

EDGARD MICHEL-CROSATO

**AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE E AVALIAÇÃO
DAS CONDIÇÕES BUCAIS DOS ESCOLARES,
DE 6 A 15 ANOS DE IDADE, DO MUNICÍPIO
DE PINHEIRO PRETO – SC, 2002.**

**ARAÇATUBA
2003**

EDGARD MICHEL-CROSATO

**AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE E AVALIAÇÃO
DAS CONDIÇÕES BUCAIS DOS ESCOLARES,
DE 6 A 15 ANOS DE IDADE, DO MUNICÍPIO
DE PINHEIRO PRETO – SC, 2002.**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia de Araçatuba da Universidade Estadual Paulista, como parte dos requisitos para a obtenção do título de DOUTOR.

Orientador: Prof. Dr. Orlando Saliba

**ARAÇATUBA
2003**

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca da FOA / UNESP

M623L Michel-Crosato, Edgard
Autopercepção de saúde e avaliação das condições bucais dos
escolares, de 6 a 15 anos, do município de Pinheiro Preto – SC,
2002. / Edgard Michel-Crosato. --
Araçatuba : [s.n.], 2003 171 f. : il.

Tese (Doutorado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade
de Odontologia, Araçatuba, 2003
Orientador: Prof. Dr. Orlando Saliba

1.Epidemiologia. 2. Saúde bucal. 3.Qualidade de Vida.

Black D5
CDD 617.601

DADOS CURRICULARES

Edgard Michel Crosato

NASCIMENTO: 29/10/1974 – SÃO PAULO, SP.

FILIAÇÃO: Edgard Crosato
Ana Cristina Michel Crosato

1995/1998: Curso de Graduação
Faculdade de Odontologia da Universidade Paulista – UNIP

1999/2001: Curso de Pós-Graduação em Deontologia e Odontologia Legal
(Mestrado) na Faculdade de Odontologia da Universidade de
São Paulo.

2000/2001: Professor Assistente das disciplinas de Orientação Profissional,
Odontologia Legal, Ergonomia e Ética na Faculdade de
Odontologia da Universidade Cruzeiro do Sul.

2002/2002: Título de especialista em Odontologia Legal expedido pelo
Conselho Regional de Odontologia do Estado de São Paulo.

2001/2003: Curso de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social
(Doutorado) na Faculdade de Odontologia de Araçatuba da
Universidade Estadual Paulista.

2002/ Professor Responsável das disciplinas de Odontologia em Saúde
Coletiva II, III, IV, V, VII, Ergonomia, Biossegurança e
Metodologia Científica da Universidade do Oeste de Santa
Catarina.

2003/ Professor das disciplinas de Bioestatística, Metodologia
Científica, Saúde Coletiva e Epidemiologia do Mestrado em
Saúde Coletiva da Universidade do Oeste de Santa Catarina.

2003/ Especialização em Administração Pública na Universidade do
Oeste de Santa Catarina (término previsto: março de 2004)

DEDICATÓRIA

À minha esposa Gabriela,

Aos meus pais, Edgard e Ana Cristina,

À Juan e Daniza,

À Wagner e à minha irmã Teresa,

À Paulo e Dani,

À tia Alice e a todos os familiares,

À Família Saliba,

"Uma nova filosofia, uma forma de vida, não ocorre por acaso. É preciso pagar caro por ela, e só a adquirimos com muita paciência, grande esforço e muito apoio.

Dedico este trabalho a essas pessoas que acompanharam de perto essa trajetória".

AGRADECIMENTOS

Ao **Prof. Dr. Orlando Saliba**, pela paciência, disponibilidade e firmeza na orientação deste estudo.

À **Profa. Dra. Nemre Adas Saliba**, pelo constante apoio, contribuições e principalmente por sua amizade.

À **Profa. Dra. Suzely Adas Saliba Moimaz** a quem devo os passos iniciais no Departamento de Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual Paulista.

À **Profa.Dra. Cléa Adas Saliba Garbin**, pelo apoio, confiança e amizade.

Ao **Prof. Dr Artênio José Isper Garbin**, pelo incentivo e atenção prestados.

Aos **demais professores do departamento de Odontologia Infantil e Social da FOA-UNESP**, pelos valiosos ensinamentos.

Ao **Prof. Dr. Moacyr da Silva**, pela constante amizade e supervisão.

Ao **Prof. Adgar Zeferino Bittencourt**, Diretor do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade do Oeste de Santa Catarina, pelo apoio prestado.

Ao **Prof. Dr. Edgard Crosato**, pela orientação e ajuda.

À **Profa. Maria Gabriela Haye Biazevic**, pela inestimável colaboração na realização deste trabalho.

Aos **colegas do Curso de Pós-Graduação**, pela profícua e agradável convivência.

À **CAPES**, pela bolsa de estudos que possibilitou-me o suporte financeiro para realizar o Doutorado.

À **Universidade Estadual Paulista**, pela oportunidade de continuar me aprimorando.

À **Universidade do Oeste de Santa Catarina**, fundamental para a execução do trabalho.

Ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social da FOA-UNESP.

Aos funcionários do Departamento de Odontologia Social, Sônia, Neusa, Lidinho e Nilton e Valderez, pela gentileza constante.

À Marieta, pela revisão desta Tese.

Aos escolares do município de Pinheiro Preto e seus pais, sem os quais este trabalho não teria sido possível de ser realizado.

Aos alunos de odontologia da Universidade do Oeste de Santa Catarina pelo apoio e dedicação.

À equipe de Professores de Odontologia em Saúde Coletiva da Universidade do Oeste de Santa Catarina.

À cidade de Pinheiro Preto pela cordialidade em que nos receberam.

A todos os funcionários da biblioteca da Faculdade de Odontologia de Araçatuba da Universidade Estadual Paulista.

SUMÁRIO

	LISTA DE FIGURAS	6
	LISTA DE TABELAS	8
	LISTA DE ABREVIATURAS, SÍMBOLOS E SIGLAS.....	14
	RESUMO.....	16
	ABSTRACT.....	18
1	INTRODUÇÃO.....	20
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	28
	2.1 LEVANTAMENTOS EPIDEMIOLÓGICOS DE CÁRIE DENTÁRIA.....	28
	2.2 LEVANTAMENTOS EPIDEMIOLÓGICOS DE DOENÇAS PERIODONTAIS.....	33
	2.3 LEVANTAMENTOS EPIDEMIOLÓGICOS DE MÁ-OCCLUSÕES.....	38
	2.4 LEVANTAMENTOS EPIDEMIOLÓGICOS DE FLUOROSE.....	45
	2.5 QUALIDADE DE VIDA, IMPACTOS BUCAIS E AUTOPERCEPÇÃO EM SAÚDE BUCAL.....	51
3	PROPOSIÇÃO.....	67
	MATERIAL E MÉTODOS.....	68
	4.1 MATERIAIS UTILIZADOS.....	68
	4.2 RECURSOS HUMANOS.....	70
	4.3 ASPECTOS ÉTICOS.....	71
	4.4 TREINAMENTOS DAS EQUIPES.....	72

4.5	ESTUDO PILOTO, CALIBRAÇÃO E PRÉ-TESTE.....	72
4.6	LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO.....	73
4.6.1	CÁRIE DENTÁRIA.....	74
4.6.2	ALTERAÇÃO GENGIVAL.....	76
4.6.3	MÁS-OCCLUSÕES.....	76
4.6.4	FLUOROSE.....	77
4.7	INFORMAÇÕES GERAIS E NÍVEL SÓCIO-ECONÔMICO.....	78
4.8	AUTOPERCEPÇÃO EM SAÚDE BUCAL.....	80
4.9	EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL.....	81
4.10	TRATAMENTO DOS RESULTADOS.....	82
4.10.1	ORGANIZAÇÃO E TABULAÇÃO DAS INFORMAÇÕES.....	82
4.10.2	ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	82
5	RESULTADOS	84
6	DISCUSSÃO.....	129
7	CONCLUSÕES.....	137
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	139
	ANEXOS.....	160

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Distribuição dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo com a frequência com que tiveram dificuldade para se alimentar ou gostar de comer, nos 6 meses anteriores à pesquisa.....	93
Figura 2.	Distribuição dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo com a severidade da dificuldade para se alimentar ou gostar de comer, nos 6 meses anteriores à pesquisa.....	94
Figura 3.	Distribuição dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo com a frequência com que tiveram dificuldade para pronunciar palavras, nos 6 meses anteriores à pesquisa.....	95
Figura 4.	Distribuição dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo com a severidade da dificuldade para pronunciar palavras, nos 6 meses anteriores à pesquisa.....	96
Figura 5.	Distribuição dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo com a frequência com que tiveram dificuldade para limpar os dentes, nos 6 meses anteriores à pesquisa.....	97
Figura 6.	Distribuição dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo com a severidade da dificuldade para limpar os dentes, nos 6 meses anteriores à pesquisa.....	97
Figura 7.	Distribuição dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo com a frequência com que tiveram dificuldade para dormir ou descansar, nos 6 meses anteriores à pesquisa.....	98
Figura 8.	Distribuição dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo com a severidade da dificuldade para dormir ou descansar, nos 6 meses anteriores à pesquisa.	99

Figura 9.	Distribuição dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo com a frequência com que tiveram dificuldade para sorrir ou gargalhar, nos 6 meses anteriores à pesquisa.	100
Figura 10.	Distribuição dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo com a severidade da dificuldade para sorrir ou gargalhar, nos 6 meses anteriores à pesquisa.	101
Figura 11.	Distribuição dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo com a frequência com que tiveram dificuldade manter a estabilidade emocional, nos 6 meses anteriores à pesquisa.....	102
Figura 12.	Distribuição dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo com a severidade da dificuldade para manter a estabilidade emocional, nos 6 meses anteriores à pesquisa.....	102
Figura 13.	Distribuição dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo com a frequência com que tiveram dificuldade para estudar, nos 6 meses anteriores à pesquisa. Araçatuba 2003.....	103
Figura 14.	Distribuição dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo com a severidade da dificuldade para estudar, nos 6 meses anteriores à pesquisa.....	104
Figura 15.	Distribuição dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo com a frequência com que tiveram dificuldade para brincar e se divertir com outras pessoas, nos 6 meses anteriores à pesquisa.	105
Figura 16.	Distribuição dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo com a severidade da dificuldade para brincar e se divertir com outras pessoas, nos 6 meses anteriores à pesquisa.....	106

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Distribuição dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo com a idade e o sexo.	85
Tabela 2.	Distribuição dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo com a idade.....	86
Tabela 3.	Distribuição dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo com a idade e escolas que freqüentam.	87
Tabela 4.	Estatística descritiva dos dados dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC), com relação à escola freqüentada, idade e sexo no ano de 2002.	88
Tabela 5.	Distribuição dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo com o tempo de residência na região.....	88
Tabela 6.	Distribuição dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo com o tipo de imóvel.	89
Tabela 7.	Distribuição dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo com o tipo de construção em que residem.....	89
Tabela 8.	Distribuição dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo com o número total de moradores da residência.....	90
Tabela 9.	Distribuição dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo com a origem da água utilizada na preparação de alimentos.....	90
Tabela 10.	Distribuição dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo com a utilização da escova de dentes.....	91
Tabela 11.	Distribuição dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo com a quantidade anual de vezes que trocam de escova de dentes.	91

Tabela 12.	Distribuição dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo com a situação sócio-econômica de suas famílias.....	92
Tabela 13.	Distribuição escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo com a pontuação obtida no IODD.....	92
Tabela 14.	Estatística descritiva dos dados dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC), com relação aos fatores que compõem o IODD, no ano de 2002.	107
Tabela 15.	Distribuição dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo com a relação idade / dentes decíduos cariados ou obturados com cárie(c), indicados para extração (e), obturados (o), ceo-d e dentes decíduos hígidos (h).	108
Tabela 16.	Medidas descritivas escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo com a idade e o ceo-d.....	109
Tabela 17.	Associação estatística entre idade e ceo-d, dos escolares de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, utilizando o teste de Dunn's para testar as diferenças entre os grupos etários.	109
Tabela 18.	Distribuição dos escolares de 6 a 15 anos do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo com a relação sexo / dentes decíduos cariados ou obturados com cárie (c), indicados para a extração (e), obturados (o), ceo-d e dentes decíduos hígidos (h).....	110
Tabela 19.	Correlação entre o índice ceo-d e o IODD dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002.....	111
Tabela 20.	Medidas descritivas dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo com a classe social e o ceo-d.	112
Tabela 21.	Distribuição dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo com a relação idade / dentes permanentes cariados ou obturados com cárie (C), perdidos (P), obturados (O), CPO-D e dentes permanentes hígidos (H).	113
Tabela 22.	Medidas descritivas dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo com a idade e o CPO-D.	113
Tabela 23.	Associação estatística entre idade e CPO-D dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, utilizando o teste de Dunn's para testar as diferenças entre os grupos etários.	114

Tabela 24.	Distribuição dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo com a relação sexo / dentes permanentes cariados ou obturados com cárie (C), perdidos (P) e obturados (O); índice de CPO-D e dentes permanentes hígidos (H).	115
Tabela 25.	Correlação entre o índice CPO-D e o IODD dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002.....	116
Tabela 26.	Medidas descritivas dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo com a classe social e o CPO-D.	117
Tabela 27.	Associação estatística entre condição sócio-econômica e CPO-D escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, utilizando o teste de Dunn's para testar a diferenças entre os grupos sociais.	117
Tabela 28.	Distribuição dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo com a relação idade / má-oclusão.....	118
Tabela 29.	Medidas descritivas escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo com idade e má-oclusão.....	119
Tabela 30.	Associação estatística entre idade e má-oclusão escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, utilizando o teste de Dunn's para testas a diferenças entre os grupos etários.	119
Tabela 31.	Distribuição dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo a relação sexo / má-oclusão.....	120
Tabela 32.	Correlação entre a má-oclusão e o IODD dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002.....	121
Tabela 33.	Medidas descritivas dos escolares de 6 a 15 anos do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo com a classe social e o índice de má-oclusão. Araçatuba, 2003.....	122
Tabela 34.	Distribuição dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo com a relação idade / ausência de fluorose.....	122
Tabela 35.	Medidas descritivas dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo com a idade e o índice de fluorose dentária.....	123
Tabela 36.	Distribuição dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo a relação sexo / índice de fluorose dentária.	124

índice de fluorose dentária.

Tabela 37.	Correlação entre o índice de fluorose dentária e o IODD escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002.....	125
Tabela 38.	Medidas descritivas escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo com a classe social e o índice de fluorose dentária.....	126
Tabela 39.	Distribuição dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo com a relação idade / alterações periodontais.....	127
Tabela 40.	Distribuição dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo a relação sexo / alterações periodontais.....	128
Tabela 41.	Distribuição dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo com a relação presença de alteração periodontal / IODD médio.....	129

LISTA DE ABREVIATURAS, SÍMBOLOS E SIGLAS

ABIPEME	Associação Brasileira de Institutos de Pesquisas Mercadológicas
c	Dentes decíduos cariados
C	Dentes permanentes cariados
CE	Centro Educacional Padre Trudo Plessers
ceo-d	Índice de dentes decíduos cariados, indicados à extração e obturados
CFI	Índice Comunitário de Fluorose
CONEP	Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
CPITN	<i>Community Periodontal Index of Tratrument Needs</i>
CPO-D	Índice de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados
DIP	<i>Dental Impact Profile</i>
e	Dentes decíduos indicados a extração
EMSP	Escola Municipal Prof. Maura de Senna Pereira
FDCS	<i>Florida Dental Care Study</i>
FOUSP	Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo
GOHAI	<i>Geriatric Oral Health Assesment Index</i>
h	Dentes decíduos hígidos
H	Dentes permanentes hígidos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IED	Índice de Estética Dentária
IODD	Impactos Odontológicos no Desempenho Diário
IPC	Índice Periodontal Comunitário
mm	Milímetro
NHANES III	<i>Third National Health and Nutrition Examination Survey</i>
o	Dentes decíduos obturados
O	Dentes permanentes obturados
OHIP	<i>Oral Health Impact Profile</i>
OH-QoL	<i>Oral Health Quality of Life Inventory</i>
OHRQOL	<i>Oral Health-Related Quality of Life</i>
OIDP	<i>Oral Impacts on Daily Performances</i>

OMS	Organização Mundial da Saúde
P	Dentes permanentes perdidos
RS	Rio Grande do Sul
SC	Santa Catarina
SP	São Paulo
SESI	Serviço Social da Indústria
SIDD	<i>Social Impacts of Dental Disease</i>
SIDL	<i>Subjective Impacts on Daily Living</i>
SIP	<i>Sickness Impact Profile</i>
SROH	<i>Self Rated Oral Health</i>
TF	Índice de Thylstrup e Fejerskov
UNESP	Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”
UNOESC	Universidade do Oeste de Santa Catarina
WHO	<i>World Health Organization</i>

MICHEL-CROSATO, E. **Autopercepção de saúde e avaliação das condições bucais dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do Município de Pinheiro Preto – SC, 2002.** Araçatuba, 2003. 171f. Tese (Doutorado em Odontologia Preventiva e Social) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi verificar a prevalência de cárie dentária, fluorose, má-oclusão, doença periodontal e autopercepção de saúde bucal em escolares de 6 a 15 anos de idade, do Município de Pinheiro Preto, SC. Trata-se de um censo transversal, onde participaram 513 escolares, de ambos os sexos. Antes de sua realização, o projeto de pesquisa foi encaminhado ao comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo, RS, tendo sido aprovado. O levantamento foi realizado em setembro de 2002. A metodologia utilizada para o levantamento de cárie dentária e fluorose foi a da Organização Mundial de Saúde (OMS), 4^a edição. Para a má-oclusão foi utilizada a metodologia da OMS segundo 3^a edição e, para as condições periodontais, verificou-se presença ou ausência de doença. Para a mensuração da autopercepção foi utilizado o instrumento IODD. Os escolares foram examinados por 3 cirurgiões-dentistas devidamente calibrados, após obtenção do kappa apropriado ($> 0,08$). Os dados foram trabalhados no programa estatístico EPIINFO-6, e foram utilizados os testes de Kruskal-Wallis, Man-Withey, Correlação de Sperman e o teste do qui-quadrado (nível de significância de 5%). Aos 12 anos de idade, o CPO-D foi de 2,57. Detectou-se diferença estatisticamente significativa entre condição socioeconômica e CPO-D ($p \leq 0,05$). O ceo aos 6 anos de idade foi de 4,41. Do total dos escolares, 13,26% não apresentaram problemas de má-oclusão, 51,66% apresentaram má-oclusões muito leves ou leves, e 35,09% tinham má-oclusões de moderadas a severas. Em relação a fluorose dentária, 70,57% dos escolares não apresentavam essa patologia. A população estudada apresentou um impacto médio de 10,24% nas atividades diárias decorrentes de problemas odontológicos. Concluiu-se que a prevalência de cárie e alterações gengivais foi baixa; a prevalência da má-oclusão foi alta, embora a severidade tenha sido baixa (má-oclusão muito leve e leve) e a prevalência de fluorose encontrada esteve acima dos padrões

para localidade com teor ideal de flúor. A maioria da população teve um baixo impacto nas suas atividades diárias devido a problemas bucais. É necessário diminuir a prevalência e severidade das doenças bucais estudadas no município de Pinheiro Preto-SC, principalmente nas classes sociais menos favorecidas.

Palavras-chave: epidemiologia; saúde bucal; qualidade de vida.

MICHEL-CROSATO, E. **Self-perceived health status and oral health conditions of 6 to 15 years old schoolchildren living in Pinheiro Preto – SC, Brazil, 2002.** Araçatuba, 2003. 171p. Thesis (PhD in Preventive and Social Dentistry) – Universidade Estadual Paulista School of Dentistry (FOA-UNESP).

ABSTRACT

The objective of this report was to verify dental caries, fluorosis, malocclusion, periodontal disease prevalence, and also oral health self-perception among children and adolescents aged between 6 and 15 years old living in Pinheiro Preto – SC city, Southern Brazil. Before it was conducted, the protocol study was sent to the Passo Fundo – RS University Ethical Comitee, and it was approved. It was carried out a cross sectional prevalence census study. The participants were 513 (n=513), aged between 6 and 15 years, both sexes. The survey was carried out in September 2002. "Oral health Surveys, Basic Methods, 4th edition" (World Health Organization) was used to assess caries and fluorosis prevalence, and its 3rd edition to assess malocclusion. It was analized the presence or absence of periodontal disease and the OIDP was used to assess the oral health condition self-perception. The schoolchildren were examined by three calibrated dental surgeons, after obtaining appropriate kappa (> 0.08). Data were compiled at statistical package (EPIINFO-6), through Krushkal-Wallis, Mann-Whitney, Spearmann correlation and chi-square tests (level of significance of 5%). DMF-T at 12 years was 2.57. A significant statistical difference was obtained between socioeconomic status and DMF-T ($p<0.05$). It was found a dmf-t of 4.41 at the age of 6 years old. Among the schoolchildren, 13.26% didn't had malocclusion problems, 51.66% had light or lighter malocclusions, and 35.09% presented moderate and severe ones. Among 6 years old participants, 73.68% were dental fluorosis free. 10.24% of the participants presented daily impacts because of dental problems. Dental caries and periodontal disease prevalence was low; malocclusion prevalence was high, but its severity was low (light or lighter malocclusion). Dental fluorosis is above the local standard in a community as Pinheiro Preto-SC, which has ideal fluor concentration in water. Most of the participants had a low impact in their

daily activities because problems with their teeth. It is necessary to reduce oral health problems prevalence and severity in Pinheiro Preto- SC, mainly in lower socioeconomical population.

