto, salientando que relatórios semestrais deverão ser apresentados. A data máxima para submissão do primeiro relatório será 24/08/2014.

ARAÇATUBA, 25 de Fevereiro de 2014

---

Assinador por:  
Ana Claudia de Melo Stevanato Nakamune  
(Coordenador)

Endereço: JOSE BONIFACIO 1193  
Bairro: VILA MENDONÇA CEP: 18.015-050  
UF: SP Município: ARAÇATUBA  
Telefone: (18)3836-3200 Fax: (18)3836-3332 E-mail: anacman@fos.unesp.br

Página 03 de 03

## Anexo B - Termo de Consentimento Esclarecido

**Título da Pesquisa:** “Influência da assistência odontológica sobre a percepção de saúde e condição bucal de pais e crianças assistidas na primeira década de vida”

**Nome do (a) Pesquisador (a):** Jaqueline Canova Paludetto Amaral

**Nome do (a) Orientador (a):** Robson Frederico Cunha

1. **Natureza da pesquisa:** o(a) sr.(a) está sendo convidado (a) a participar desta pesquisa que tem como finalidade avaliar os resultados de ações de orientação e prevenção aplicados na Bebê Clínica e se os mesmos perduram até os dias atuais.
2. **Participantes da pesquisa:** serão atendidos 100 pacientes que participaram da Bebê clínica no período de 1996 a 2002.
3. **Envolvimento na pesquisa:** ao participar deste estudo o(a) sr.(a) permitirá que o (a) pesquisador (a) Jaqueline Canova Paludetto Amaral realize uma avaliação odontológica que compreende em um questionário, um exame clínico e radiográfico em seu filho(a). O(a) sr.(a) pai ou responsável também participará de forma ativa no projeto respondendo a um questionário que será aplicado aos mesmos. O(a) sr.(a) tem liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para o(a) sr.(a). Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone do (a) pesquisador (a) do projeto (18) 9764-6271 e, se necessário através do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa (18) 3636-3234.
4. **Sobre as entrevistas:** os pacientes e seus responsáveis serão entrevistados, sendo que os mesmos responderão a perguntas abertas e de múltipla escolha.
5. **Riscos e desconforto:** a participação nesta pesquisa não infringe as normas legais e éticas *estando somente expostos a riscos mínimos inerentes aos procedimentos (exame clínico e radiográfico) a que serão submetidos tais como contaminação*. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade.
6. **Confidencialidade:** todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente o (a) pesquisador (a) e seu (sua) orientador (a) (e/ou equipe de pesquisa) terão conhecimento de sua identidade e nos comprometemos a mantê-la em sigilo ao publicar os resultados dessa pesquisa.
7. **Benefícios:** ao participar desta pesquisa o(a) sr.(a) não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo resulte em informações importantes sobre a influência de iniciar o atendimento odontológico na primeira década de vida e suas percepções em pais e filhos sobre cuidados em saúde bucal, de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa

possa nos dar um parâmetro sobre a influencia desses cuidados após a alta do paciente no programa da Bebê Clínica, onde pesquisador se compromete a divulgar os resultados obtidos, respeitando-se o sigilo das informações coletadas, conforme previsto no item anterior.

8. **Pagamento:** o(a) sr.(a) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

**Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem: Confiro que recebi cópia deste termo de consentimento, e autorizo a execução do trabalho de pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.**

Obs: Não assine esse termo se ainda tiver dúvida a respeito.

**Consentimento Livre e Esclarecido**

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa.