Key words: epidemiology; oral health; quality of life.

1 INTRODUÇÃO

A epidemiologia reveste-se de grande relevância para a administração em saúde coletiva, principalmente no que concerne ao planejamento de serviços. Os profissionais que se dedicam a essa área de atuação necessitam de informações sobre programas de prevenção e tratamento das doenças.

De acordo com Susser (1973), a epidemiologia é o estudo da distribuição e dos determinantes da saúde em populações. Esse entendimento é partilhado por Pereira (1995), para quem a epidemiologia é o ramo das ciências da saúde que investiga, nas populações, a ocorrência, a distribuição e os fatores relacionados à saúde.

A necessidade de organizar os serviços de saúde para a comunidade fez com que diferentes pesquisadores desenvolvessem, ao longo do tempo, estudos epidemiológicos para conhecer a real situação de saúde das comunidades.

A verificação das condições de saúde e o planejamento devem ser instruídos pelo resultado de estudos epidemiológicos bem delimitados. Quando realizados com critério, periodicamente, em âmbito local, regional ou nacional e em condições homogêneas. Tais estudos permitem identificar, avaliar e monitorar a distribuição e as tendências da prevalência e severidade das doenças (MARCENES; BONECKER, 2000).

No campo da saúde coletiva, os levantamentos epidemiológicos para a mensuração das condições bucais e das necessidades de tratamento vêm sendo amplamente utilizados em todo o mundo. A cárie dentária e suas manifestações têm sido objeto de inúmeros estudos. No Brasil, em 1986, a média de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D; KLEIN *et al.*, 1938), foi de 6,65 aos 12 anos de idade (BRASIL, 1988) que, em 1996, foi reduzido para 3,06 (BRASIL, 1998). Esse gradativo declínio nas taxas de cáries tem sido observado em todo o mundo (NADANOVSKY, 2000), e é atribuído a fatores como o uso de flúor, a redução do consumo de açúcar e a conscientização sobre a importância de manter hábitos de higiene bucal, dentre outros.

A descoberta das propriedades anticariogênicas dos fluoretos foi um dos adventos mais importantes na prevenção de problemas bucais, mas também trouxe riscos para a saúde bucal das pessoas. Isto porque, quando ingeridas em altas doses, tais substâncias podem promover fluorose dental, como confirmam estudos nacionais e internacionais, que registram aumento nos quadros de fluorose, predominantemente nas formas leve e moderada.

Com o declínio dos índices de cárie, o estudo da prevenção e da epidemiologia das doenças periodontais tem ganhado importância nas últimas décadas. Em revisão bibliográfica sobre a prevalência de doença periodontal em indivíduos entre 4 e 15 anos de idade, Pereira (1994) verificou alta incidência desse problema.

Além da cárie dentária, das periodontopatias e da fluorose, a má-oclusão é um dos problemas de saúde pública que muito tem preocupado os estudiosos. De acordo com Silva (1980), 50% da população brasileira apresenta algum tipo de má-oclusão. E a identificação precoce desse quadro, segundo Bresolin (2000), possibilita o direcionamento de atitudes preventivas ou curativas a serem dispensadas pelos serviços de saúde.

Para possibilitar o desenvolvimento de bons programas de saúde bucal, os levantamentos básicos nessa área devem gerar informações confiáveis. Entretanto, em alguns municípios brasileiros tais informações são subutilizadas, pois seus achados e conclusões poucas vezes resultam na efetiva implementação de ações e/ou programas de prevenção e/ou erradicação do(s) problema(s) identificado(s) (VAUGHAN; MORROW, 1997).

Mas, a despeito dessa subutilização, e da existência de informações globais para o país, algumas regiões ainda carecem de levantamentos locais. Desta forma, é difícil estabelecer um diagnóstico de saúde que contemple aspectos regionais e de comunidades específicas.

Há vários modelos de delineamento de estudo para verificar as condições de saúde bucal de uma coletividade. Dentre esses desenhos, os mais utilizados são os estudos transversais ou de prevalência que, de acordo com Rouquayrol e Almeida Filho (1999), produzem “instantâneos” da situação de saúde de uma população ou comunidade: a partir da avaliação individual do estado de saúde de cada um dos indivíduos, essas investigações produzem indicadores globais de saúde para o grupo investigado.

Para Pinto (2000), o estudo de prevalência, além de ser de fácil realização e baixo custo, permite analisar variáveis como a distribuição das doenças por idade, por sexo, por etnia e por local de residência, fornecendo valiosos subsídios ao planejamento das necessidades coletivas de tratamento.

Ainda de acordo com o autor, os principais problemas desse tipo de levantamento são a utilização de metodologias distintas e a diferença entre as populações estudadas, que geram informações muito discrepantes, inviabilizando comparações. Para solucionar tais diferenças, existe a metodologia sugerida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para levantamentos básicos em saúde bucal (OMS, 1999), que visa a padronização dessas técnicas de levantamento.

Mas, para determinar as necessidades de tratamento, não se pode considerar apenas as necessidades normativas, que podem ser definidas como aquelas determinadas pelo atento olhar clínico do profissional, postula

Sheiham (2000). Segundo o autor, esse modelo carece de objetividade e não tem precisão, pois não fornece informações a respeito de como as pessoas percebem a doença, se elas se consideram doentes, ou se a doença leva a uma incapacidade. Assim, a percepção do usuário tem validade prognóstica mais alta que as necessidades apontadas pelas normativas.

Também Kay (1993) defende a necessidade de agregar, aos levantamentos epidemiológicos de diversas condições, inclusive as bucais, a percepção do usuário dos serviços a respeito de suas próprias necessidades de tratamento. Assim, o governo canadense, por exemplo, tem incluído tal tipo de questionamento ao realizar os censos populacionais, que também exploram a opinião da população a respeito do uso de serviços médicos, e o tempo de trabalho perdido em função de diversos problemas de saúde.

Com essa mudança de paradigma – mensura-se a saúde, e não mais a doença -, o conceito de qualidade de vida tem estado cada vez mais presente nas discussões relativas à saúde das populações (LOCKER, 1997a,b). Desta forma, os indicadores de qualidade de vida ou de autopercepção de saúde vêm sendo utilizados, para fornecer um panorama mais exato de qual tipo de restrição em sua vida diária o usuário de serviços de saúde experimenta em função de condições bucais precárias. Nesse contexto, aspectos como diminuição das horas de sono, não realização de algumas atividades de lazer, restrições alimentares,

desordens psicológicas relacionados à diminuição da auto-estima e perda de dias de escola e trabalho têm sido apontados como decorrência de problemas odontológicos. Assim, fica claro que o impacto da condição bucal na qualidade de vida de populações não deve ser desconsiderado, pois é um poderoso instrumento de associação com as condições objetivas – clínicas – para o planejamento dos serviços.

Já de há algum tempo, diferentes estudiosos vêm desenvolvendo instrumentos para mensurar o impacto da condição bucal na qualidade de vida dos indivíduos e das populações em geral. Dentre eles, destacam-se o *Oral Health Impact Profile* (OHIP), proposto por Reisine (1997), o *Geriatric Oral Health Assesment Index* (GOHAI), apresentado por Atchison (1997), e o Índice de Impactos Odontológicos no Desempenho Diário (IODD), desenvolvido por Adulyanon e Sheiham (1997). Cada um desses instrumentos possui características próprias e, em geral, quantificam o impacto das condições bucais na qualidade de vida da população.

O modelo teórico no qual o IODD se baseia é a Classificação Internacional de Comprometimentos, Incapacidades e Deficiências da OMS (OMS,1980). O IODD analisa três níveis diferentes do estado de saúde bucal, a saber: o primeiro trata do estado de saúde bucal e utiliza os índices tradicionais, como o CPO-D e o índice periodontal comunitário (IPC); o segundo verifica alterações nos tecidos bucais que provocaram como resultado a dor, desconforto bucal e limitação funcional; o terceiro mensura

os impactos definitivos sobre a capacidade de realizar atividades diárias que envolvam desempenho físico, psicológico e social.

A proposição geral do presente estudo é verificar a existência de associação entre a auto-percepção da condição bucal e a condição bucal propriamente dita de crianças e adolescentes residentes no município de Pinheiro Preto (SC). Para tanto, foi realizado um levantamento epidemiológico de abrangência local em saúde bucal naquele município. O Município citado está localizado na região do meio-oeste catarinense, pertencendo à regional de saúde de Joaçaba – SC. Possui 2729 habitantes (IBGE, 2002).

O levantamento epidemiológico foi realizado em escolares de 6 a 15 anos, trata-se um estudo de prevalência, onde foi verificada necessidade normativa da condição de saúde bucal e necessidades de tratamento odontológico.

Com esse levantamento, pretendeu-se estabelecer um diagnóstico de saúde bucal com base nos índices de CPO-D, de fluorose, gengival e de má-oclusão. Outros fatores analisados foram o nível sócio-econômico da população, e a auto-percepção em saúde bucal.

O levantamento básico em saúde bucal tem como objetivo iniciar o diagnóstico populacional de saúde bucal coletiva do município. A proposta da Prefeitura Municipal de Pinheiro Preto é, a partir desse levantamento, planejar ações e destinar recursos para a melhoria das condições bucais da população estudada – 6 a 15 anos – e, futuramente, ampliar essa

cobertura. Além disso, a presente investigação servirá como referência de comparação com os indicadores subjetivos de saúde bucal.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A fim de esclarecer o leitor, definir com clareza o escopo do presente estudo e facilitar o entendimento, o presente capítulo é dividido em: LEVANTAMENTOS EPIDEMIOLÓGICOS DE CÁRIE DENTÁRIA; LEVANTAMENTOS EPIDEMIOLÓGICOS DE DOENÇA PERIODONTAL; LEVANTAMENTOS EPIDEMIOLÓGICOS DE MÁ-OCCLUSÃO; LEVANTAMENTOS EPIDEMIOLÓGICOS DE FLUOROSE; QUALIDADE DE VIDA, IMPACTOS BUCAIS E AUTOPERCEPÇÃO EM SAÚDE BUCAL. Dentro de cada divisão, as citações respeitam a ordem cronológica.

2.1 LEVANTAMENTOS EPIDEMIOLÓGICOS DE CÁRIE DENTÁRIA

A cárie dentária tem sido um problema de saúde pública no último século. Em 1971, antes da fluoretação das águas de abastecimento público no município de São Paulo, o CPO-D era de 8,37, relatam Viegas e Viegas (1985); decorridos 10 anos de fluoretação, esse índice caiu para 3,81, o que implica uma redução de 54,5%.

Em 1980, os índices CPO-D no Brasil para as idades de 12 e 6 anos eram, respectivamente, de 7,25 e de 1,64 (PINTO, 1983).

Vertuan e Pereira (1985) realizaram um estudo epidemiológico no qual examinaram 722 escolares da cidade de Américo Brasiliense, São Paulo, com idades de 7 a 14 anos. Aos 12 anos de idade, o CPO-D era de 9,18 para o sexo feminino, e de 8,93 para o sexo masculino.

Em 1986, Viegas e Viegas (1988) examinaram uma população de 4020 indivíduos da cidade de Barretos: crianças de 5 a 14 anos e adultos de 15 a 24 anos. Esse levantamento epidemiológico apontou, aos 12 anos, um CPO-D de 3,54, 57,7% menor que o índice de 1971, que foi de 8,37.

Levantamento epidemiológico em saúde bucal realizado pelo Ministério da Saúde em 1986 (BRASIL, 1988), cujo universo de estudo foi a população urbana de 16 capitais brasileiras de várias faixas etárias apontou índice de CPO-D de 6,65 aos 12 anos de idade, que embora ainda alto, havia diminuído em relação ao de 1986.

Segundo Thylstrup e Fejerskov (1988), a partir dos anos 70 houve uma diminuição da prevalência dessa doença, possivelmente em decorrência das medidas de prevenção (fluoretos).

Estudo realizado por Chironga e Manji (1989) no Zimbábue (África) com 1640 escolares, apresentou um CPO-D de 0,57.

Segundo Brunelle e Carlos (1990), em localidades onde as crianças sempre receberam água fluoretada, a redução de CPO-D é em torno de

18%. Ainda de acordo com os autores, essa diminuição pode ser de 25 % se forem adotadas aplicações tópicas de flúor em conjunto com a água fluoretada.

Yankilevitch e Ballellino (1992) estudaram a prevalência da cárie em dentes decíduos e permanentes na cidade de Córdoba, Argentina. Foram examinados escolares de 6 e 12 anos de idade de escolas públicas e privadas. A média de dentes decíduos cariados, indicados para a extração ou obturados (ceo-d) encontrada nos escolares de 6 anos foi de 2,31 nas escolas estaduais, e de 1,27 nas escolas privadas. A porcentagem de crianças livres de cárie foi de 13,6% nas escolas municipais, 52,2% nas estaduais e 76,9% nas escolas privadas. Nos escolares de 12 anos, o CPO-D foi de 1,85 nas escolas públicas e 2,59 nas escolas privadas.

Examinando 392 escolares de 6 a 12 anos de idade da área rural do município de Araraquara, Dini *et al.* (1993) observaram um índice de CPO-D de 4,00 aos 12 anos.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) apresentou, em 1994, um boletim sobre a prevalência da cárie no mundo e, com base em uma escala de gravidade para o CPO-D estabeleceu, para o ano de 2000, a meta de até 3 dentes cariados, perdidos ou obturados em crianças de 12 anos de idade . A escala de gravidade da OMS para a cárie dentária estabelece que CPO-D de 0,0 a 1,1 indica prevalência muito baixa; de 1,2 a 2,6, prevalência baixa; de 2,7 a 4,4, prevalência intermediária; de 4,5 a

6,5, prevalência alta; e maior que 6,5, prevalência muito alta. Assim, por meio de levantamentos básicos de saúde bucal, é possível analisar a situação de saúde de uma sociedade (OMS, 1994).

No período compreendido entre 1973 e 1993, o Reino Unido teve redução de 55% da prevalência da cárie dentária em dentes decíduos aos 5 anos de idade, e de 75% em dentes permanentes aos 12 anos de idade (DOWNER, 1994).

De acordo com Truin *et al.* (1994), em 1994 a Holanda tinha baixa prevalência de cáries, e a Bélgica apresentava moderada prevalência de cárie.

Marthaler *et al.* (1994) creditam à mudança de hábitos alimentares, à utilização de fluoretetos tópicos, à fluoretação do sal e à introdução de flúor nos dentrífcios a redução do CPO-D aos 12 anos de idade na Suíça de 11,3, em 1950, para 1,2 em 1992.

O Serviço Social da Indústria (SESI, 1996) realizou em 1993 um levantamento de saúde bucal abrangendo 22 unidades federativas brasileiras, no qual foram examinadas 110.640 crianças de 114 municípios e foi encontrado um CPO-D de 4,8 aos 12 anos de idade.

Para Weyne (1997), embora a prevalência da cárie esteja em declínio nos países industrializados, não se pode esquecer que em tais nações existe o fenômeno da polarização: uma pequena parte da população concentra a maior parte das doenças e necessidades de tratamento. Assim, segundo o autor, nesses países é possível encontrar

metade da população de 12 anos de idade livre de cárie, enquanto 60% das lesões existentes se concentram em 20% das crianças. Os grupos polarizados são geralmente minoritários, socialmente desprotegidos e, portanto, mais vulneráveis aos fatores de risco da doença.

O Segundo Levantamento Epidemiológico Nacional em Saúde Bucal, realizado em 1996 com 38.800 crianças de 6 e 12 anos de idade de 27 capitais brasileiras revelou um índice de CPOD de 3,1 aos 12 anos (BRASIL, 1998), prevalência moderada de acordo com os critérios da OMS.

Levantamento das condições de saúde bucal realizado por Castellanos *et al.* (1999) em 153 escolares de 12 anos da cidade de Osasco (São Paulo) apontou CPO-D de 1,52.

No período compreendido entre 1980 e 1996, de acordo com Narvai (2000), o CPO-D de crianças brasileiras de 12 anos de idade teve redução de 57,8%.

Comenta Patino (2001) que, se a OMS tinha como meta o CPO-D menor que 3 aos 12 anos de idade, várias regiões brasileiras já atingiram essa meta. O desafio agora é atingir metas mais audaciosas, como aquela mencionada no IV Congresso Mundial de Odontologia Preventiva: alcançar um CPO-D igual a 1 em 2010.

Em 1982, o CPO-D do estado de São Paulo era de 7,14; em 2002, esse índice tinha recuado para 2,52 (SOARES *et al.*, 2002).

2.2 LEVANTAMENTOS EPIDEMIOLÓGICOS DE DOENÇAS PERIODONTAIS

Existem na literatura vários estudos epidemiológicos de abrangência nacional e internacional sobre a prevalência de problemas periodontais. Após 1988 a maioria dos estudos utilizou a metodologia preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1999).

Gjermeo *et al.* (1983) realizaram uma investigação epidemiológica na cidade de Belo Horizonte (Minas Gerais), e examinaram 308 adolescentes de 14 a 16 anos de idade. Um terço dos sextantes não necessitava de tratamento, e o comprometimento periodontal era mais severo em indivíduos do sexo masculino que em indivíduos do sexo feminino.

Em estudo em que avaliou as necessidades de tratamento periodontal em 258 pacientes de 19 a 65 anos da clínica integrada da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Catandi (1988) verificou que nenhum examinado apresentava condições normais em todos os sextantes.

Investigação realizada na Alemanha em 3140 indivíduos de idade superior a 15 anos revelou que apenas 1,3% dos adolescentes entre 15 e 19 anos de idade apresentavam pelo menos um sextante saudável; a manifestação de doença de maior prevalência foi o sangramento gengival (FLORES-DE-JACOBY *et al.*, 1989).

Avaliando condição periodontal de 600 adolescentes de 15 a 19 anos de idade da cidade do Rio de Janeiro (Rio de Janeiro), Medeiros (1989) constatou que apenas 15% do total dos entrevistados não apresentavam problemas periodontais; 77,4% apresentavam gengivite, 19,2 tinham doença periodontal invasiva e 3,4% portavam doença periodontal avançada.

Miyazaki *et al.* (1990) examinaram 358 adolescentes norte-americanos de 15 a 19 anos de idade, dos quais 17,7% apresentavam boas condições periodontais.

Em estudo epidemiológico transversal realizado em Bermeo-Viscaya (Espanha), Cundín *et al.* (1991) examinaram 424 pescadores de 16 a 61 anos, e verificaram que apenas 11,3% dos indivíduos dentados apresentavam todos os sextantes saudáveis.

Utilizando o Community Periodontal Index of Tratrament Needs (CPITN), Flores-de-Jacoby *et al.* (1991) examinaram 1854 indivíduos dos sexos masculino e feminino, de 15 a 67 anos, da cidade do Rio Janeiro (Rio de Janeiro). No grupo etário de 15 a 19 anos de idade, 52,65% apresentavam bolsas rasas como pior condição, e 2,5% apresentavam todos os sextantes saudáveis.

Para verificar a prevenção e o controle das doenças periodontais, Caldas e Bervique (1992) examinaram pacientes de 17 a 22 anos do Hospital de Pernambuco. Do total da amostra, apenas 6,0%

apresentavam todos os sextantes saudáveis, e a pior condição foi o cálculo dental, presente em 43,0% dos examinados.

Em estudo realizado no Panamá, Crovari (1994) examinou 740 adolescentes e encontrou apenas 0,5% do total com periodonto normal; mais da metade dos jovens (62,6%) apresentava cálculo.

Miller *et al.* (1994) examinaram 1005 indivíduos de 15 a 60 anos na cidade de Nancy, França, para verificar e testar o índice CPITN . Os autores relatam que, dos 222 adolescentes de 15 a 19 anos, 9,0% apresentaram CPITN = 0, e 11,7% apresentaram sangramento gengival.

Com o auxílio do CPITN, Taani (1995) realizou 2039 exames em adolescentes de 15 e 16 anos de idade da Jordânia, e constatou que 37,0% apresentavam periodonto saudável, e 40% tinham sangramento gengival.

Em estudo periodontal realizado na Etiópia com indivíduos de 12 anos de idade ou mais, Cohen *et al.* (1995) observaram que, aos 12 anos de idade, a condição mais prevalente foi o sangramento (62,7%).

Bjarnason *et al.* (1995) avaliaram as condições periodontais de 506 adolescentes de 15 anos de idade na Latvia (União Soviética). Do total dos adolescentes que participaram do estudo, 9,3% apresentaram todos os sextantes saudáveis, e 38,7% apresentaram sangramento gengival.

Investigação longitudinal realizada por Crossner e Unell (1996) em Orebro (Suécia) contemplou o acompanhamento de um mesmo grupo de indivíduos durante 11 anos: os exames foram realizados quando tais

pacientes tinham 14 anos e 7 meses, 15, 19 e 25 anos. Os autores constataram que, no período de abrangência da investigação - 11 anos -, as inflamações gengivais resultantes de escovação precária se agravaram, tornando-se indicadoras de doença periodontal destrutiva.

Para avaliar a condição gengival e de placa bacteriana de crianças com mau posicionamento dentário, Araújo (1997) estudou uma amostra composta por 200 escolares de 7 a 12 anos da cidade de Recife (Pernambuco). Após a mensuração dos índices, os resultados foram submetidos à análise estatística, que demonstrou que 100% da amostra analisada apresentava gengivite e placa bacteriana, revelando uma correlação positiva, estatisticamente significativa, entre o mau posicionamento dentário e o acúmulo de placa bacteriana e a gengivite. A gengivite moderada foi a patologia que apresentou maior prevalência, correspondendo a 93,5% da amostra analisada.

Em estudo epidemiológico realizado em Araraquara (São Paulo), Dini e Foschini (1997) examinaram a condição periodontal de escolares de 7 a 19 anos, e verificaram que o sangramento era a condição mais observada (49,0%).

Utilizando o índice CPITN, Roman e Pop (1998) examinaram 214 operários de 18 a 60 anos de idade de Cluj-Napoca (Romênia). Observaram que 9,3% dos examinados apresentavam todos os sextantes saudáveis e 21,5% tinham sangramento.

Juarez *et al.* (1999) avaliaram a higidez periodontal de 150 pacientes de 13 a 70 anos em Resistência (Argentina) No grupo etário de 13 a 20 anos, 63,8% dos indivíduos apresentavam periodonto normal, e o sangramento foi a condição mais freqüentemente encontrada.

O levantamento epidemiológico implementado por Silva (1999) em Porto Alegre (Rio Grande do Sul) contemplava a prevalência de cárie, gengivite e fluorose em escolares de 12 anos de idade no período 1998/1999. Segundo o autor, a maioria dos trabalhos mostra a alta prevalência da gengivite entre os indivíduos, e pouca modificação desse quadro ao longo do tempo. E conclui que, embora o número de indivíduos que apresentam quantidade exacerbada de superfícies sangrantes seja restrito, ainda assim a freqüência da gengivite é grande.

Também Silva e Maltz (2001) investigaram a prevalência de cárie, gengivite e fluorose em escolares de 12 anos de Porto Alegre. Para tanto, examinaram 1000 escolares das redes de ensino público e particular da cidade. Para a mensuração da doença periodontal os autores adotaram o índice de sangramento gengival que, na amostra estudada, foi de 19,76%.

2.3 LEVANTAMENTOS EPIDEMIOLÓGICOS DE MÁ-OCCLUSÕES

A prevalência, a incidência e a necessidades de tratamento das más-oclusões foram amplamente estudadas na literatura nacional e internacional.

Na Itália, ainda em 1915, Chiavaro (1915) examinou 1000 crianças de 3 a 6 anos sem utilizar equipamentos, e observou que 71,1% delas apresentavam oclusão normal, e 28,9% apresentavam algum tipo de má-oclusão.

Em estudo realizado na Alemanha em crianças de 6 a 14 anos, Korkhaus (1928) encontrou correlação positiva entre a má-oclusão e a idade dos participantes.

Em pesquisa para verificar a incidência de cárie, gengivite e má-oclusão em crianças de 14 a 17 anos na cidade de Chigago (Estados Unidos), Savara (1955) examinou 2774 indivíduos dessa faixa etária e e verificou que apenas 2,93% apresentavam oclusão normal; 50,07% apresentavam classe I de Angle - neutroclusão: relação anteroposterior normal entre maxila e mandíbula; a crista triangular da cúspide mesiovestibular do primeiro molar permanente oclui no sulco mesiovestibular do primeiro molar permanente inferior; a base óssea que suporta a dentadura mandibular encontra-se diretamente abaixo do osso maxilar, e nenhuma delas está numa posição mais anterior ou posterior em relação ao crânio -; 16,8% apresentavam classe II divisão primeira de Angle – distoclusão divisão primeira: má-oclusão em que existe uma

“relação distal” entre mandíbula e maxila; o sulco mesiovestibular do primeiro molar inferior permanente oclui posteriormente à cúspide mesiovestibular do primeiro molar superior, os incisivos superiores estão em labioversão exagerada -; 2,71% tinham classe II divisão segunda de Angle - distoclusão divisão segunda: má-oclusão em que existe uma “relação distal” entre mandíbula e maxila; o sulco mesiovestibular do primeiro molar inferior permanente oclui posteriormente à cúspide mesiovestibular do primeiro molar superior, os incisivos centrais superiores estão quase em sua posição normal ou apresentam uma leve linguoversão -; e 9,34% apresentavam classe III de Angle - mesioclusão: relação mesial entre mandíbula e maxila.

Para verificar a prevalência da má-oclusão e seus fatores etiológicos, Gardiner (1956), avaliou 1000 crianças e adolescentes ingleses de 5 a 15 anos, e observou que 74,2% apresentavam algum tipo de má-oclusão.

Utilizando a classificação de Angle, Hill *et al.* (1959) realizaram um estudo com 1888 crianças de 12 a 14 anos na cidade de Evaston (Estados Unidos), e constataram que 62,6% apresentavam oclusão normal.

Calisti *et al.* (1960) realizaram um estudo para verificar a associação entre má-oclusão e nível sócio-econômico em 491 crianças de 3 a 5 anos de Massachusetts (Estados Unidos). Os autores encontraram 65% de

oclusões normais, e concluíram que não há correlação entre má-oclusão e nível socioeconômico.

Em investigação realizada 160 crianças de 13 a 14 anos de idade da cidade de Newburgh, Ast *et al.* (1962) observaram que 35,2% apresentavam oclusão normal.

Em uma amostra composta por 105 crianças de duas cidades na Carolina do Norte (Estados Unidos), Erickson e Graziano (1966) constataram que 40,9% tinham oclusão aceitável, e 30,47% apresentavam classe I de Angle.

Em estudo epidemiológico no qual verificou a prevalência de má-oclusão em 1455 escolares de 8 a 18 anos de idade, Mills (1966) relata que 17,5% apresentavam oclusão normal, 72,2% tinham classe I de Angle, 6,6% eram portadores de classe II de Angle, e 3,7% apresentavam classe III de Angle.

Utilizando a classificação de Angle, Foster e Hamilton (1969), estudaram a má-oclusão na dentição decídua em crianças de 2 anos e meio a 3 anos de idade, e verificaram que 35% do total estavam livres de problemas de má-oclusão.

Quando avaliou 163 pré-adolescentes de 11 e 12 anos de idade na cidade de Marília (SP), Almeida (1970) observou que 27,6% da amostra apresentavam oclusão normal, e 62,6% tinham classe I de Angle.

Investigação realizada em 538 adultos jovens de 18 a 20 anos de idade em Israel com o auxílio da classificação de Angle, levou Krzypow *et*

al. (1975) verificaram que apenas 4,1% dos participantes apresentavam oclusão normal.

Rebello Júnior e Toledo (1975) examinaram 240 crianças de Araraquara (São Paulo), e constataram que 50,8% apresentavam oclusão normal e 37,4% apresentavam classe I de Angle.

Na mesma cidade - Araraquara - e no mesmo ano, Teixeira (1975) realizou um levantamento epidemiológico e encontrou que 14,44% dos integrantes da amostra tinham oclusão normal, e 65,95% apresentavam classe I de Angle.

Em investigação cujo objetivo era verificar a má-oclusão em 414 crianças dos sexos masculino e feminino de 11 a 12 anos de idade na cidade de Palhoça (Santa Catarina), Mascarenhas (1977) encontrou que 46,13% das crianças estudadas tinham alguma forma de má-oclusão, e que 34,05% apresentavam classe I de Angle.

Em 1978, Serafim publicou um estudo cujo objetivo era discutir cáries em más-oclusões. Da amostra avaliada – 50 escolares de 13 anos de idade da cidade de Campinas -, 94% possuíam má-oclusão.

Silva & Araújo (1983) examinaram 600 crianças com idades entre 5 e 7 anos de idade que freqüentavam escolas da rede municipal de ensino de Ilha do Governador (Rio de Janeiro). Dessa amostra, 185 (30,8% do total) crianças apresentavam oclusão normal.

Levantamento epidemiológico para verificar a prevalência de má-oclusão em 803 crianças de 13 a 15 anos da cidade de Nazaré (Israel)

revelou que 85% da população estudada apresentava classe I de Angle (STEIGMAN *et al.*, 1983).

Em dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo sobre a prevalência de anomalias de oclusão na dentição decídua, Mathias (1984) encontrou que 62 (20,7%) crianças possuíam oclusão normal.

Utilizando o índice de Angle, Rivero Ibarra *et al.* (1985) realizaram levantamento epidemiológico com 3695 adolescentes de 12 a 16 anos de idade da província de La Harrana (Cuba), em que verificaram que 67,71% dos entrevistados tinham algum tipo de má-oclusão.

Silva Filho *et al.* (1990a,b) realizaram levantamento epidemiológico com 2416 escolares de 7 a 11 anos de idade de 18 escolas públicas e particulares no município de Bauru (São Paulo), e verificaram que 11,47% tinham oclusão normal e 55,00% apresentavam classe I de Angle.

Utilizando o índice de estética dentária (IED) preconizado pela 4ª edição da Organização Mundial da Saúde para levantamentos de má-oclusão, Jenny *et al.* (1991) avaliaram 485 crianças de 7 a 12 anos de idade de três reservas indígenas dos Estados Unidos, e verificaram que um grande contingente dessas crianças tinha má-oclusão severa.

Em estudo realizado em Xochimilco, México, Sanchez Perez *et al.* (1991) examinaram 4363 crianças com idades entre 7 e 14 anos. Os autores utilizaram a classificação de Angle e constataram que, dos portadores de má-oclusão, 84,7% apresentavam classe I.

Levantamento dos estudos e trabalhos epidemiológicos sobre a prevalência da má-oclusão na América Latina apontou que, conforme os registros constantes da literatura, raramente essa prevalência é inferior a 50% da população estudada (GALVÃO *et al.*, 1994).

Investigação epidemiológica conduzida por Tang (1994) entre alunos do primeiro ano do curso de odontologia de Hong Kong revelou que 34% dos 108 alunos examinados apresentavam oclusão normal, e 29,7% apresentavam classe I de Angle.

Para investigar a prevalência de má-oclusão e cárie dentária em relação à fluoretação das águas de abastecimento nas cidades de Lins e Guaiçara (São Paulo), Perin (1997) realizou um estudo epidemiológico utilizando a classificação de Angle com 272 crianças de 12 anos de idade. Na cidade de Lins, 81,3% apresentavam algum tipo de má-oclusão; já na cidade de Guaiçara, 90,6% das crianças tinham má-oclusão. O autor concluiu que a fluoretação das águas de abastecimento tem um efeito positivo na redução da prevalência de má-oclusão.

Em estudo epidemiológico realizado no estado de São Paulo com adolescentes de 12 a 18 anos, Narvai e Castellanos (1998) observaram que, aos 12 anos de idade 63,6% dos escolares foram considerados portadores de oclusão normal.

Dacosta (1999) realizou Kaduma, norte da Nigéria, um estudo com 1028 crianças de 11 a 18 anos, utilizando a classificação de Angle: 12,2% dos integrantes da amostra estudada apresentavam oclusão normal.

Em investigação realizada para verificar a epidemiologia da oclusão dentária na infância e os sistemas de saúde, Frazão (1999) relata que os estudos transversais publicados nos últimos 70 anos indicam que a prevalência da oclusão na dentição decídua é duas vezes maior que na dentição permanente.

Otuyemi (1999) examinou 703 adolescentes nigerianos de 12 a 18 anos utilizando o IED, e verificou que a aparência dental de 77,4% da amostra estudada não demandava tratamento ortodôntico.

Levantamento sobre a prevalência de má-oclusão foi realizado por Saleh (1999) em 851 estudantes de 9 a 15 anos de idade de Beirute (Líbano). O autor constatou que 40,5% dos jovens examinados apresentavam oclusão normal, e 35,5% apresentavam classe I de Angle.

Utilizando a classificação de Angle, Gabris *et al.* (2000) implementaram um estudo epidemiológico com 483 adolescente de Budapeste, dentre os quais a maioria (52,8%) apresentava oclusão normal.

Em estudo no qual utilizaram a classificação de Angle, Silva e Kang (2001) verificaram a prevalência de má-oclusão em 507 adolescentes latinos residentes nos Estados Unidos com 12 e 18 anos de idade: 93,0% do total apresentavam algum tipo de má-oclusão.

Estudo realizado na Bélgica não revelou correlação entre a prevalência de má-oclusão conforme a classificação de Angle e o sexo dos participantes (WILLEMS *et al.*, 2001).

Para verificar a prevalência de doença periodontal e má-oclusão em escolares, Stiz (2001) avaliou crianças de 05 a 12 anos de idade da cidade de Camburiú (Santa Catarina), e observou que aos 5 anos, 66,7% apresentavam oclusão normal, percentual que diminuiu aos 12 anos, quando apenas 42,8% apresentavam oclusão normal.

Perin (2002) realizou um levantamento epidemiológico com 734 escolares da rede pública da cidade de Lins (São Paulo), com o objetivo de verificar a prevalência e a necessidade de tratamento de má-oclusão, comparando o IED com a classificação de Angle. Utilizando o IED o autor constatou 66,76% de indivíduos com oclusão normal; utilizando a classificação de Angle, 33,24% apresentavam oclusão normal.

2.4 LEVANTAMENTOS EPIDEMIOLÓGICOS DE FLUOROSE

Também a fluorose dentária tem sido amplamente estudada no campo da epidemiologia no decorrer das últimas décadas.

Com o objetivo de verificar a prevalência de fluorose, Massler e Shour (1952) examinaram crianças com idade escolar das cidades de Campagna de Roma e Quatro (Itália), cujas águas de abastecimento tinham 1,3ppm de fluoretos. A prevalência de fluorose encontrada na população foi de 58%.

Forrest e James (1965) investigaram crianças de 8 anos de idade nascidas na cidade de Anglesey (Inglaterra), em localidades com água fluoretada e localidades sem água fluoretada. Onze por cento das crianças apresentavam fluorose dentária, o que levou os autores a concluir que, na região estudada, a presença de fluorose dentária não foi influenciada pelas áreas fluoretadas e não fluoretadas.

Em estudo epidemiológico para verificar a prevalência de fluorose na cidade de Pereira Barreto (São Paulo), onde a concentração de fluoretos na água de abastecimento era de 20 ppm de flúor, Uchoa e Saliba (1970) examinaram 442 escolares de 6 a 15 anos de idade. Os autores observaram que, apesar das altas concentrações de flúor, o índice de fluorose médio foi de 1,3 - considerado baixo -; apenas 21% das crianças estavam livres da fluorose dentária.

Para verificar a presença de fluorose na cidade Lucknow e em vinte e três lugarejos do distrito de Lucknow (Índia), onde a concentração de fluoretos nas águas de abastecimento estava acima de 1,2ppm, Nanda *et al.* (1974) avaliaram escolares com idades entre 6 e 17 anos. Os resultados apontaram alta prevalência de fluorose, sendo 41% na cidade de Lucknow e 54% no distrito de Locknow.

Ando *et al.* (1975) examinaram 175 escolares de 6 a 14 anos de idade do município de Cosmópolis (São Paulo), onde o nível de flúor na água de abastecimento situava-se entre 9,5 e 11,0ppm. Utilizando o

índice de Dean, os autores observaram que 87,7% das crianças apresentavam sinais de fluorose.

Pesquisa com 449 crianças na faixa etária de 7 a 14 anos da cidade de Icém (São Paulo), onde a concentração de fluoretos na água de consumo era de 2,6 a 4,0 ppm flúor revelou que 84,7% apresentavam algum grau de fluorose (ALCAIDE; VERONEZI, 1979).

Com a finalidade de verificar a prevalência da fluorose em localidades com diferentes teores de fluoretos na água de abastecimento, Wenzel & Thystrup (1982) examinaram adolescentes de 12 a 14 anos e obtiveram os seguintes resultados: em Ry (0,2ppm), a prevalência foi de 3%; em Naestved (1,0ppm), 47%; em Greeve (2,4ppm), 89%.

Em levantamento epidemiológico realizado na cidade de São João do Pau D'Alho (São Paulo), Buendia e Zaina (1982) examinaram 410 crianças de 4 a 14 anos e verificaram alta prevalência de fluorose (1,6 a 1,8 ppm).

Driscoll *et al.* (1983) avaliaram a presença de fluorose em crianças de 8 a 16 anos de idade que habitavam cidades do Estado de Illinois (Estados Unidos) que apresentavam altas concentrações de flúor nas águas de abastecimento público, e verificaram que uma prevalência de 53% de fluorose na população examinada.

Utilizando o índice de Dean, Capela *et al.* (1989) examinaram 108 escolares de 3 a 14 anos de idade de Urussanga (Santa Catarina), com o objetivo de verificar a prevalência de fluorose. Os teores de flúor na água

de abastecimento dessa cidade variavam de 1,2 a 5,6ppm, e a prevalência de fluorose foi constatada em 97% da população estudada.

A prevalência de fluorose em cidades brasileiras com teor ótimo de fluoretos (0,7ppm), segundo investigação de Maltz e Farias (1989), é de 22,3%.

Para verificar a prevalência de cárie e fluorose dentárias em cidades com fluoretação natural, Sampaio (1992) examinou 609 escolares de 6 a 14 anos de ambos os sexos, nascidos e criados nas cidades de Itabaiana (0,7ppm), Salgado de São Félix (0,7ppm) e Mogeiro (0,4ppm), localizadas no estado da Paraíba. O autor constatou, que na cidade de Itabaiana, 5,0% das crianças apresentavam fluorose; 9,4% das crianças da cidade de Salgado de São Félix também apresentavam fluorose; já na cidade de Mogeiro, apenas 1,0% dos participantes do estudo apresentava fluorose.

A literatura demonstra que, nos Estados Unidos, a prevalência de fluorose em localidades com águas fluoretadas é de 35 a 60% e, em localidades com águas não fluoretadas, de 20 a 45% (CLARK, 1994).

Em estudo realizado na cidade de Belo Horizonte (Minas Gerais), Silva e Paiva (1995) examinaram 518 escolares da rede pública com idades entre 7 a 14 anos. A prevalência de fluorose foi de 25,48%, sendo que o grau preponderante foi o questionável, com 12,74%.

Alcantara (1998) realizou um estudo para verificar a prevalência de fluorose dentária em escolares de Curitiba (Paraná). Foram examinadas 360 crianças de ambos os sexos, com idades entre 7 e 14 anos, da

Escola Pública Leonor Castellano. A partir deste exame foi levantada a presença de fluorose dentária, conforme preconizado por Dean, com o objetivo de determinar a prevalência dessa manifestação e o índice comunitário de fluorose (CFI). A prevalência de fluorose foi de 25,56%, sendo o grau predominante o muito leve (13,88%), seguido do questionável (8,05%), leve (3,33%) e moderado (0,27%); o índice comunitário de fluorose foi de 0,25.

Em estudo realizado para verificar a prevalência de fluorose dentária em escolares de Brasília (Distrito Federal) – onde o teor de flúor na água de abastecimento público é de 0,8ppm -, Campos *et al.* (1998) examinaram 833 crianças dos sexos masculino e feminino, ali residentes desde o nascimento, com idades que variavam entre 8 e 12 anos. O percentual de crianças livres de fluorose foi elevado (85,36%); 14,64% das crianças avaliadas mostraram níveis de fluorose dentária entre muito leve e moderado.

Para verificar a prevalência de fluorose dentária em escolares e pré-escolares da cidade de Osasco (São Paulo), Massaro (2000) examinou 4046 pré-escolares e escolares com 5 a 12 anos de idade, e constatou prevalência de 19,3% com essa manifestação.

Maltz *et al.* (2000) realizaram um estudo para verificar a prevalência de fluorose em duas cidades brasileiras - uma com água artificialmente fluoretada e outra com baixo teor de flúor -, em 1987 e 1997/98. Foram examinados estudantes com 8-9 anos de idade de Arroio do Tigre - 110

em 1987 e 101 em 1998 - e Porto Alegre - 117 em 1987 e 135 em 1997. A concentração de flúor em Porto Alegre variou de 0,10 a 1,11ppm . A classificação da severidade da fluorose dentária foi baseada no índice de Thylstrup e Fejerskov (TF). Nas duas cidades, a prevalência de fluorose aumentou no segundo período. A porcentagem de crianças com fluorose aumentou de 0 para 29,7% em Arroio do Tigre – baixa concentração de flúor -, e de 7,7 para 32,6% em Porto Alegre entre os dois períodos estudados.