---

Nome do Participante da Pesquisa

---

Assinatura do Participante da Pesquisa

---

Assinatura do Pesquisador

---

Assinatura do Orientador

**Pesquisador:** Jaqueline Canova Paludetto Amaral (18) 99764-6271

Orientador: Robson Frederico Cunha (18) 36363314

**Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa: Profa. Dra. Ana Cláudia de Melo Stevanato Nakamune**

**Vice-Coodenador: Prof. Wilson Galhego Garcia**

**Telefone do Comitê: (18) 3636-3234**

**E-mail [cep@foa.unesp.br](mailto:cep@foa.unesp.br)**

Anexo C - Ficha de atendimento odontológico



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA - "JÚLIO DE MESQUITA FILHO"  
Câmpus de Araçatuba

**FICHA DE ATENDIMENTO**

Cárie Dentária e Necessidade de Tratamento:

18 17 16 15 14 13 12 11								21 22 23 24 25 26 27 28							
55 54 53 52 51								61 62 63 64 65							
48 47 46 45 44 43 42 41								31 32 33 34 35 36 37 38							
85 84 83 82 81								71 72 73 74 75							

Doença Periodontal:

17/16	11	26/27
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
47/46	31	36/37

Fluorose Dentária:

**Anormalidades Dentofaciais:**

Dentição: Número de I.C. e P.M. perdidos  Sup.  Inf.