Com a finalidade de conhecer a prevalência de cárie e fluorose dentárias, Patiño (2001) examinou 1847 escolares de 5 a 12 anos do município de Camburiú (Santa Catarina), e constatou que 88,8% dos indivíduos estudados estavam livres de fluorose dentária.

Para verificar a fluorose dentária em crianças de Princesa Isabel - localidade com níveis moderados de fluoreto *in natura* nas águas de abastecimento (0,4ppm), Forte *et al.* (2001) selecionaram aleatoriamente 142 escolares de 10 a 15 anos, nos quais utilizaram o índice TF. Cerca de 20% dos escolares examinados apresentaram fluorose dentária: 70% com TF 1 e os outros 30% distribuídos em diversos graus (TF 2 a 5). Os autores concluíram que, na localidade estudada, a prevalência de fluorose dentária observada não é um problema de saúde pública.

2.5 QUALIDADE DE VIDA, IMPACTOS BUCAIS E AUTOPERCEPÇÃO EM SAÚDE BUCAL

Em estudo realizado para verificar a importância social da aparência dos dentes, Linn (1966) enfatiza que a aparência bucal é bastante importante em situações como eventos sociais, reuniões em ambiente de trabalho, para fazer amigos e para obter um emprego.

Ao comparar a relação entre as práticas de cuidados dentários auto-relatadas por adolescentes e a avaliação de cirurgiões-dentistas a respeito da condição bucal desses pacientes, Brunswick e Nikias (1975) observaram que a percepção dos adolescentes a respeito dos dentes e gengiva e a avaliação dos profissionais são consideravelmente concordantes.

De acordo com Cohen e Jago (1976), há discrepâncias entre as opiniões de pacientes e de profissionais no que concerne ao estado de saúde bucal. Os autores salientam a necessidade de elaboração de um instrumento que contenha critérios apropriados, tanto sócio-psicológicos quanto clínicos, e que atribua pesos à percepção dos leigos e dos profissionais.

Para avaliar como a população inglesa entende a saúde bucal e as necessidades de tratamento, Giddon *et al.* (1976) observaram uma amostra constituída por 588 adultos. Os resultados demonstraram que a percepção de saúde bucal das mulheres é mais precisa e próxima da realidade que a dos homens. Em relação ao índice CPO-D, a

autopercepção de comprometimento da saúde foi maior para dentes cariados do que para elementos perdidos, o que os autores atribuem ao desconhecimento que a maioria das pessoas têm sobre as implicações decorrentes da substituição de dentes naturais por próteses.

Barenthin (1977) investigou a satisfação com os dentes de indivíduos que habitavam uma região rural da Suécia; esse mesmo grupo foi também submetido a avaliações clínicas, para aferir as suas condições de saúde bucal. O autor constatou que 83% da amostra estava satisfeita com seus dentes, e não encontrou diferenças de satisfação entre os indivíduos que na avaliação clínica foram considerados portadores de boas condições bucais e aqueles que apresentavam más condições de saúde bucal.

Um terço da população de 254 idosos ingleses avaliada por Smith e Sheiham (1979) apontou problemas de saúde bucal e dores na cavidade bucal. Dos 25% que declararam sentir dores ao se alimentar; 85% informaram ser essa dor tão severa que prejudicava o seu sono; além disso, vários participantes afirmaram ter mudado a maneira de cozinhar os alimentos, para facilitar a mastigação.

Verificando a condição de saúde bucal auto-identificada e aquela observada ao exame clínico em adultos americanos que procuravam atendimento odontológico, Reisine e Bailit (1980) encontraram que, à medida que o número de dentes perdidos e cariados aumentava, diminuía

a porcentagem de pessoas que consideravam a sua saúde bucal “boa” ou “excelente”.

Associando a autopercepção de saúde bucal e a frequência de utilização de serviços odontológica, Petersen (1983a, b) observou, em dinamarqueses adultos, que aqueles que relataram visitar periodicamente o cirurgião-dentista consideravam a sua saúde bucal melhor que aqueles que apenas esporadicamente consultavam esse tipo de profissional.

Em outro estudo, cujo objetivo foi avaliar as condições clínicas e a autopercepção de saúde bucal de trabalhadores de uma fábrica de chocolates, Petersen (1983c) observou uma correlação positiva entre os problemas apontados pelos pacientes e a avaliação negativa de saúde bucal.

A autopercepção de estética dental e facial foi o objeto da investigação de Albino *et al.* (1984). Para esses autores, cada tipo de avaliação - autopercepção, manifestação de terceiros e julgamento ortodôntico - traz uma contribuição única, influenciando as decisões individuais sobre o tratamento.

As ausências ao trabalho em decorrência de problemas bucais foram estudadas por Reisine (1984). Os resultados apontaram que variáveis como idade, estado civil, autopercepção de saúde, rendimentos e tipo de serviço odontológico a que o participante tem acesso influenciaram significativamente a maneira pela qual os entrevistados relataram as faltas ao trabalho por problemas odontológicos.

Helm *et al.* (1985) investigaram a imagem que dois grupos de adultos dinamarqueses entre 28 e 34 anos de idade – um composto por indivíduos que nunca receberam tratamento ortodôntico, e o outro constituído por pessoas que receberam tratamento ortodôntico na adolescência -, e concluíram que a aparência dos dentes - especialmente a má-oclusão – influencia fortemente a imagem geral do corpo, além de afetar a auto-estima de adolescentes e de adultos.

Ao estudarem o impacto social das doenças bucais, Cushing *et al.* (1986) encontraram correlação positiva entre o desconforto com os dentes e problemas para alimentar-se, tanto em homens quanto em mulheres. Os autores também observaram correlação entre a insatisfação com a aparência dos dentes e restrições na comunicação, impacto este que foi mais significativo entre as mulheres.

Para estimar a prevalência de dores faciais e dentárias e seu impacto na vida diária, Locker e Grushka (1987) realizaram um levantamento na cidade de Toronto (Canadá), e constataram que tanto a dor dentária quanto a dor facial marcam severamente as pessoas.

Em pesquisa realizada com 159 americanos adultos para relacionar a condição funcional odontológica, as medidas clínicas odontológicas e as medidas de saúde geral, Rosenberg *et al.* (1988) observaram que a percepção de saúde dos participantes apresentava significativa correlação com sintomas odontológicos, dias de dor e condições funcionais odontológica e médica.

Ao associar a habilidade de mastigação e a condição clínica de adultos holandeses, Oosterhaven *et al.* (1988) constataram que a perda de molares resulta em sentimentos menos positivos quanto à capacidade de mastigação.

Estudo realizado na Malásia com o objetivo de determinar o impacto social das dores orais e faciais revelou 20% dos participantes já haviam sentido dores tão severas que seu sono foi prejudicado (JAAFAR *et al.*, 1989).

Para identificar o impacto que os problemas odontológicos têm sobre as pessoas, Gooch *et al.* (1989) realizaram um levantamento com 1658 adultos americanos. Os resultados demonstraram que a saúde bucal percebida pelos participantes diminuía com o aumento do número de dentes cariados e da severidade da saúde periodontal.

Em levantamento epidemiológico realizado com idosos canadenses, Slade *et al.* (1990) observaram que as condições de saúde bucal têm forte influência no desempenho de atividades corriqueiras: um terço dos participantes relataram dor orofacial, 50% tinham dificuldade para mastigar alimentos, e 30% relataram alterações de atitude - como evitar comer certos alimentos, sensação de embaraço decorrente da aparência ou saúde da boca e vergonha de rir ou sorrir -, enquanto apenas 2% afirmaram que sua saúde bucal tinha originado diminuição do contato social.

De acordo com Drake *et al.* (1990), as pessoas têm dificuldade de avaliar as suas necessidades específicas de tratamento bucal, principalmente os idosos, que não se apercebem de que necessitam de tratamento quando os sintomas não são aparentes.

Ao realizarem uma investigação sociodental em 244 pacientes com idades entre 50 e 91 anos do Canadá, Leake *et al.* (1990) constataram que a falta de capacidade mastigatória teve maior prevalência entre os mais idosos, o que levou-os a concluir que essa condição está significativamente associada à idade.

Atchison e Dolan (1990) testaram o *Geriatric Oral Health Assessment Index* (GOHAI), e concluíram que, embora a saúde bucal possa ser mensurada pelo paciente, o GOHAI não deve ser usado no lugar do exame clínico odontológico ou de radiografias, que fornecem sinais objetivos de doença.

Em estudo sobre a autopercepção e a estética bucal em alemães entre 15 e 74 anos de idade, Burgersdijk *et al.* (1991) concluíram que aproximadamente um terço da população dentada da Alemanha está insatisfeita com a cor ou com a forma de um ou mais dentes ou restaurações.

Investigando uma população amostral constituída por idosos que viviam de modo independente em Ontário (Canadá), Locker (1992) comenta que 30% dos participantes relatou ser incapaz de mastigar ou morder diversos alimentos, e que os integrantes de grupos com menor

rendimento não apenas eram propensos a ter problemas ao mastigar certos alimentos, mas também comiam menos que os indivíduos do grupo cujo rendimento era maior.

Investigação realizada para detectar as condições bucais que afetam a qualidade de vida e os aspectos social, psicológico e biológico de idosos americanos revelou que, para mais de 50% dos participantes, os dentes influenciam sua aparência para os outros, sua aparência facial para si mesmos, a alimentação em geral, o prazer de se alimentar, o ato de morder e mastigar (STRAUSS; HUNT, 1993).

Em pesquisa realizada para a validação do instrumento de autopercepção denominado *Oral Health Impact Profile* (OHIP), Locker e Slade (1993) avaliaram uma população de idosos canadenses. Os resultados demonstraram que os indivíduos que obtiveram maiores escores no OHIP estavam mais propensos a ter problemas de mastigação, e tinham mais dores e outros sintomas de desordens bucais.

Locker (1993) associou relatos de boca seca a informações sobre outros sintomas bucais em idosos canadenses: os indivíduos que tinham a boca seca apresentavam maior quantidade de sintomas bucais, como “queimação” na língua ou em outras partes da boca, hálito desagradável, distúrbios degustativos e úlceras dolorosas.

Testando alguns indicadores de qualidade de vida em indivíduos de 18 anos de idade ou mais, moradores de North York, região metropolitana de Toronto (Canadá), Locker e Miller (1994a) encontraram os seguintes

resultados: relativamente poucos sujeitos com idade inferior a 49 anos relataram dificuldades mastigatórias; em contrapartida, os jovens apontaram mais problemas de fala e sintomas de dor, dentre outros. Problemas com a mastigação foram prevalentes entre os mais idosos, ao passo que os prejuízos na vida de relação e em outras atividades da vida diária foram mais freqüentemente apontados pelos jovens, que também manifestaram maior preocupação com a saúde bucal.

Ao realizarem um estudo para validar o *Oral Health Impact Profile*, Slade e Spencer (1994) comprovaram a capacidade desse instrumento em detectar uma associação previamente observada entre o impacto social e a necessidade percebida de tratamento.

Também Hunt *et al.* (1995) investigaram a potencialidade do OHIP. Os autores aplicaram esse instrumento em uma população constituída por idosos norte-americanos e canadenses brancos e negros, 587 dentados e 177 edentados. Os resultados mostraram uma diferença significativa entre negros e brancos em uma série de problemas bucais, como a dor e as limitações física, psicológica e social.

Investigando se adultos londrinos que perderam os dentes posteriores experimentaram algum impacto decorrente dessa condição, Rosenoer e Sheiham (1995) verificaram que os participantes que manifestaram maior satisfação com sua condição bucal experimentaram menor impacto odontológico ou impedimentos em suas atividades diárias.

Leão e Sheiham (1995, 1996, 1997) testaram o instrumento *Subjective Impacts on Daily Living* (SIDL) em uma amostra constituída por 662 adultos brasileiros. Os resultados demonstraram uma associação significativa, embora fraca, entre a condição bucal e os parâmetros sociopsicológicos avaliados. Dentes cariados e perdidos tiveram uma associação negativa significativa para todas os aspectos mensurados, à exceção do item “conforto”. Para os autores, isso indica que, à medida que o número de dentes cariados e perdidos decresce, os índices dos aspectos estudados - conforto, aparência, dor, performance e restrição alimentar - aumentam, e as pessoas se tornam mais satisfeitas com a sua condição bucal. Dentes obturados mostraram uma associação positiva com a dimensão desempenho.

Com o objetivo de analisar as tendências e flutuações do impacto das condições bucais em 90 idosos da Austrália, Slade e Spencer (1996) realizaram aplicações mensais do OHIP em tais indivíduos, pelo período de um ano. Os autores constataram que os indivíduos que relataram baixos níveis de impacto no primeiro mês exibiram apresentaram menor quantidade de tendências ou flutuações durante os 11 meses subsequentes que aqueles que apontaram maiores níveis de impacto no primeiro mês.

Estudo realizado em Amsterdã (Holanda) com 97 pacientes portadores de próteses totais revelou que aqueles que receberam orientação para buscar o auxílio de um psicólogo estavam menos

satisfeitos com suas próteses do que aqueles que não receberam tal indicação – que também manifestaram diversos graus de insatisfação com as dentaduras que usavam (MOLTZER *et al.*, 1996).

Em investigação realizada no Canadá, Murray *et al.* (1996) verificaram que a dor facial alterou consideravelmente a vida diária dos integrantes da amostra: dentre as dificuldades mencionadas por esses indivíduos, destacaram-se a falta de capacidade mastigatória e a depressão.

Com o objetivo de avaliar a insatisfação com a saúde bucal em idosos, Jokovic e Locker (1997) observaram uma população constituída por 907 sujeitos dessa faixa etária. Os resultados revelaram que 14,3% dos participantes estavam insatisfeitos com sua capacidade mastigatória, 21,6% com a aparência de seus dentes, e 5,6% com sua habilidade de falar com clareza.

Ao estudar as propriedades psicométricas do GOHAI (ATCHISON; DOLAN, 1990) em duas amostras de idosos, Kressin *et al.* (1997) verificaram que o grupo que declarou ser portador de piores condições bucais - sofrendo maiores impactos no dia-a-dia – apresentou um escore GOHAI mais alto.

Os achados de Kressin (1997) quanto ao instrumento sócio-odontológico *Oral Health-Related Quality of Life* (OHRQOL) demonstram que indivíduos com melhor condição de saúde bucal tinham menos problemas de alimentação e menor desconforto bucal. Em tais indivíduos,

os índices de dores de dente, e de procura por tratamento em virtude de problemas odontológico nos 3 meses anteriores ao levantamento também foram menores.

Usando dados de um levantamento de saúde bucal canadense (*Ministry of Health*, 1990), Locker (1997 a,b) examinou a maneira pela qual as percepções sobre saúde bucal mudam com o passar do tempo. Nesse estudo longitudinal cuja duração foi de três anos, 23% dos participantes relataram que sua saúde bucal tinha piorado no período, 66,5% declararam que permaneceu semelhante, e 10,5% afirmaram que havia melhorado. De acordo com o autor, as mudanças na capacidade de mastigar, os sintomas bucais e faciais e os impactos psicossociais das desordens bucais foram significativamente semelhantes, e estavam associados ao julgamento global da condição de saúde bucal dos indivíduos.

Gilbert *et al.* (1997) implementaram um estudo longitudinal de mudanças de saúde bucal em 873 indivíduos de 45 anos ou mais que possuíam pelo menos um dente remanescente: esse estudo foi denominado *Florida Dental Care Study* (FDCS). Os resultados revelaram que 10% dos sujeitos tiveram um ou mais impactos recentes devido à dor, e que 28% tiveram uma ou mais limitações funcionais decorrentes de sua condição bucal. As desvantagens mais prevalentes foram: dor de dente corriqueira, sensibilidade nos dentes, dentes doloridos, dificuldade mastigatória, dificuldade para falar/pronunciar palavras. Ao testar o *Social*

Impacts of Dental Disease (SIDDD) em populações de operários e trabalhadores manuais ingleses selecionadas aleatoriamente, Sheiham *et al.* (1997) encontraram os seguintes resultados: 66% dos integrantes da amostra relataram ter uma saúde bucal boa ou muito boa, e 80% afirmaram o mesmo com relação à higidez de suas gengivas; 2/3 dos participantes estavam satisfeitos com o estado de seus dentes. Mas os autores apontam alguns dados inconsistentes: 37% dos indivíduos que consideravam ter uma saúde bucal não tão boa ou pobre estavam satisfeitos com seus dentes, e 16% daqueles que declararam ter uma saúde bucal muito boa ou boa estavam insatisfeitos com seus dentes. Dentre os problemas relatados pelos insatisfeitos, a dificuldade para se alimentar e os impactos relacionados à dor e à estética foram os mais freqüentes; entretanto, raramente tais distúrbios foram apontados como origem de alterações de sono, lazer, atividades sociais ou trabalho.

Em publicação datada de 1997, Reisine comenta que o *Sickness Impact Profile* (SIP) pode não ser sensível para identificar os impactos mais sutis e breves dos problemas de saúde bucal, mas enfatiza que esse instrumento tem a capacidade de detectar os sinais de desordens bucais mais sérias, como o câncer bucal.

Ao testar o *Dental Impact Profile* (DIP) em uma amostra constituída por participantes do *Piedmont 65+ Dental Study*, Strauss (1997) constatou que os aspectos que mais afligem os indivíduos com relação a seus dentes ou próteses são: a aparência para os outros, a aparência facial

(para si mesmos), o prazer de se alimentar, a capacidade de mastigar e morder e o conforto. Entretanto, mais de 3/4 dos sujeitos não apontaram alterações de comportamento decorrentes de seus dentes ou próteses, ou seja, não atribuem à sua condição bucal problemas como mudanças de humor, peso e apetite; dificuldades em estabelecer relações românticas – aí se incluindo o ato de beijar -, obter sucesso no trabalho e participar de eventos sociais.

O *Oral Health Quality of Life Inventory* (OH-QoL) é uma medida odontológica específica, constituída por 15 itens, que avalia a satisfação e a importância que o indivíduo atribui à sua saúde e condição funcional bucal (CORNELL *et al.*, 1997). Quando testado em 98 pacientes de uma clínica do Texas (Estados Unidos), o instrumento mostrou-se eficiente para detectar a frequência dos problemas de saúde bucal, e seu impacto na habilidade funcional do indivíduo no dia-a-dia.

Em estudo feito com usuários de próteses e de implantes no interior do Estado de São Paulo, Wolf (1998) explica que, quando o paciente *“busca recursos para a substituição dos dentes perdidos, está também demandando a reconstituição de sua imagem pessoal e social.”*

As informações coletadas na aplicação de questionários a 8377 adultos participantes do levantamento americano *Third National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES III) apontaram que 11,2% dos integrantes da amostra consideram que a sua dentição natural é excelente, 18,2% classificam-na como muito boa, 34,8% como boa,

23,7% consideram-na razoável, e 12,1% classificam-na como pobre (GIFT *et al.*, 1998).

Ao avaliar mudanças na qualidade de vida usando o OHIP (SLADE; SPENCER, 1994; SLADE, 1997), em um estudo longitudinal que durou 2 anos e contemplou uma amostra constituída por 498 sujeitos, Slade (1998) constatou que 31,7% das pessoas experimentaram alguma melhoria, e 32,7% tiveram algum prejuízo de saúde bucal que afetou a sua qualidade de vida.

Em publicação datada de 1998, Gilbert *et al.* (1998) apresentaram o *Self Rated Oral Health* (SROH). Nesse estudo, os autores realizaram entrevistas e exames clínicos em 873 sujeitos do FDCS (GILBERT *et al.*, 1997). No auto-relato da saúde da boca como um todo, 20% dos participantes consideraram-na excelente, 31% apontaram-na como muito boa, 29% afirmaram ser boa, 13% identificaram-na como razoável, e 8% consideraram-na pobre. Na análise multivariada, os sujeitos que apresentaram desvantagens e dificuldades de fala apresentaram índices SROH mais baixos, apresentando também maior prevalência de dor e de limitação funcional.

Ao testar o indicador sócio-odontológico *Oral Impacts on Daily Performances* (OIDP), Adulyanon e Sheiham (1997, 2000) entrevistaram e examinaram clinicamente 501 adultos da Tailândia. Os resultados revelaram que 73,6% dos sujeitos da pesquisa tiveram pelo menos uma atividade diária afetada nos 6 meses anteriores à entrevista. Os

problemas mais citados foram: alimentação (49,7%), estabilidade emocional (46,5%) e sorriso (26,1%). As seqüelas mais severas decorrentes de problemas bucais experimentados pelos participantes foram: dormir, realizar atividades físicas, trabalhar e manter contato com outras pessoas. Além disso, a maioria dos indivíduos teve dificuldade de realizar entre uma e três atividades diárias em decorrência de problemas bucais.

Silva (1999) analisou a autopercepção das condições bucais em pessoas de 60 anos ou mais: entrevistou e examinou 337 idosos freqüentadores do Centro Regional de Reabilitação de Araraquara (SP). Ao aplicar o GOHAI nesse grupo, verificou que 42,7% dos portadores de dentição natural consideraram que a sua condição bucal era regular; dos edentados, 55,8% afirmaram ter condição bucal boa.

Biazevic (2001) realizou uma revisão sistemática sobre indicadores de qualidade de vida relacionados em saúde bucal, onde concluiu que os indicadores clínicos e subjetivos associados determinam uma medida multidimensional da condição de saúde bucal.

Para avaliar os critérios normativos e subjetivos de avaliação bucal, Peres *et al.* (2002) realizaram um estudo transversal com 315 alunos entre 14 e 18 anos de idade da cidade de Florianópolis (SC). Os resultados levaram os autores a concluir que as medidas subjetivas devem ser incorporadas aos critérios clínicos hoje utilizados.

Este capítulo pretendeu fornecer ao leitor algumas informações sobre os estudos epidemiológicos realizados nos últimos anos sobre a cárie dental, problemas periodontais, má-oclusão, fluorose e auto-percepção em saúde bucal, objetivamos subsidiar a pesquisa por nós desenvolvida e embasar o confronto entre os resultados obtidos no presente trabalho e os achados de outros autores.

3 PROPOSIÇÃO

A proposição deste estudo é verificar a prevalência da cárie dentária, da doença periodontal, da má oclusão e fluorose dentária associa-las ao nível sócio econômico e a autopercepção de saúde bucal em crianças e adolescentes, de 6 a 15 anos de idade, residentes no município de Pinheiro Preto, Santa Catarina.

4 MATERIAL E MÉTODO

Para obter as informações necessárias à consecução da proposição deste trabalho foi realizado, por meio de exames clínicos, um levantamento epidemiológico das condições bucais de todos os escolares (n=513) com idades entre 6 e 15 anos residentes no Município de Pinheiro Preto (SC), que também participaram de atividades de educação em saúde bucal, e responderam a um inventário de autopercepção de saúde bucal. Todas essas atividades foram realizadas durante o segundo semestre de 2002.

4.1 MATERIAIS UTILIZADOS

Os materiais utilizados para realização do levantamento Epidemiológico; para a Educação em Saúde Bucal e para Inventário de Autopercepção de Saúde Bucal, estão descritos a seguir:

1. Fichas para anotação dos dados sócio-econômicos e informações gerais;

2. Fichas clínicas;
3. Formulário de análise da autopercepção de saúde bucal: adaptação do Índice de Impactos Odontológicos no Desempenho Diário (IODD - tradução de OIDP) proposto por Adulyanon e Sheiham (1997, 2000).
4. Material educativo (cartazes, cartilhas, desenhos impressos para pintar, jogos, roupas para teatro etc.)
5. Pranchetas para anotação;
6. Lápis, canetas e borrachas;
7. Mesas escolares;
8. Sala de aula com iluminação natural;
9. Ônibus para transporte;
10. Computador;
11. Espelhos clínicos;
12. Sondas (OMS, 1999);
13. Pinças clínicas;
14. Bandejas de aço inox;
15. Sacos de lixo;
16. Embalagens para autoclave;
17. Autoclave;
18. Toalhas de papel;
19. Guardanapos de papel;
20. Luvas cirúrgicas;
21. Gorros e máscaras cirúrgicas;
22. Aventais;
23. Escovas de dentes;

24. Flúor;

25. Evidenciador de placa bacteriana;

4.2 RECURSOS HUMANOS

Para a realização dos exames clínicos foram formadas três equipes, cada uma delas composta por:

1. Um cirurgião dentista;
2. Três estudantes de odontologia, como anotadores;
3. Três estudantes de odontologia, como apoio.

Os questionários para verificar a autopercepção de saúde bucal foram aplicados por três equipes, cada uma delas com três estudantes de odontologia.

Também foram formadas quatro equipes de educação em saúde bucal, cada uma com oito alunos de graduação. As atividades dessas equipes foram supervisionadas por um professor.

As ações preventivas foram planejadas e orientadas pelos professores de Odontologia em Saúde Coletiva da Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC) e por professores do Departamento de Odontologia Infantil e Social da Faculdade de Odontologia de Araçatuba da UNESP, e executadas por estudantes do quarto semestre do curso de graduação em Odontologia da UNOESC.

4.3 ASPECTOS ÉTICOS

Antes de iniciar o presente estudo, um protocolo de intenção de pesquisa foi apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia de Araçatuba da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (UNESP). Posteriormente, esse protocolo – que consta do Anexo 1 - foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo (RS).

Antes da realização da pesquisa, foram realizados encontros com os pais da população-alvo, para esclarecê-los sobre o propósito do estudo, bem como para obter sua autorização para a realização dos exames e o preenchimento, em duas vias, do termo de consentimento livre e esclarecido, como preconiza a Resolução 196 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) (Anexo 2).

As escolas do Município de Pinheiro aprovaram a realização da pesquisa e facultaram a utilização de seus próprios espaços para as atividades (Anexos 3 e 4).

4.4 TREINAMENTO DAS EQUIPES

Para garantir a integração entre os participantes e otimizar as atividades a serem por eles desenvolvidas foram implementada oficinas, em diferentes momentos e com diferentes objetivos, a saber:

1. Oficina com os examinadores (16 horas);
2. Oficina com os anotadores (8 horas);
3. Oficina com o pessoal de apoio (4 horas);
4. Oficina com o pessoal que aplicou os questionários de autopercepção de saúde (16 horas);
5. Oficina para a preparação de materiais de educação em saúde bucal (16 horas);
6. Oficina para a integração entre todos os participantes (4 horas);
7. Oficina de adequação após o pré-teste.

4.5 ESTUDO PILOTO, CALIBRAÇÃO E PRÉ-TESTE .

Para padronizar os exames clínicos, um estudo piloto foi implementado com 20 crianças da quarta série da escola pública Roberto Trompovisk, do município de Joaçaba (SC). Três cirurgiões-dentistas atuaram como examinadores (examinador 1, examinador 2 e examinador 3).

Essa amostra foi dividida em dois grupos: 10 crianças foram avaliadas pelo examinador 1, e 10 crianças pelo examinador 2; posteriormente, as vinte crianças foram examinados pelo examinador 3 (padrão). Os três examinadores foram devidamente padronizados para que os resultados obtidos fossem confiáveis. (OMS, 1999), e foi obtido um kappa (concordância) adequado (0,87) (EKLUND, 1999).

Simultaneamente, um pré-teste para adequação dos instrumentos de avaliação sócio-econômica e inventário de autopercepção de saúde bucal foi realizado com as crianças.

4.6 LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO

O levantamento epidemiológico verificou cognitivamente as seguintes condições de saúde bucal: cáries dentárias, periodontopatias, más-oclusões e fluorose.

Os exames odontológicos foram realizados em duas sextas-feiras consecutivas nos períodos matutino e vespertino, o que implica um total de quatro períodos. Foram examinadas cerca de 128 crianças por período (de 42 a 43 pacientes para cada profissional), integralizando um total de 513 indivíduos.

4.6.1 CÁRIE DENTÁRIA

Para a mensuração da condição de cárie foi utilizado o índice CPO-D, com critérios de diagnósticos especificados pela OMS (1999). Foram consideradas as condições da coroa dentária para cada espaço dentário. Os dentes decíduos foram identificados por caracteres alfabéticos, e os dentes permanentes por caracteres numéricos. Os códigos e critérios utilizados são apresentados a seguir (identificação de decíduos entre parênteses).

- 0(A) - COROA HÍGIDA - Sem evidência de cárie. Estágios iniciais da doença não são levados em consideração. Os seguintes sinais são codificados como dentes hígidos: manchas esbranquiçadas; descolorações ou manchas rugosas; sulcos e fissuras do esmalte, manchados que não apresentam sinais visuais de base amolecida, esmalte socavado ou amolecimento das paredes; áreas escuras, brilhantes, duras e fissuradas resultantes de fluorose moderada ou severa; lesões decorrentes de abrasão (identificável por sua distribuição ou características). Todas as lesões questionáveis são codificadas como dente hígido.
- 1(B) - COROA CARIADA - Sulco, fissura ou superfície lisa apresenta cavidade evidente ou presença de restauração temporária. Na dúvida, o dente é considerado hígido.
- 2(C) - COROA RESTAURADA MAS CARIADA – Presença de uma ou mais restaurações, juntamente com uma ou mais áreas cariadas. Sem distinção entre as cáries primárias e secundárias, ou seja, se as lesões estão ou não fisicamente associadas à(s) restauração(ões).
- 3(D) - COROA RESTAURADA E SEM CÁRIE - Uma ou mais restaurações definitivas, sem cárie primária ou recorrente. Dentes com coroa

colocada devido à cárie são incluídos nesta categoria. Se a coroa resulta de outras causas, como suporte de prótese, é codificada como 7 (G).

- 4(E) - DENTE PERDIDO DEVIDO À CÁRIE - Dente permanente ou decíduo extraído por causa de cárie, e não por outras razões. Dentes decíduos: aplicar apenas quando o indivíduo está em uma faixa etária na qual a esfoliação normal não constitui justificativa suficiente para a ausência.
- 5(-) - DENTE PERMANENTE PERDIDO POR OUTRA RAZÃO - Ausência dentária decorrente de eventos ortodônticos, periodontais, traumáticos ou congênitos.
- 6(F) - SELANTE - Presença de selante de fissura, ou fissura oclusal alargada para receber um compósito. Em dentes com selante e cariados, prevalece o código 1 ou B (cárie).
- 7(G) - APOIO DE PONTE OU COROA - Dente que é parte de uma prótese fixa. Este código é também utilizado para coroas instaladas por outras razões que não a cárie, para dentes com facetas estéticas e para implantes. Dentes extraídos e substituídos por um elemento de ponte fixa são codificados como 4 ou 5.
- 8(-) - COROA NÃO ERUPCIONADA - Restrito à dentição permanente, desde que inexista dente temporário no espaço livre. Não inclui dentes perdidos por problemas congênitos, trauma etc.
- T(T) - TRAUMA (FRATURA) - Parte da superfície coronária perdida em consequência de trauma, sem evidência de cárie.
- 9(-) - DENTE EXCLUÍDO – Aplicável a qualquer dente permanente que não possa ser examinado (bandas ortodônticas, hipoplasias severas etc.).

4.6.2 ALTERAÇÃO GENGIVAL

As condições periodontais foram observadas de forma primária, com a finalidade principal de verificar a higidez ou a presença de alterações patológicas de qualquer grau.

Assim, cada criança recebeu o código “0” ou “1”, observado uma única vez, segundo os seguintes critérios:

0 = periodonto hígido;

1 = presença de alteração periodontal de qualquer grau em pelo menos um espaço periodontal.

4.6.3 MÁ-OCCLUSÃO

Para mensurar a má-oclusão foi utilizado o índice preconizado pela OMS (1991), que contempla apenas três categorias para classificar as condições da oclusão dentária, a saber:

0 - NENHUMA ANORMALIDADE OU MÁ-OCCLUSÃO.

1 - MUITO LEVE OU LEVE - Um ou mais dentes com giroversão ou leve apinhamento ou espaçamento prejudicando o alinhamento regular dos dentes.

2 - MODERADA OU SEVERA - Presença de uma ou mais das seguintes condições nos quatro incisivos anteriores: transpasse horizontal maxilar estimado em 9mm ou mais; transpasse horizontal mandibular, mordida cruzada anterior igual ou maior que o tamanho de um dente; mordida aberta; desvio de linha média estimado em 4mm ou mais; apinhamento ou espaçamento estimado em 4mm ou mais.

4.6.4 FLUOROSE

O índice utilizado foi aquele recomendado pela OMS (1999), no qual se baseia no índice de Dean: todos os dentes são examinados, mas a avaliação da condição individual considera 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. Os pré-molares e segundos molares são os dentes mais freqüentemente comprometidos, seguidos pelos incisivos superiores. Incisivos inferiores são menos afetados. Os códigos utilizados são apresentados a seguir:

- 0 - NORMAL – Esmalte com translucidez usual e estrutura semivitriforme. Superfície lisa, polida, cor creme clara.
- 1 - QUESTIONÁVEL – Esmalte com pequena diferença em relação à translucidez normal, e ocasionais manchas esbranquiçadas. Este código é/ utilizado quando a classificação “normal” não é aplicável.
- 2 - MUITO LEVE - Áreas esbranquiçadas, opacas, pequenas manchas espalhadas irregularmente pelo dente mas envolvendo não mais que 25% da superfície. Opacidades claras, de 1 a 2mm, na ponta das cúspides de molares.
- 3 - LEVE - Opacidade mais extensa, com envolvimento de não mais que 50% da superfície.
- 4 - MODERADA – Esmalte dentário completamente afetado, e superfícies sujeitas à atrição desgastadas. Presença de manchas castanhas ou amareladas, freqüentemente desfigurantes.

- 5 - SEVERA - Hipoplasia generalizada, a própria forma do dente está afetada. Sinal mais evidente: a presença de depressões no esmalte, que parece corroído. Manchas castanhas generalizadas.
- 8 - EXCLUÍDO - Quando, por alguma razão (bandas ortodônticas, próteses etc.), não for possível avaliar a fluorose.
- 9 - SEM INFORMAÇÃO

4.7 INFORMAÇÕES GERAIS E NÍVEL SÓCIO ECONÔMICO

Para verificar as condições sócio-demográficas, o padrão de uso da escova de dentes, o acesso a serviços odontológicos e a situação sócio-econômica da população avaliada, foi elaborado um questionário auto-administrável segundo a metodologia proposta por Oppenheim (1993) (Anexo 5), que forneceu as seguintes informações:

1. ESCOLA: código da escola onde a criança estudava;
2. SÉRIE: série que a criança cursava;
3. PERÍODO: período do dia em que a criança estudava;
4. REGISTRO GERAL DO ALUNO: nº da criança na lista de presença ou prontuário;
5. NOME COMPLETO;
6. IDADE;
7. SEXO;
8. ETNIA;
9. NATURALIDADE: cidade onde a criança nasceu;

10. TEMPO DE PERMANÊNCIA NA REGIÃO – quantidade de anos entre a chegada da criança à região e a pesquisa;
11. SITUAÇÃO DA RESIDÊNCIA – imóvel próprio, emprestado, alugado ou ocupado;
12. ESPAÇO URBANO: característica do espaço urbano em a criança reside.
13. TIPO DE CONSTRUÇÃO: materiais predominantes no imóvel em que a criança reside;
14. NÚMERO TOTAL DE MORADORES DA RESIDÊNCIA;
15. ORIGEM DA ÁGUA: origem da maior parte da água utilizada na preparação dos alimentos;
16. UTILIZAÇÃO DA ESCOVA DE DENTES: individual ou de uso comum com outros moradores da casa; periodicidade de troca da escova antiga por escova nova;
17. ACESSO A ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA;
18. SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA: para esta variável, foram utilizados os critérios da Associação Brasileira de Institutos de Pesquisas Mercadológicas (Gil, 1999): a escolaridade e ocupação do chefe da família valem de 0 a 21 pontos; os demais pontos são fornecidos pela quantidade de bens de consumo duráveis que a família possui – automóvel, televisão em cores, rádio, geladeira, freezer, microondas, máquina de lavar roupa etc. -, pela quantidade de cômodos da casa, com ênfase nos banheiros -, e pela quantidade de empregados domésticos mensalistas que servem a casa. Ainda de acordo com a ABIPEME (Gil, 1999), soma desses indicadores classifica as populações: Classe E (0 a 19 pontos); Classe D (20 a 34 pontos); Classe C (35 a 58 pontos); Classe B (59 a 88 pontos); Classe A (mais de 89 pontos). A classe A é a mais favorecida e a Classe E a menos favorecida.

4.8 AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE BUCAL

Para a mensuração da autopercepção de saúde bucal, foi utilizado o instrumento Oral Impacts on Daily Performances (OIDP) - em português, “Índice de Impactos Odontológicos no Desempenho Diário” (IODD) -, proposto por Adulyanon e Sheiham em 1997 e traduzido e validado para o Brasil por Sheiham (2000). Esse instrumento foi adaptado e pré-testado para a população do presente estudo (Anexo 6).

O IODD é o resultado do somatório de oito fatores de comprometimento em atividades diárias decorrentes de problemas bucais. A frequência de cada fator (escores de 0 a 5) é multiplicada pela severidade de comprometimento no desempenho dessas atividades (escores de 0 a 5). O escore máximo é 200.

Os fatores são:

1. Dificuldade para se alimentar ou gostar de comida;
2. Dificuldade para pronunciar palavras;
3. Dificuldade para limpar os dentes;
4. Dificuldade para dormir ou descansar;
5. Dificuldade para sorrir ou gargalhar;
6. Dificuldade para manter a estabilidade emocional;
7. Dificuldade para estudar;
8. Dificuldade para brincar e se divertir com outras pessoas.

4.9 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Simultaneamente ao levantamento, foram realizadas atividades educativas, e as crianças com necessidades urgentes foram encaminhadas para tratamento odontológico.

As ações preventivas foram planejadas e orientadas pelos professores de Odontologia em Saúde Coletiva da Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC) e por professores do Departamento de Odontologia Infantil e Social da Faculdade de Odontologia de Araçatuba da UNESP, e executadas por estudantes do quarto semestre do curso de graduação em Odontologia da UNOESC.

Para desenvolverem as atividades de promoção em saúde, os alunos de graduação foram divididos em quatro grupos, correspondentes a quatro faixas etárias distintas da amostra. Esse procedimento foi adotado para direcionar a elaboração de atividades informativas – como apresentações, esquetes, apresentações teatrais, aulas e palestras – especificamente voltadas aos diferentes grupos etários das crianças. Todas as crianças realizaram escovação supervisionada e receberam aplicação de flúor.

4.10 TRATAMENTO DOS RESULTADOS

4.10.1 ORGANIZAÇÃO E TABULAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

A organização das informações foi realizada com o auxílio de uma ficha desenvolvida pela disciplina de Odontologia em Saúde Coletiva do Departamento de Odontologia Social da Universidade de São Paulo, adaptada às variáveis do presente estudo. Essa ficha e seus critérios de anotação são apresentados no Anexo 7. A seguir, os dados foram tabulados em planilha do *software* Excel® (Excel 97) da Microsoft.

4.10.2 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para caracterizar a população estudada, os dados sobre a distribuição dos escolares segundo as variáveis independentes sexo, idade e escola que freqüentavam foram objeto de análise estatística descritiva, que fornece média, desvio padrão, valores mínimo e máximo, e valores absoluto e relativo.

Para as variáveis independentes tempo de permanência na região, situação da residência, espaço urbano, tipo de construção, número total de moradores da residência, origem da água, utilização da escova de dentes, e situação sócio-econômica, foram elaboradas tabelas de freqüência indicando valores numéricos e percentuais.

Em relação à cárie dentária, os índices ceo-d e CPO-D foram comparados à idade e à condição sócio-econômica pelo teste de Kruskal-Wallis, e ao sexo com o auxílio do teste de Mann-Whitney. Com relação á

autopercepção de saúde bucal foram aplicados testes de correlação utilizando-se o coeficiente de correlação de Spearman.

Quando as comparações foram estatisticamente significantes utilizando o teste de Kruskal-Wallis, foi também realizado o teste de comparação múltipla de Dunn's para verificar as que diferiam entre os grupos testados.

Foi elaborada uma tabela para indicar os valores relativos e absolutos das crianças livres de fluorose em relação à idade. Os testes para verificar a diferença entre a prevalência de fluorose e as variáveis idade, condição sócio-econômica e sexo foram trabalhadas com os instrumentos (testes) aplicados à cárie dentária. Também foi verificada a correlação pelo coeficiente de correlação de Spearman em relação à autopercepção de saúde bucal.

Em relação à má-oclusão foram utilizados os testes de Kruskal-Wallis, Spearman, Dunn's e Mann-Whitney.

No que concerne à variável doença periodontal, o teste do qui-quadrado foi utilizado para comparar a prevalência dessa condição e as variáveis sexo e autopercepção de saúde bucal.

Em todos os testes estatísticos utilizados nesta investigação, o nível de significância adotado foi de 5%.

5 RESULTADOS

Participaram do estudo 513 escolares de 6 a 15 a anos de idade que, à época do levantamento (2º semestre de 2002), freqüentavam a rede pública de ensino do município de Pinheiro Preto (SC). Desta forma, os resultados foram apurados com base em 513 questionários sócio-econômicos, 513 inventários de autopercepção de saúde bucal e 513 exames objetivos de saúde bucal (n = 513).

No que concerne ao sexo, constatou-se maior número de mulheres (262 = 51,07%) do que de homens (251 = 48,93%), como se observa a Tabela 1.

Tabela 1 Distribuição dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo com a idade e o sexo.