**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 Antero-posterior

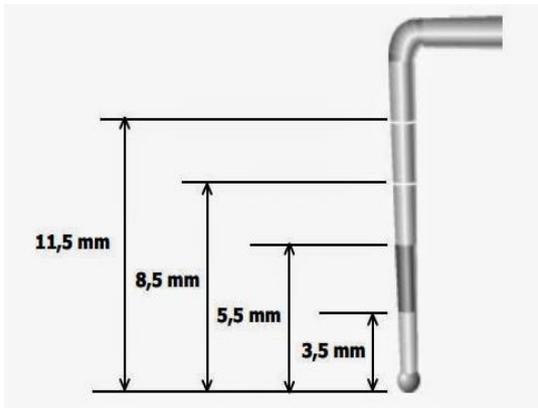
Avaliação Radiográfica:  Sim  Não

---

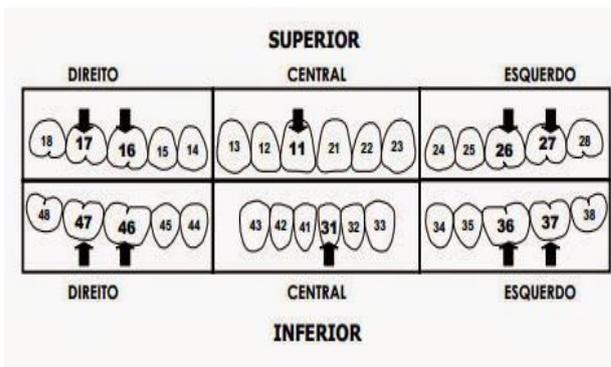


---

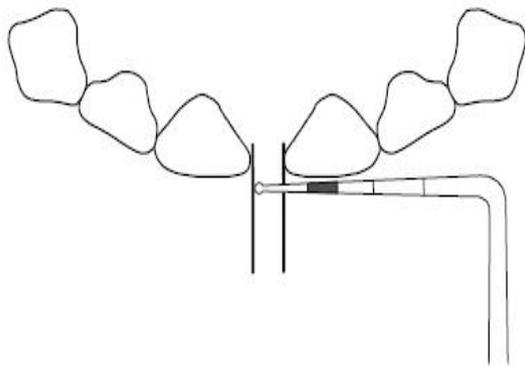
## Anexo D - Metodologia para a análise



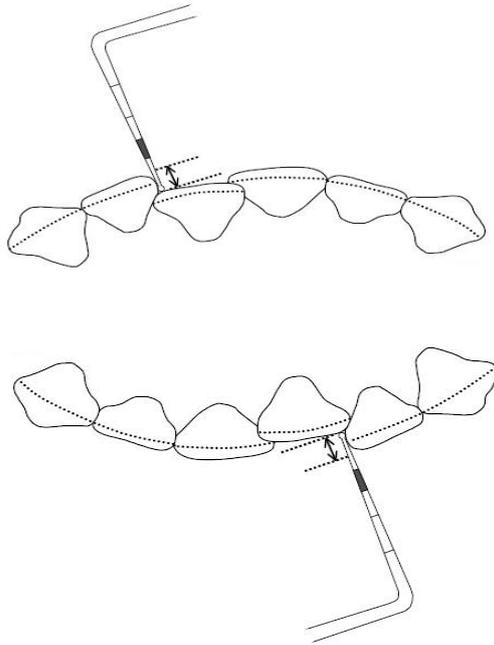
1. Sonda CPI



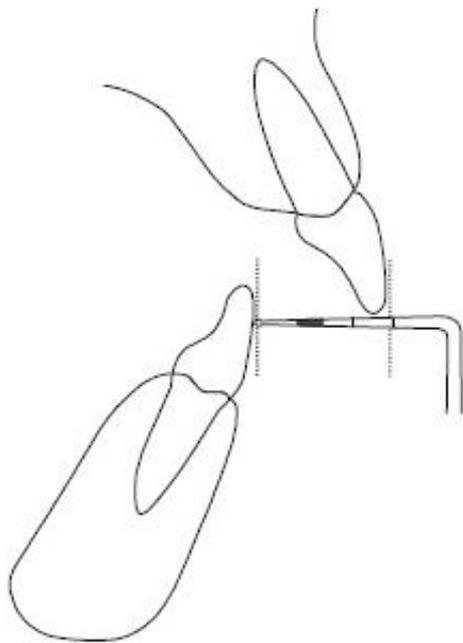
2. A **avaliação periodontal** foi realizada nos dentes em destaques nas superfícies vestibular e lingual, abrangendo as regiões mesial, média e distal.



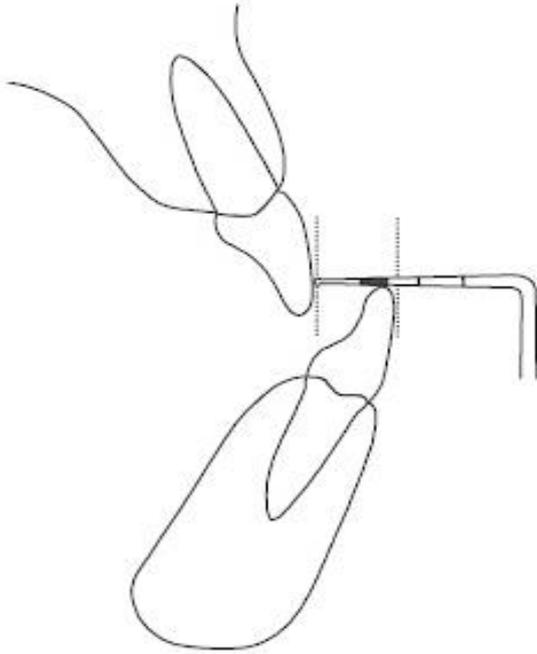
3. **Diastema incisal**: definido como o espaço, em milímetros, entre os dois incisivos centrais superiores permanentes, quando estes perdem o ponto de contato. O valor a ser registrado corresponde ao tamanho em mm medido com a sonda CPI.



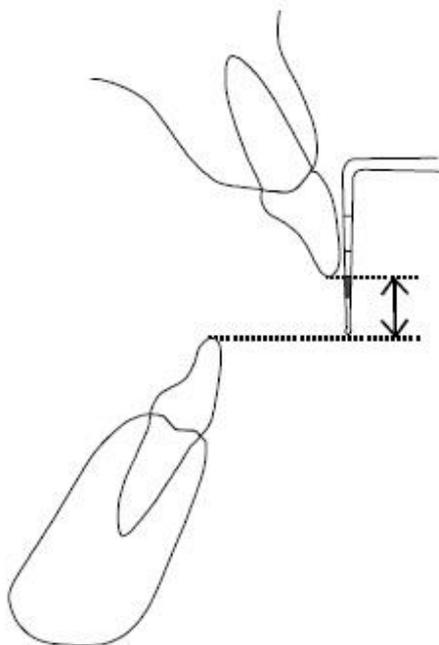
**4. Desalinhamento maxilar e mandibular anterior:** os 4 incisivos superiores e inferiores são examinados, registrando-se a maior irregularidade entre dentes adjacentes. A medida é feita, em mm, com a sonda CPI.