Idade (anos)	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino			
	n	%	n	%	n	%
6	17	53,13	15	46,88	32	100,00
7	24	52,17	22	47,83	46	100,00
8	28	48,28	30	51,72	58	100,00
9	33	55,93	26	44,07	59	100,00
10	30	44,12	38	55,88	68	100,00
11	28	48,28	30	51,72	58	100,00
12	34	47,22	38	52,78	72	100,00
13	29	48,33	31	51,67	60	100,00
14	18	40,91	26	59,09	44	100,00
15	10	62,50	6	37,50	16	100,00
Total	251	48,93	262	51,07	513	100,00

O número de escolares foi menor nas idades limítrofes, 6 anos (32 = 6,24%) e 15 anos (16 = 3,12%). A idade que apresentou maior frequência foi 12 anos (72 = 14,04 %) (Tabela 2).

Tabela 2 Distribuição dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo com a idade.

Idade (anos)	Frequência	
	N	%
6	32	6,24
7	46	8,97
8	58	11,31
9	59	11,50
10	68	13,25
11	58	11,31
12	72	14,03
13	60	11,70
14	44	8,57
15	16	3,12
Total	513	100,00

Na Tabela 3, constata-se que a maioria das crianças de 6 a 9 anos estudavam no Centro Educacional Padre Trudo Plessers (CE), situação que se inverte dos 10 aos 13 anos, faixa etária cuja maioria estudava na Escola Municipal Profa. Maura de Senna Pereira (EMSP), que tem ensino médio; todos os participantes de 14 e 15 anos estudavam na EMSP. Do total da população investigada, 69,79% estudavam no EMSP, e 30,21% no CE.

Tabela 3 Distribuição escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC), no ano de 2002, de acordo com a idade e escolas que freqüentam.

Idade (anos)	Escolas		CE ¹		EMSP ²		TOTAL	
			n	%	n	%	n	%
6			21	65,63	11	34,38	32	100,00
7			28	60,87	18	39,13	46	100,00
8			39	67,24	19	32,76	58	100,00
9			33	55,93	26	44,07	59	100,00
10			21	30,88	47	69,12	68	100,00
11			3	5,17	55	94,83	58	100,00
12			5	6,94	67	93,06	72	100,00
13			3	5,00	57	95,00	60	100,00
14			0	0,00	44	100,00	44	100,00
15			2	12,50	14	87,50	16	100,00
Total			155	30,21	358	69,79	513	100,00

¹ CE= Centro Educacional Padre Trudo Plessers

² EMSP = Escola Municipal Profa. Maura de Senna Pereira

A média de idade dos participantes foi de 10,4 anos, sendo que a idade mínima foi 6 anos e a máxima 15 anos. Nas variáveis dicotômicas, as médias multiplicadas por 100 representam a frequência relativa que, no caso da variável sexo, aponta que 51,00% da amostra era constituída por mulheres. Em relação à variável escola freqüentada, 69,70% estudavam na Escola Municipal Prof. Maura de Sena Pereira (Tabela 4).

Tabela 4 Estatística descritiva dos dados dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC), com relação a escola freqüentada, idade e sexo no ano de 2002.

	N	Mínima	Máxima	Média	Desvio Padrão
Escola ¹	513	0	1	0,697	0,460
Idade	513	6	15	10,384	2,473
Sexo ²	513	0	1	0,510	0,500

¹Escola – CE = 0 e EMSP = 1

²Sexo – Masc. = 0 e Fem. = 1

Dos 513 escolares, 336 residem há mais de 7 anos na região, o que corresponde a 65,50%. Aquelas que lá residem há 4 anos ou mais correspondem a 81,68% do total, e as que estão domiciliadas há menos de um ano representam apenas 6,82% (Tabela 5).

Tabela 5. Distribuição dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo com o tempo de residência na região.

Tempo de residência na região (anos)	Frequência	
	N	%
Menos de 1 ano	35	6,82
1 ano	26	5,07
2 anos	16	3,12
3 anos	17	3,31
4 anos ou mais	419	81,68
Total	513	100,00

Em relação à situação da residência em que os escolares moram, 329 (64,13%) residem em imóvel próprio, 85 (16,57%) em imóvel alugado e 95 (18,52) em imóvel emprestado (Tabela 6).

Tabela 6. Distribuição dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo com o tipo de imóvel.

Tipo de imóvel	Frequência	
	N	%
Próprio	329	64,13
Emprestado	95	18,52
Alugado	85	16,57
Ocupado/invadido	4	0,78
Total	513	100,00

A Tabela 7 apresenta os dados referentes ao tipo de construção em que os integrantes da amostra residem: 237 (46,20%) habitam imóveis construídos predominantemente de alvenaria, e 231 (45,03%) moram em casas em cuja construção prevalece a madeira, e 45 (8,77%) residem em edificações construídas com outro tipo de material.

Tabela 7. Distribuição dos escolares de 6 a 15 anos do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo com o tipo de construção em que residem. Araçatuba, 2003.

Tipo de Construção	Frequência	
	N	%
Alvenaria	237	46,20
Madeira	231	45,03
Outros	45	8,77
Total	513	100,00

Com relação ao número total de moradores da residência, a grande maioria (84,80%) é de quatro ou mais pessoas, 13,84% de três pessoas, e somente 1,36% de duas pessoas (Tabela 8).

Tabela 8. Distribuição dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo com o número total de moradores da residência.

Número total de moradores da residência (pessoas)	Frequência	
	N	%
2	7	1,36
3	71	13,84
4 ou mais	435	84,80
Total	513	100,00

No que concerne à origem da maior parte da água utilizada na preparação de alimentos, em 264 residências dos escolares investigados utiliza-se encanada, em 234 consome-se água retirada de fonte ou nascente, e apenas em 2 consome-se água mineral; 13 residência apontaram outro tipo de água (Tabela 9).

Tabela 9. Distribuição dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo com a origem da água utilizada na preparação de alimentos.

Origem da água	Frequência	
	N	%
Água encanada	264	51,46
Fonte ou nascente	234	45,61
Mineral	2	0,39
Outras	13	2,53
Total	513	100,00

A Tabela 10 demonstra que 498 (97,08%) integrantes da amostra estudada possuem escova de dentes própria, 8 (1,56%) não utilizam esse instrumento, e 7 (1,36%) dividem a escova com outras pessoas. Quanto à troca da escova antiga por escova nova, a Tabela 11 revela que 35,48% o

fazem duas ou três vezes ao ano, 25,34% quatro vezes, 22,03% cinco vezes ou mais, 12,67% não se recordam e 4,48% fazem a troca uma vez ao ano.

Tabela 10. Distribuição dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo com a utilização da escova de dentes.

Utilização da Escova	Frequência	
	N	%
Utiliza sua própria escova	498	97,08
Divide a escova com outras pessoas	7	1,36
Não utiliza	8	1,56
Total	513	100,00

Tabela 11. Distribuição dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo com a quantidade anual de vezes que trocam de escova de dentes.

Trocas de escova (por ano)	Frequência	
	N	%
1 vez	23	4,48
2 ou 3 vezes	182	35,48
4 vezes	130	25,34
5 vezes ou mais	113	22,03
Não lembra	65	12,67
Total	513	100,00

No que concerne à situação sócio-econômica das famílias dos escolares segundo o índice ABIPEME, a Tabela 12 demonstra que 4 (0,78%) participantes pertencem à classe E, 9 participantes (1,75%) inserem-se na classe A, 91 (17,74%) na classe D, 126 (24,56%) pertencem à classe B e 283 (55,17%) à classe C.

Tabela 12. Distribuição escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo com a situação sócio-econômica de suas famílias.

Situação sócio-econômica (critério ABIPEME)	Frequência	
	N	%
Classe A	9	1,75
Classe B	126	24,56
Classe C	283	55,17
Classe D	91	17,74
Classe E	4	0,78
Total	513	100,00

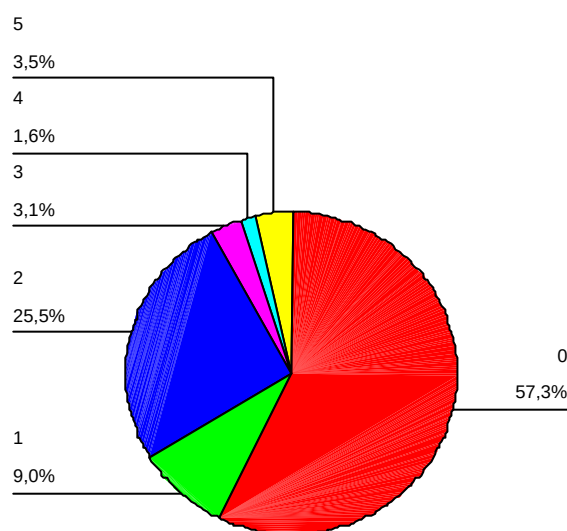
Do total de 200 pontos possíveis no inventário de autopercepção de saúde bucal utilizado (IODD adaptado), 2 (0,39%) escolares obtiveram escores superiores a 41 pontos; 21 (4,09%) fizeram de 31 a 40 pontos; 60 (11,70%) obtiveram pontuação entre 21 e 30; 120 (23,39%) fizeram de 11 a 20 pontos; 310 (60,43%) obtiveram escores entre 0 e 10 pontos (Tabela 13).

Tabela 13. Distribuição dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo com a pontuação obtida no IODD.

Autopercepção (IODD)	Frequência	
	N	%
0 a 10	310	60,43
11 a 20	120	23,39
21 a 30	60	11,70
31 a 40	21	4,09
41 ou mais	2	0,39
Total	513	100,00

As Figuras 1 a 16 apresentam a frequência e a severidade com que os oito fatores de comprometimento em atividades diárias decorrentes de

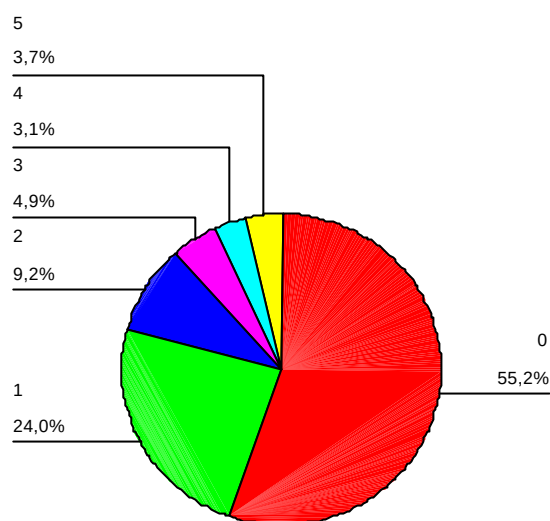
problemas bucais (IODD adaptado) acometeram a população investigada nos seis meses anteriores ao experimento. Observando a Figura 1, constata-se que 57,3% dos escolares não tiveram dificuldade para se alimentar em virtude de problemas bucais nos últimos 6 meses, enquanto os demais declararam ter sentido essa dificuldade, embora com predomínio de baixas frequências.



(0 = nunca, 1= raramente, 2= às vezes, 3= regularmente, 4= quase sempre, 5= sempre)

Figura 1. Distribuição dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo com a frequência com que tiveram dificuldade para se alimentar ou gostar de comer, nos 6 meses anteriores à pesquisa.

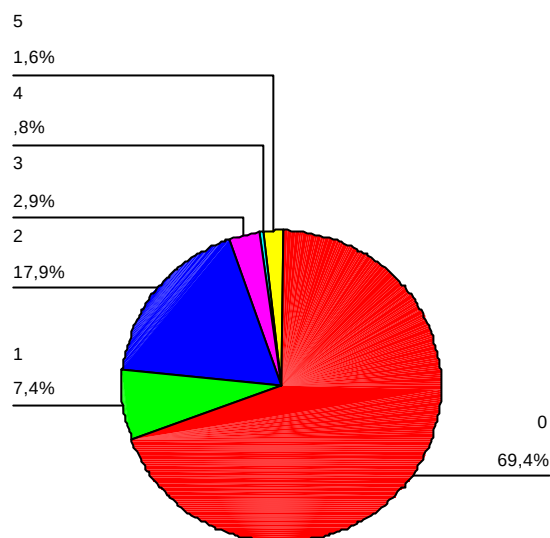
Em relação à severidade da dificuldade em se alimentar ou gostar de comida nos últimos 6 meses, 24% dos participantes apontaram dificuldade branda (grau 1), e 20,9% apresentaram severidade de graus 2 a 5 (Figura 2).



(0= nenhuma, 5= muito grave)

Figura 2. Distribuição dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo com a severidade da dificuldade para se alimentar ou gostar de comer, nos 6 meses anteriores à pesquisa.

Segundo a Figura 3, 69,4% dos escolares não apresentam dificuldades para falar e pronunciar palavras com clareza nos últimos 6 meses e 30,6% apresentam tal dificuldade.



(0 = nunca, 1= raramente, 2= às vezes, 3= regularmente, 4= quase sempre, 5= sempre)

Figura 3. Distribuição dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo com a frequência com que tiveram dificuldade para pronunciar palavras, nos 6 meses anteriores à pesquisa.

A maioria dos entrevistados que apresentam dificuldades para falar e pronunciar palavras com clareza nos últimos seis meses apresentam severidade de grau 1, o que representa 13,3% do total dos entrevistados, e 17,7% apresentam grau 2,3,4 e 5.

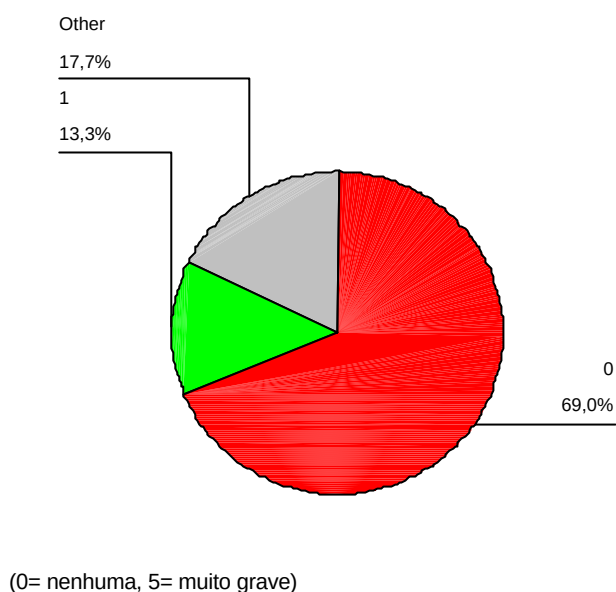
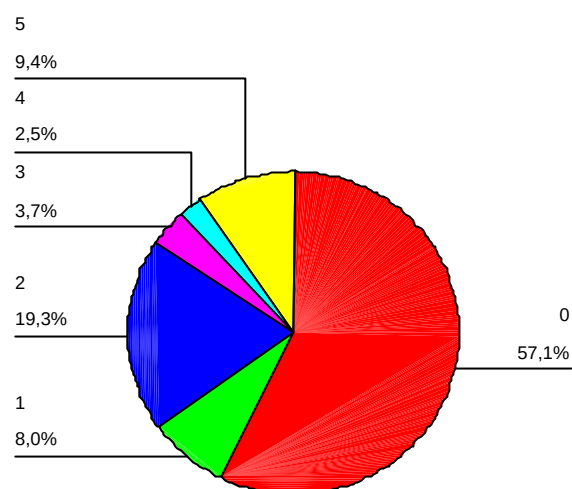


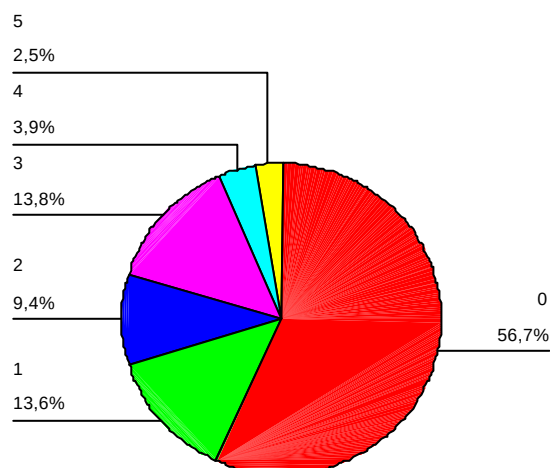
Figura 4. Distribuição dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo com a severidade da dificuldade para pronunciar palavras, nos 6 meses anteriores à pesquisa.

Com relação à frequência em que os escolares tiveram dificuldade para limpar os dentes nos últimos seis meses, 57,1% não apresentaram nenhuma dificuldade, 8,0% raramente, 19,3% às vezes, 3,7% quase sempre e 9,4 sempre tiveram dificuldades para limpar seus dentes (Figura 5). Com relação à severidade, 23,0% apresentaram grau 1 ou grau 2 (Figura 6).



(0 = nunca, 1= raramente, 2= às vezes, 3= regularmente, 4= quase sempre, 5= sempre)

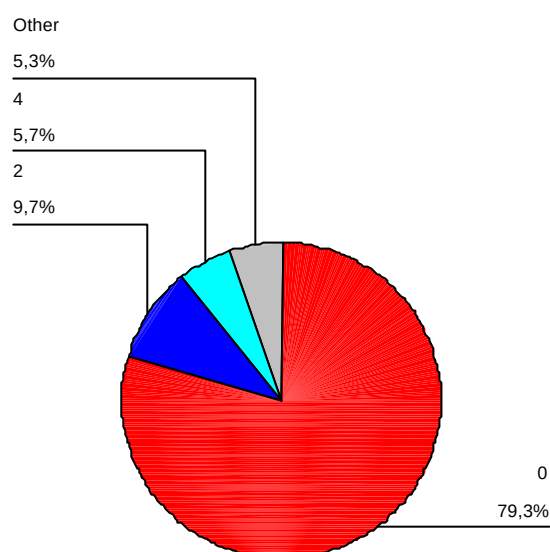
Figura 5. Distribuição dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo com a frequência com que tiveram dificuldade para limpar os dentes, nos 6 meses anteriores à pesquisa.



(0= nenhuma, 5= muito grave)

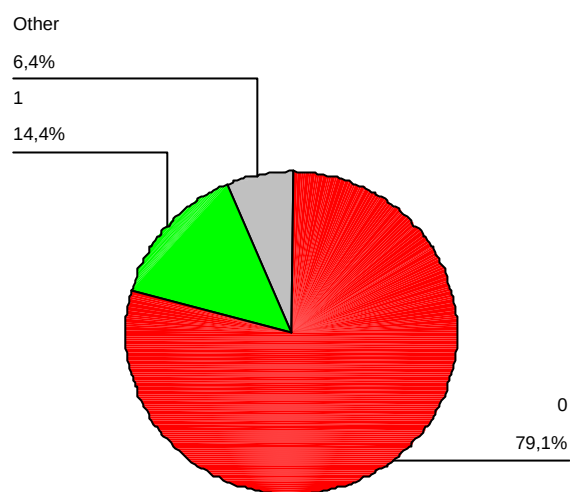
Figura 6. Distribuição dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo com a severidade da dificuldade para limpar os dentes, nos 6 meses anteriores à pesquisa. Araçatuba 2003.

Em relação à dificuldade para dormir ou descansar, 20,7% apresentaram dificuldades para dormir ou descansar, sendo que 14,4% apresentaram severidade grau 2 (Figuras 7 e 8).



(0 = nunca, 1= raramente, 2= às vezes, 3= regularmente, 4= quase sempre, 5= sempre)

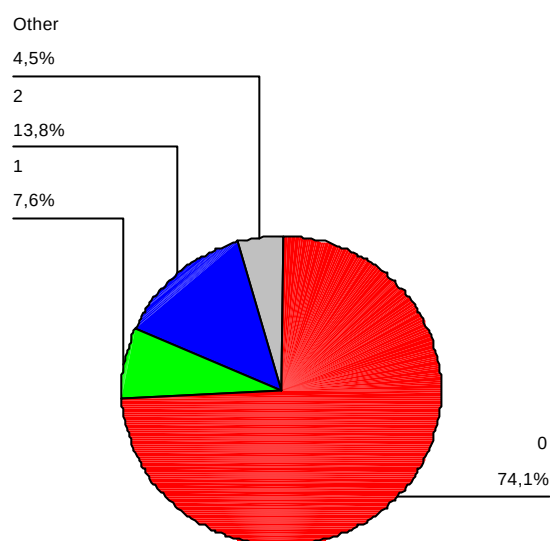
Figura 7. Distribuição dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo com a frequência com que tiveram dificuldade para dormir ou descansar, nos 6 meses anteriores à pesquisa.



(0= nenhuma, 5= muito grave)

Figura 8. Distribuição dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo com a severidade da dificuldade para dormir ou descansar, nos 6 meses anteriores à pesquisa.

Do total de escolares, 74,1% não apresentaram dificuldades para sorrir gargalhar e mostrar os dentes nos últimos 6 meses e 7,6% apresentam raramente essa dificuldade (Figuras 9).



(0 = nunca, 1= raramente, 2= às vezes, 3= regularmente, 4= quase sempre, 5= sempre)

Figura 9. Distribuição dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo com a frequência com que tiveram dificuldade para sorrir ou gargalhar, nos 6 meses anteriores à pesquisa.

Segundo a severidade, 12,1% apresentam grau 1, 6,2% apresentam grau 2 para a dificuldade para sorrir, gargalhar e mostrar seus dentes nos últimos seis meses(Figura 10).

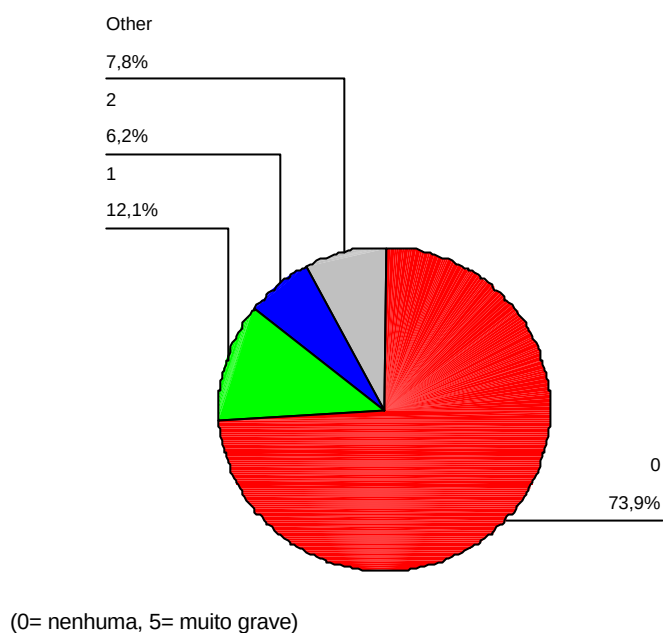
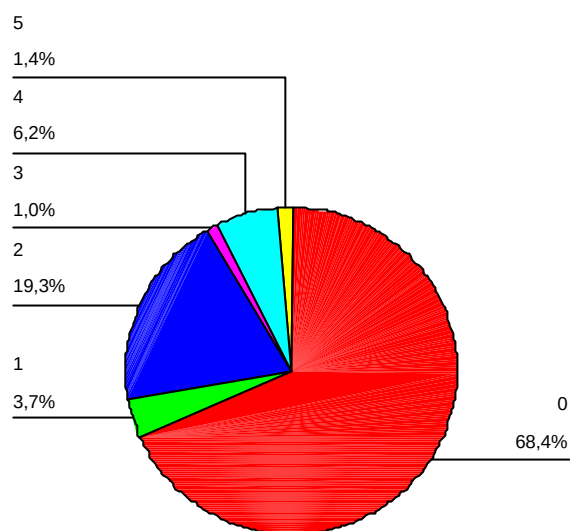


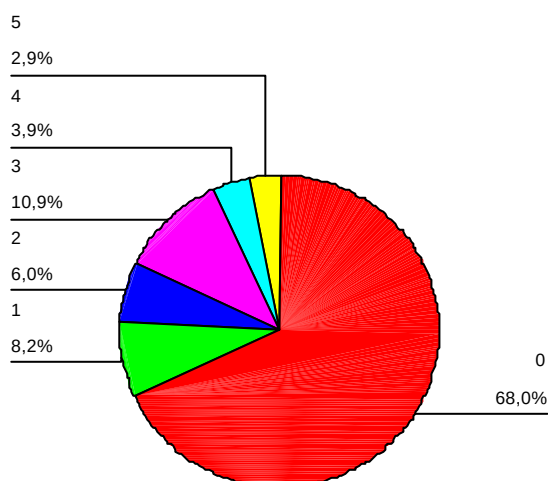
Figura 10. Distribuição dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo com a severidade da dificuldade para sorrir ou gargalhar, nos 6 meses anteriores à pesquisa.

Segundo a frequência em que ficaram nervosos em relação aos seus dentes, nos últimos seis meses, 21,6% dos escolares ficaram nervosos em relação a sua saúde bucal, sendo que 14,4% apresentaram severidade grau 2 (Figuras 11 e 12).



(0 = nunca, 1 = raramente, 2 = às vezes, 3 = regularmente, 4 = quase sempre, 5 = sempre)

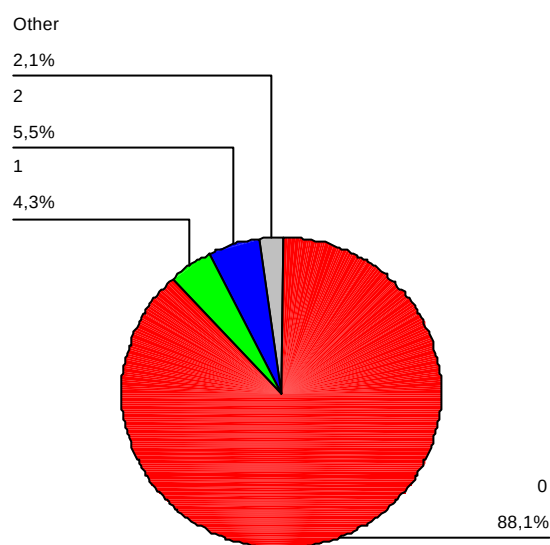
Figura 11. Distribuição dos escolares de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo com a frequência com que tiveram dificuldade manter a estabilidade emocional, nos 6 meses anteriores à pesquisa.



(0 = nenhuma, 5 = muito grave)

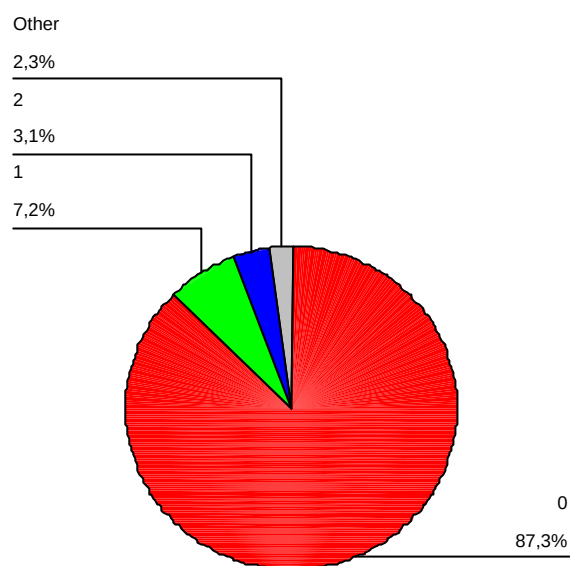
Figura 12. Distribuição dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo com a severidade da dificuldade para manter a estabilidade emocional, nos 6 meses anteriores à pesquisa.

Nos últimos 6 meses, 88,1% dos escolares não apresentaram dificuldade para conseguir estudar devido problemas de saúde bucal e 11,9 apresentaram essa deficiência e 7,2% apresentaram severidade grau 2 (Figuras 13 e 14).



(0 = nunca, 1= raramente. 2= às vezes, 3= regularmente, 4= quase sempre, 5= sempre)

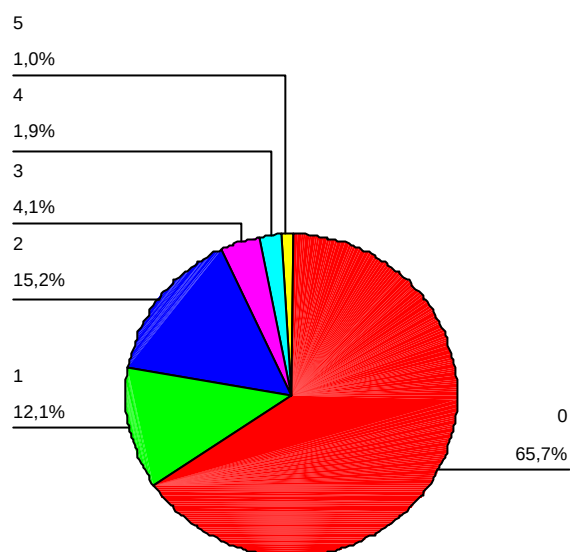
Figura 13. Distribuição dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo com a freqüência com que tiveram dificuldade para estudar, nos 6 meses anteriores à pesquisa.



(0= nenhuma, 5= muito grave)

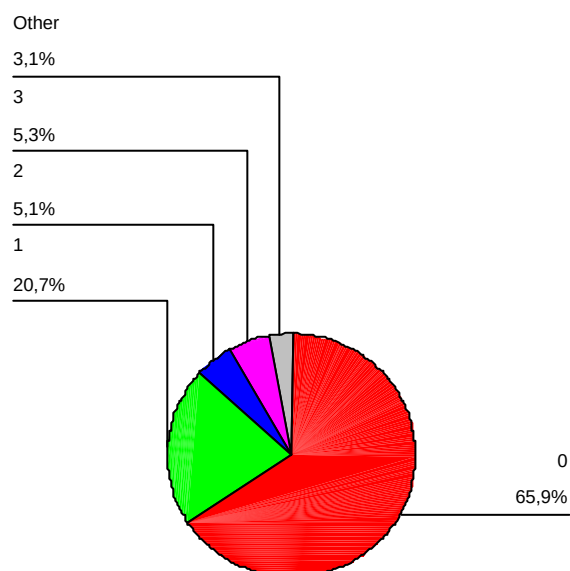
Figura 14. Distribuição dos escolares de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo com a severidade da dificuldade para estudar, nos 6 meses anteriores à pesquisa.

Quando perguntados se tiveram dificuldades de brincar ou se divertir com outra pessoa por motivos de saúde bucal, 65,7% dos escolares não apresentaram dificuldade, 24,3% apresentaram essa deficiência e 7,2% apresentaram severidade grau 2 (Figuras 15 e 16).



(0 = nunca, 1= raramente, 2= às vezes, 3= regularmente, 4= quase sempre, 5= sempre)

Figura 15. Distribuição dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo com a frequência com que tiveram dificuldade para brincar e se divertir com outras pessoas, nos 6 meses anteriores à pesquisa.



(0= nenhuma, 5= muito grave)

Figura 16. Distribuição dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo com a severidade da dificuldade para brincar e se divertir com outras pessoas, nos 6 meses anteriores à pesquisa.

A média do IODD foi de 10,24, com desvio padrão de 8,99 (o valor mínimo foi 0, e o valor máximo foi de 44,5 pontos). As maiores médias encontradas referiam-se à frequência e à severidade da dificuldade para limpar os dentes (1,15 e 1,02, respectivamente), e as menores estavam relacionadas à frequência (0,22) e à severidade (0,22) da dificuldade para estudar (Tabela 14).

Tabela 14. Estatística descritiva dos dados escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC), com relação aos fatores que compõem o IODD, no ano de 2002.

Impactos Odontológicos no Desempenho Diário	n	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Frequência da dificuldade para se alimentar ou gostar de comida	513	0	5	0,93	1,29
Severidade da dificuldade para se alimentar ou gostar de comida	513	0	5	0,88	1,30
Frequência da dificuldade para pronunciar palavras	513	0	5	0,63	1,08
Severidade da dificuldade para pronunciar palavras	513	0	5	0,64	1,15
Frequência da dificuldade para limpar os dentes	513	0	5	1,15	1,62
Severidade da dificuldade para limpar os dentes	513	0	5	1,02	1,41
Frequência da dificuldade para dormir ou descansar	513	0	5	0,54	1,19
Severidade da dificuldade para dormir ou descansar	513	0	5	0,35	0,86
Frequência da dificuldade para sorrir e gargalhar	513	0	5	0,54	1,08
Severidade da dificuldade para sorrir e gargalhar	513	0	5	0,56	1,16
Frequência da dificuldade para manter a estabilidade emocional	513	0	5	0,77	1,28
Severidade da dificuldade para manter a estabilidade emocional	513	0	5	0,83	1,40
Frequência da dificuldade para estudar	513	0	5	0,22	0,67
Severidade da dificuldade para estudar	513	0	5	0,22	0,68
Frequência da dificuldade para brincar e se divertir com outras pessoas	513	0	5	0,67	1,10
Severidade da dificuldade para brincar e se divertir com outras pessoas	513	0	5	0,60	1,07
IODD	513	0	44,50	10,24	8,99

Em relação às condições de saúde bucal da dentição decídua dos escolares aos 6 anos, a média do ceo-d foi de 4,41 (médias de 2,82

dentes cariados, 0,34 dentes esfoliados e 1,25 obturados). Os escolares dessa faixa etária apresentavam, em média, 10,31 dentes hígidos.

Tabela 15. Distribuição dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo com a relação idade / dentes decíduos cariados ou obturados com cárie (c), indicados para a extração (e), obturados (o), ceo-d e dentes decíduos hígidos (h).

Idade (anos)	c (médio)	e (médio)	o (médio)	ceo-d (médio)	h (médio)
6	2,82	0,34	1,25	4,41	10,31
7	4,12	0,52	1,30	5,54	5,83
8	1,98	0,10	1,28	3,36	6,26
9	1,56	0,05	1,22	2,83	4,08
10	0,99	0,07	1,18	2,44	3,35
11	0,47	0,02	0,50	0,98	1,38
12	0,16	0,00	0,22	0,38	0,44
13	0,12	0,00	0,15	0,27	0,18
14	0,05	0,00	0,11	0,16	0,05
15	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total	1,16	0,10	0,75	2,01	10,31

O teste de Kruskal–Wallis demonstrou que, à medida que a idade das crianças aumentava, o ceo-d diminuía. Aos 6 anos o ceo-d foi 4,41, aos 12 anos foi 0,44, e aos 15 anos foi 0,00 (Tabela 16). A Tabela 17 informa quais grupos etários são iguais e quais são diferentes estatisticamente, segundo média deo ceo-d, utilizando o teste de Dunn's.

Tabela 16. Medidas descritivas dos escolares de 6 a 15 anos do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo com a idade e o ceo-d. Araçatuba, 2003.

	Idade (anos)									
	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Média	2,82	4,12	1,98	1,56	0,99	0,47	0,16	0,12	0,50	0,00
Mediana	2,00	3,50	1,00	1,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Variância	7,84	13,52	10,06	4,49	1,76	0,74	0,36	0,14	0,09	0,00
Desvio padrão	2,89	3,68	3,17	2,12	1,33	0,86	0,60	0,37	0,30	0,00
Mínimo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Máximo	8	14	16	8	6	4	4	2	2	0
N	32	46	58	59	68	58	72	60	44	16

Teste de Kruskal-Wallis : $p = 0,0001^*$

* estatisticamente significativa

Tabela 17. Associação estatística entre idade e ceo-d escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, utilizando o teste de Dunn's para testar as diferenças entre os grupos etários.

Idade	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
6	-	Ns	ns	ns	ns	*	*	*	*	*
7		-	ns	ns	*	*	*	*	*	*
8			-	ns	ns	*	*	*	*	*
9				-	ns	*	*	*	*	*
10					-	*	*	*	*	*
11						-	ns	ns	ns	ns
12							-	ns	ns	ns
13								-	ns	ns
14									-	ns
15										-

ns= $p > 0,05$ * = $p < 0,05$

Não foi verificada diferença estatisticamente significativa na distribuição do ceo-d por sexo, ao contrário da distribuição de dentes decíduos hígidos por sexo, cuja média para o sexo masculino foi de 3,38,

e para o sexo feminino foi de 2,70, de acordo com teste de Mann-Whitney (Tabela 18).

Tabela 18. Distribuição dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo a relação sexo / dentes decíduos cariados (c), esfoliados (e), obturados (o), ceo-d e dentes decíduos hígidos (h).

	Sexo	Média	nº	P
c	Masc.	1,39	251	0,063
	Fem.	0,97	262	
e	Masc.	0,14	251	0,076
	Fem.	0,06	262	
o	Masc.	0,84	251	0,117
	Fem.	0,67	262	
h	Masc.	3,38	251	0,030*
	Fem.	2,70	262	
ceo-d	Masc.	2,33	251	0,052
	Fem.	1,70	262	

* estatisticamente significante

Como pode ser observado na Tabela 19, a correlação entre a autopercepção dos impactos bucais e o ceo-d foi fraca. O coeficiente de correlação do teste de Spearman entre o IODD e o ceo-d foi de 0,043, portanto sem significância ao nível de 5%. A frequência da dificuldade para sorrir e gargalhar teve coeficiente de correlação de 0,094, com uma significância de 0,032.

Tabela 19. Correlação entre o índice ceo-d e o IODD dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002.

Impactos Odontológicos no Desempenho Diário	Coef. correl.	P
IODD	0,043	0,336
Frequência da dificuldade para alimentar ou gostar de comida	0,046	0,302
Severidade da dificuldade para se alimentar ou gostar de comida	0,045	0,311
Frequência da dificuldade para pronunciar palavras	-0,093	0,035*
Severidade da dificuldade para pronunciar palavras	-0,109	0,014*
Frequência da dificuldade para limpar os dentes	0,008	0,854
Severidade da dificuldade para limpar os dentes	-0,007	0,883
Frequência da dificuldade para dormir ou descansar	0,092	0,037*
Severidade da dificuldade para dormir ou descansar	0,087	0,050*
Frequência da dificuldade para sorrir e gargalhar	0,094	0,032*
Severidade da dificuldade para sorrir e gargalhar	0,077	0,080
Frequência da dificuldade para manter a estabilidade emocional	0,015	0,731
Severidade para manter a estabilidade emocional	-0,003	0,951
Frequência da dificuldade para estudar	-0,035	0,426
Severidade da dificuldade para estudar	-0,057	0,194
Frequência da dificuldade para brincar e se divertir com outras pessoas	-0,055	0,216
Severidade da dificuldade para brincar e se divertir com outras pessoas	-0,058	0,191

* estatisticamente significativa

A média do ceo-d foi superior nas classes sociais mais baixas. Na classe E, essa média foi de 7,00, na classe D de 1,96, na classe C foi de 2,00, na classe B foi de 2,02, e na classe A a média foi de 0,88. Utilizando o teste de Kruskal-Wallis observou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (Tabela 20).

Tabela 20. Medidas descritivas dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo com a classe social e o ceo-d.

	Classe Social				
	A	B	C	D	E
Média	0,88	1,96	2,00	2,02	7,00
Mediana	0,00	1,00	0,00	0,00	8,00
Variância	7,11	7,49	8,62	7,87	28,00
Desvio padrão	2,67	2,73	2,93	2,80	5,29
Mínimo	0	0	0	0	0
Máximo	8	13	17	11	12
N	9	126	283	91	4
Teste de Kruskal-Wallis : $p = 0,085$					

A tabela 21 mostra que o CPO-D médio dos escolares, aos 12 anos de idade, foi de 2,57 (médias de 0,50 dentes cariados, 0,23 perdidos e 1,96 obturados); a média de dentes hígidos nessa idade foi de 17,93. O CPO-D dos escolares com 15 anos e idade foi de 5,38 (médias de 2,00 dentes cariados, 0,13 perdidos e 3,25 obturados). O teste de Kruskal-Wallis demonstrou que, à medida que a idade das crianças aumentava, a média do média do CPO-D também crescia (Tabela 22).

Tabela 21. Distribuição dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo com a relação idade / dentes permanentes cariados ou obturados com cárie (C), perdidos (P), obturados (O), CPO-D e dentes permanentes hígidos (H).

Idade (anos)	C (médio)	P (médio)	O (médio)	CPO-D (médio)	H (médio)
6	0,22	0,03	0,03	0,28	3,97
7	0,26	0,00	0,28	0,54	6,59
8	0,47	0,09	0,48	0,104	10,17
9	0,64	0,08	0,63	1,35	11,54
10	0,59	0,03	0,99	1,61	13,78
11	0,48	0,10	1,62	2,21	17,93
12	0,50	0,13	1,96	2,57	17,28
13	0,63	0,12	2,07	2,82	19,97
14	0,77	0,27	1,91	2,95	22,32
15	2,00	0,13	3,25	5,38	20,81
Total	0,55	0,10	1,25	1,90	14,49

Tabela 22. Medidas descritivas dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo com a idade e o CPO-D.

	Idade (anos)									
	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Média	0,25	0,54	0,94	1,36	1,60	2,21	2,57	2,82	2,96	5,38
Mediana	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00	2,00	2,00	3,00	2,50	5,00
Variância	0,39	0,97	1,84	4,54	3,62	5,04	7,46	4,12	9,00	3,85
Desvio padrão	0,62	0,98	1,36	2,13	1,90	2,25	2,73	2,03	3,00	1,96
Mínimo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Máximo	3	4	5	13	9	8	12	9	13	9
N	32	46	58	59	68	58	72	60	44	16
Teste de Kruskal-Wallis : $p = 0,0001^*$										

* estatisticamente significativa

A Tabela 23 informa quais grupos etários são iguais e quais são diferentes estatisticamente, segundo média de CPO-D, utilizando o teste de Dunn's.

Tabela 23. Associação estatística entre idade e CPO-D dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, utilizando o teste de Dunn's para testar as diferenças entre os grupos etários. Araçatuba, 2003.