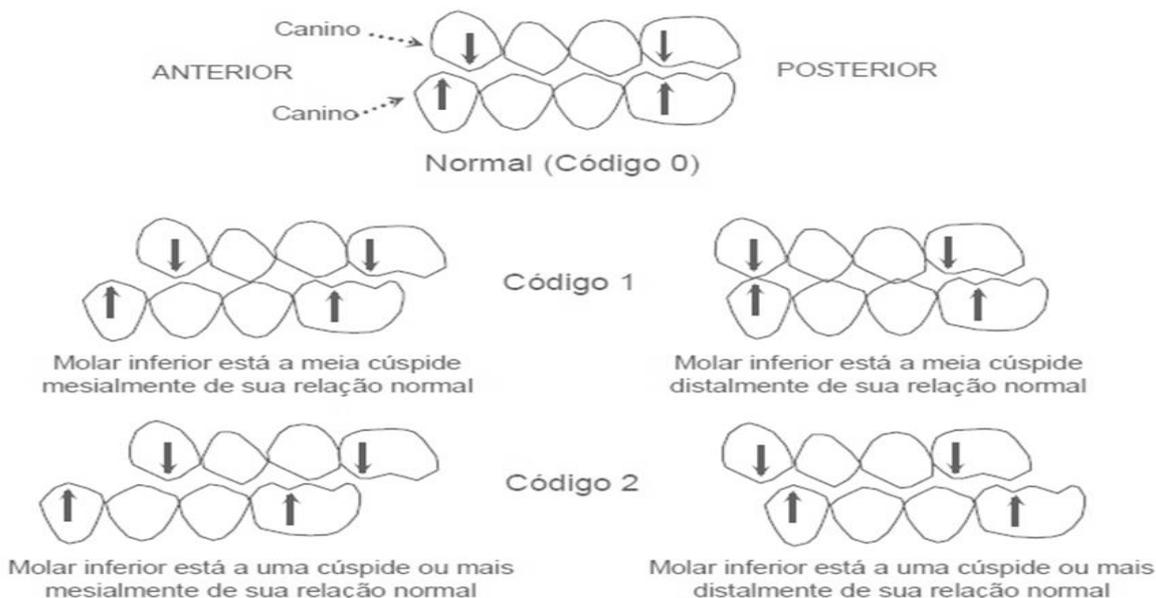
**5. Overjet Maxilar Anterior:** é a distância, em mm, entre as superfícies vestibulares do incisivo superior mais proeminente e do incisivo inferior correspondente. É medida com os dentes em oclusão cêntrica, utilizando-se a sonda CPI.



**6. Overjet Mandibular Anterior:** é caracterizado quando algum incisivo inferior se posiciona anteriormente ou por vestibular em relação ao seu correspondente superior. A protrusão mandibular, ou mordida cruzada, é medida com a sonda CPI e registrada em milímetros.



**7. Mordida Aberta Vertical Anterior:** Caracteriza-se uma situação de mordida aberta se há falta de ultrapassagem vertical entre incisivos opostos. O tamanho da distância entre os bordos incisais é medido com a sonda CPI, em mm.



**8. Relação Molar:** A avaliação é feita com base na relação entre os primeiros molares permanentes, superior e inferior. Se isso não é possível porque um ou ambos estão ausentes, não erupcionados completamente, ou alterados em virtude de cárie ou restaurações, então os caninos e pré-molares são utilizados. Os lados direito e esquerdo são avaliados com os dentes em oclusão e apenas o MAIOR desvio da relação molar normal é registrado.