Idade	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
6	-	ns	ns	ns	ns	*	*	*	*	*
7		-	ns	ns	ns	*	*	*	*	*
8			-	ns	ns	ns	*	*	*	*
9				-	ns	ns	ns	*	*	*
10					-	ns	ns	*	ns	*
11						-	ns	ns	ns	*
12							-	ns	ns	*
13								-	ns	ns
14									-	*
15										-

ns= $p > 0,05$ * = $p \leq 0,05$

A média do CPO-D para o sexo masculino foi de 1,71, e para o sexo feminino foi de 2,07 ($p=0,066$), portanto sem diferença estatisticamente significativa. Também não foram verificadas diferenças estatisticamente significantes entre dentes cariados e sexo e dentes perdidos e sexo. Já para dentes obturados, a média para as mulheres foi de 1,47 e para os homens de 1,02 ($p=0,0012$). Também com relação à média de dentes permanentes hígidos houve diferença estatisticamente significativa: maior nas mulheres que nos homens (Tabela. 24).

Tabela 24. Distribuição dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo com a relação sexo / dentes permanentes cariados ou obturados com cárie (C), perdidos (P) e obturados (O); índice de CPO-D e dentes permanentes hígidos (H).

	Sexo	Média	n	P
C	Masc.	0,58	251	0,584
	Fem.	0,56	262	
P	Masc.	0,12	251	0,272
	Fem.	0,07	262	
O	Masc.	1,02	251	0,012*
	Fem.	1,47	262	
H	Masc.	13,72	251	0,014*
	Fem.	15,23	262	
CPO-D	Masc.	1,71	251	0,066
	Fem.	2,07	262	

* estatisticamente significante

Não foi encontrada correlação entre o IODD e seus componentes e o CPO-D. A correlação entre o IODD e o CPO-D foi de 0,050 ($p=0,254$). A maior correlação encontrada foi entre a frequência e dificuldade para brincar e se divertir com outras pessoas e o CPO-D, de 0,76 ($p=0,350$), como demonstra a Tabela 25.

Tabela 25. Correlação entre o índice CPO-D e o IODD dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002.

Impactos Odontológicos no Desempenho Diário	Coef. correl.	P
IODD	0,050	0,254
Frequência da dificuldade para se alimentar ou gostar de comida	-0,057	0,254
Severidade da dificuldade para se alimentar ou gostar de comida	0,032	0,195
Frequência da dificuldade para pronunciar palavras	0,048	0,467
Severidade da dificuldade para pronunciar palavras	-0,076	0,282
Frequência da dificuldade para limpar os dentes	0,049	0,086
Severidade da dificuldade para limpar os dentes	0,048	0,273
Frequência da dificuldade para dormir ou descansar	-0,044	0,278
Severidade da dificuldade para dormir ou descansar	0,024	0,315
Frequência da dificuldade para sorrir e gargalhar	0,032	0,590
Severidade da dificuldade para sorrir e gargalhar	-0,017	0,469
Frequência da dificuldade para manter a estabilidade emocional	-0,006	0,705
Severidade da dificuldade para manter a estabilidade emocional	-0,015	0,900
Frequência da dificuldade para estudar	-0,076	0,729
Severidade da dificuldade para estudar	0,041	0,085
Frequência da dificuldade para brincar e se divertir com outras pessoas	0,073	0,350
Severidade da dificuldade para brincar e se divertir com outras pessoas	-0,037	0,097

A média do CPO-D variou de acordo com a classe social ($p=0,014$). Para a classe A a média foi de 0,78, para a classe B foi de 1,56, para a classe C de 2,07 e para a classe D a média foi de 2,04. Os escores da classe E foram excluídos da tabela porque o CPO-D foi 0 para todos (Tabela 26).

Tabela 26. Medidas descritivas escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo com a classe social e o CPO-D.

	Classe Social			
	A	B	C	D
Média	0,78	1,56	2,07	2,04
Mediana	0,00	0,00	1,00	1,00
Variância	1,19	4,99	1,00	1,00
Desvio padrão	1,09	2,23	2,43	2,10
Mínimo	0	0	0	0
Máximo	3	9	13	8
N	9	126	283	91

Teste de Kruskal-Wallis : $p = 0,014^*$

* estatisticamente significativa

A Tabela 27 informa quais grupos sociais são iguais e quais são diferentes estatisticamente, segundo CPO-D, utilizando o teste de Dunn's.

Tabela 27. Associação estatística entre condição sócio-econômica e CPO-D dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, utilizando o teste de Dunn's para testar a diferenças entre os grupos sociais.

Classe Social	A	B	C	D
A	-	ns	ns	ns
B		-	*	ns
C			-	ns
D				-

ns= $p > 0,05$ * = $p \leq 0,05$

Do total dos escolares, 13,26% não apresentavam problemas de má-oclusão, 51,66% apresentam más-oclusões muito leves ou leves, e 35,09% tinham más-oclusões de moderadas a severas (Tabela 28).

Tabela 28. Distribuição dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo com a relação idade / má-oclusão.

Idade (anos)	Oclusão							
	0		1		2		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
6	7	21,88	17	53,13	8	25,00	32	100,00
7	1	2,17	23	50,00	22	47,83	46	100,00
8	3	5,17	27	46,55	28	48,28	58	100,00
9	7	11,86	26	44,07	26	44,07	59	100,00
10	5	7,35	39	57,35	24	35,29	68	100,00
11	6	10,34	31	53,45	21	36,21	58	100,00
12	12	16,67	40	55,56	20	27,78	72	100,00
13	14	23,33	27	45,00	19	31,67	60	100,00
14	9	20,45	28	63,64	7	15,91	44	100,00
15	4	25,00	7	43,75	5	31,25	16	100,00
Total	68	13,26	265	51,66	180	35,09	513	100,00

Desconsiderando a idade de 6 anos, a prevalência de má-oclusão foi menor nas idades mais baixas que nas idades mais elevadas ($p=0,001$). A média do índice foi mais alta na idade de 7 anos e mais baixa na idade de 14 anos, utilizando o teste de Mann-Whitney foi verificada diferença entre essas idades, como demonstra a Tabela 29.

Tabela 29. Medidas descritivas dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo com idade e má-oclusão.

	Idade (anos)										
	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	Total
Média	1,03	1,46	1,43	1,32	1,28	1,26	1,11	1,08	0,95	1,06	1,22
Mediana	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Variância	0,48	0,30	0,36	0,46	0,35	0,41	0,44	0,55	0,37	0,60	0,437
Desvio padrão	0,70	0,55	0,60	0,68	0,60	0,64	0,66	0,74	0,61	0,77	0,66
Mínimo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Máximo	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
N	32	46	58	59	68	58	72	60	44	16	513
Teste de Kruskal-Wallis : p = 0,001*											

Teste de Kruskal-Wallis : $p = 0,001^*$

*estatisticamente significativa

A Tabela 30 informa quais grupos etários são iguais e quais são diferentes estatisticamente, segundo média da prevalência de má-oclusão, utilizando o teste de Dunn's.

Tabela 30. Associação estatística entre idade e má-oclusão dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, utilizando o teste de Dunn's para testar as diferenças entre os grupos etários.

Idade	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
6	-	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
7		-	ns	ns	ns	ns	ns	ns	*	ns
8			-	ns	ns	ns	ns	ns	*	ns
9				-	ns	ns	ns	ns	ns	ns
10					-	ns	ns	ns	ns	ns
11						-	ns	ns	ns	ns
12							-	ns	ns	ns
13								-	ns	ns
14									-	ns
15										-

ns= $p > 0,05$ * = $p < 0,05$

A média de má-oclusão para o sexo feminino foi de 1,21, e para o sexo masculino foi de 1,23 ($p= 0,988$), portanto sem diferença estatisticamente significativa (Tabela 31).

Tabela 31. Distribuição dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo a relação sexo / má-oclusão.

	Sexo	Média	n°	P
Má-oclusão	Masc.	1,21	251	0,988
	Fem.	1,23	262	

* estatisticamente significativa

A correlação encontrada entre o IODD e a má-oclusão foi de 0,112 ($p=0,011$). Houve correlação negativa entre o IODD e a dificuldade para estudar de -0,271 ($p=0,001$), como pode ser observado na Tabela 32.

Tabela 32. Correlação entre a má-oclusão e o IODD dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002.

Impactos Odontológicos no Desempenho Diário	Coef. correl.	p
IODD	0,112	0,011*
Frequência da dificuldade para se alimentar ou gostar de comida	0,037	0,400
Severidade da dificuldade para se alimentar ou gostar de comida	-0,028	0,521
Frequência da dificuldade para pronunciar palavras	0,028	0,521
Severidade da dificuldade para pronunciar palavras	-0,014	0,753
Frequência da dificuldade para limpar os dentes	0,029	0,518
Severidade da dificuldade para limpar os dentes	0,061	0,169
Frequência da dificuldade para dormir ou descansar	0,065	0,141
Severidade da dificuldade para dormir ou descansar	-0,003	0,955
Frequência da dificuldade para sorrir e gargalhar	-0,003	0,947
Severidade da dificuldade para sorrir e gargalhar	-0,018	0,687
Frequência da dificuldade para manter a estabilidade emocional	-0,003	0,954
Severidade da dificuldade para manter a estabilidade emocional	-0,006	0,898
Frequência da dificuldade para estudar	-0,271	0,000*
Severidade da dificuldade para estudar	0,146	0,001*
Frequência da dificuldade para brincar e se divertir com outras pessoas	0,190	0,000*
Severidade da dificuldade para brincar e se divertir com outras pessoas	-0,055	0,210 ^a

* estatisticamente significativa

A Tabela 33 mostra que a média do índice de má-oclusão foi de 1,00 para a classe social A, 1,17 para a classe B, 1,20 para a classe C, 1,34 para a D e 1,00 para a classe E (p=0,220).

Tabela 33. Medidas descritivas dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo com a classe social e o índice de má-oclusão.

	Classe Social				
	A	B	C	D	E
Média	1,00	1,17	1,20	1,34	1,00
Mediana	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00
Variância	0,50	0,43	0,45	0,36	1,00
Desvio padrão	0,71	0,65	0,67	0,60	1,00
Mínimo	0	0	0	0	0
Máximo	2	2	2	2	2
N	9	126	283	91	04
Teste de Kruskal-Wallis : p = 0,220					

Aos 6 anos de idade, 73,68% do total dos escolares estavam livres de fluorose dentária. Aos 12 anos de idade, esse percentual era de 41,74%. A média de escolares livres de fluorose de 06 a 15 anos foi de 70,57 (Tabela 34).

Tabela 34. Distribuição dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo com a relação idade / ausência de fluorose.

Idade (anos)	Ausência de fluorose	
	n	%
6	28	73,68
7	33	48,53
8	42	45,65
9	38	37,25
10	44	40,74
11	44	55,00
12	48	41,74
13	38	38,78
14	35	54,69
15	12	54,55
Total	362	70,57

A Tabela 35 indica que a média do índice de fluorese para os escolares 6 anos de idade foi de 0,19, e aos 12 anos de 0,60 ($p=0,223$). A média do grupo para esse aspecto foi de 0,53.

Tabela 35. Medidas descritivas dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo com a idade e o índice de fluorose dentária.

	Idade (anos)										Total
	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
Média	0,19	0,48	0,59	0,73	0,59	0,38	0,60	0,63	0,45	0,38	0,53
Mediana	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Variância	0,35	0,70	1,26	1,10	0,84	0,67	1,06	0,85	0,86	0,52	0,87
Desvio padrão	0,59	0,84	1,12	1,05	0,91	0,79	1,03	0,92	0,93	0,72	0,93
Mínimo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Máximo	3	3	5	3	4	4	4	3	3	2	5
N	32	46	58	59	68	58	72	60	44	16	513
Teste de Kruskal-Wallis : $p = 0,233$											

Não foi verificada diferença estatisticamente significativa entre o sexo e a prevalência de fluorose dentária ($p=0,779$). A média para as mulheres foi de 0,55, e para os homens de 0,52 (Tabela 36).

Tabela 36. Distribuição dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo a relação sexo / índice de fluorose dentária.

	Sexo	Média	n	P
Fluorose	Masc.	0,52	251	0,779
	Fem.	0,55	262	

Na Tabela 37 observa-se que a correlação entre o IODD e a fluorose dentária foi baixa (0,055; $p=0,214$), da mesma forma que para os diferentes fatores desse instrumento.

Tabela 37. Correlação entre o índice de fluorose dentária e o IODD dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002.

Impactos Odontológicos no Desempenho Diário	Coef. correl.	P
IODD	0,055	0,214
Frequência da dificuldade para se alimentar ou gostar de comida	0,055	0,212
Severidade da dificuldade para se alimentar ou gostar de comida	0,010	0,815
Frequência da dificuldade para pronunciar palavras	0,012	0,788
Severidade da dificuldade para pronunciar palavras	-0,017	0,708
Frequência da dificuldade para limpar os dentes	-0,015	0,733
Severidade da dificuldade para limpar os dentes	-0,019	0,667
Frequência da dificuldade para dormir ou descansar	-0,032	0,464
Severidade da dificuldade para dormir ou descansar	-0,018	0,692
Frequência da dificuldade para sorrir e gargalhar	-0,029	0,516
Severidade da dificuldade para sorrir e gargalhar	0,002	0,972
Frequência da dificuldade para manter a estabilidade emocional	-0,005	0,913
Severidade da dificuldade para manter a estabilidade emocional	0,003	0,951
Frequência da dificuldade para estudar	-0,001	0,986
Severidade da dificuldade para estudar	0,021	0,631
Frequência da dificuldade para brincar e se divertir com outras pessoas	0,012	0,790
Severidade da dificuldade para brincar e se divertir com outras pessoas	-0,001	0,972

*: estatisticamente significativa

A Tabela 38 demonstra que a média do índice de fluorose para a classe A foi de 0,22, para a classe B de 0,50, para a classe C de 0,52, para a classe D foi de 0,65, e para a classe E foi de 0,75 ($p=0,784$).

Tabela 38. Medidas descritivas dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo com a classe social e o índice de fluorose dentária.

	Classe Social				
	A	B	C	D	E
Média	0,22	0,50	0,52	0,65	0,75
Mediana	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Variância	0,20	0,80	0,84	1,14	2,25
Desvio padrão	0,44	0,89	0,92	1,07	1,50
Mínimo	0	0	0	0	0
Máximo	1	4	4	5	3
N	9	126	283	91	4
Teste de Kruskal-Wallis : $p = 0,784$					

No que concerne às alterações periodontais, 43,75% das crianças de 6 anos de idade as apresentavam, 41,38 das crianças de 12 anos apresentavam essas alterações, assim como 62,50% das crianças de 15 anos (Tabela 39).

Tabela 39. Distribuição escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo com a relação idade / alterações periodontais.

Idade (anos)	Alterações periodontais					
	Sem alterações		Com alterações		Total	
	n	%	n	%	n	%
6	18	56,25	14	43,75	32	100,00
7	14	30,43	32	69,57	46	100,00
8	22	37,93	36	62,07	58	100,00
9	30	50,85	29	49,15	59	100,00
10	33	48,53	35	51,47	68	100,00
11	34	58,62	24	41,38	58	100,00
12	42	58,33	30	41,67	72	100,00
13	37	61,67	23	38,33	60	100,00
14	27	61,36	17	38,64	44	100,00
15	6	37,50	10	62,50	16	100,00
Total	263	51,27	250	48,73	513	100,00

Do 251 escolares do sexo masculino avaliados, 134 apresentavam alterações gengivais, e das 162 meninas, 160 apresentavam esse tipo de alteração, caracterizando a prevalência de alterações periodontais no sexo feminino, com $p=0,039$ (Tabela 40).

Tabela 40. Distribuição dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo a relação sexo / alterações periodontais.

Sexo	Alterações periodontais		Frequência	
	Sem alterações	Com alterações	n	P
Masc.	117	134	251	0,039*
Fem.	146	160	262	

* estatisticamente significante

A Tabela 41 mostra que o IODD médio apresentado pelos escolares que apresentaram alterações gengivais foi de 9,45, e para aqueles que não apresentavam essas alterações o IODD foi de 11,08 ($p=0,132$).

Tabela 41. Distribuição dos escolares, de 6 a 15 anos de idade, do município de Pinheiro Preto (SC) no ano de 2002, de acordo com a relação presença de alteração periodontal / IODD médio.

Alteração periodontal	IODD médio	n	P
Sem alteração	9,45	263	0,132
Com alteração	11,08	250	

6 DISCUSSÃO

Conforme se constata na Tabela 1, participaram do estudo, 513 escolares de 6 a 15 anos de idade, os quais freqüentavam as escolas públicas do município de Pinheiro Preto. O município não possui escolas privadas e segundo dados da prefeitura, 95% da população acima de 10 anos de idade é alfabetizada. A freqüência escolar é praticamente 100% tanto na população urbana, quanto na população rural. O estudo correspondeu a um senso, pois foram examinados todos os escolares da faixa etária citada.

Da totalidade dos escolares, 51,07% eram do sexo feminino e 48,93% eram do sexo masculino (Tabela 1). Em 2001 a população total de mulheres que residiam no município era de 1330 e a população total de homens era de 1399. No presente estudo, embora a diferença entre os sexos apresentou-se muito pequena, observou-se que a maioria da população era do sexo feminino, enquanto que a tendência da população total do município se apresentou inversa, sendo que em 2001 a maioria da população era do sexo masculino.

Ao classificar os escolares por idade, foi verificada uma freqüência baixa de crianças de 6 anos e de 15 anos de idade comparadas com as

outras faixas etárias (Tabela 2). Possivelmente, essa frequência baixa de crianças com 6 anos de idade aconteceu devido ao início tardio de alguma delas no ensino fundamental, onde possivelmente as mães iniciaram seus filhos na primeira série com 7 anos de idade. Com 15 anos de idade o escolar deve tirar estar cursando o ensino médio, entretanto o estudo só levou em consideração escolar que estudam da primeira a oitava série.

Em relação à escola freqüentada pelos escolares, a maioria estudam na EMSP (Tabela 3) pois esta escola possui ensino fundamental e médio, enquanto que a CE, tiram só possui ensino fundamental.

Embora seja um município pequeno, a maioria dos estudantes pertence à classe de consumo C (Tabela 12), moram a mais de 4 anos na região (Tabela 5), moram em casa própria (Tabela 6) tanto de madeira quanto de alvenaria (Tabela 7).

Em relação à saúde bucal e a cárie dental o CPO-D médio dos escolares de 06 a 15 anos de idade foi de 1,90, já aos 12 anos de idade a média foi de 2,57 (Tabela 21). Pinto, 1983 relata que a média do CPO-D era de 7,25 e em 1986 a média era de 6,65. Portanto a média verificada no estudo é baixa para os padrões nacionais, dentro da tendência da redução da prevalência da cárie dental.

Os escolares com 6 anos de idade apresentaram um ceo-d de 4,41 e a média de todos os escolares foi de 2,01 (Tabela 15). A prevalência de

carie na dentição decídua também foi mais baixa que a média encontrada no Brasil nas décadas de 70 e 80 (Pinto, 2000).

Embora a média do CPO-D foi 2,07 para as mulheres e 1,71 para os homens, não foram encontradas diferenças entre a prevalência do CPO-D e sexo, como no estudo de Vertuan e Pereira (1985). Para os dentes permanentes foram encontradas diferenças entre a prevalência de dentes obturados e sexo e dentes hígidos (Tabela 24). Já para a dentição decídua só foram encontradas diferenças entre a prevalência de dentes hígidos e sexo (Tabela 18).

Quanto maior foi à idade o CPO-D aumentou e o ceo-d diminuiu (Tabelas 16, 17, 22 e 23), fato relacionado ao número de dentes decíduos e permanentes presentes e ao tempo de exposição desses dentes na cavidade bucal.

Segundo a meta estabelecida pela OMS para o ano 2000, para o ano de 2000, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), O município estudado está abaixo da média 3 do CPO-D estabelecida pela OMS para o ano 2000 e de acordo com a classificação proposta pela mesma entidade segundo a escala de gravidade da OMS (1994) para a cárie dental essa gravidade é intermediária. (BRASIL 1998).

A doença cárie dental é um problema de saúde pública e embora Thylstrup e Fejerskov (1988) relatam que a partir dos anos 70 ocorreu uma diminuição da prevalência de carie nos países desenvolvidos, ela ainda preocupa e segundo Patino (2001), várias regiões no Brasil já

atingiram a meta da OMS para o ano 2000 e o desafio agora é atingir metas mais audaciosas como as mencionadas no 4 Congresso Mundial de Odontologia Preventiva que é a de alcançar um CPO-D igual a 1 em 2010. Algumas cidades brasileiras já se aproximam dessas metas, como em Osasco-SP que segundo Castellanos et al (1999) o CPO-D encontrado foi de 1,52 aos 12 anos de idade.

Embora se tenha observado esse declínio, Weyne (1997) relata que existe um fenômeno de polarização, onde uma pequena parte da população concentra a maior parte das doenças e necessidades de tratamento, e são geralmente grupos minoritários, socialmente desprotegidos assim são mais vulneráveis aos fatores de risco da doença. A média do CPO-D para as pessoas que pertencem a classes sociais mais privilegiadas foi menor que as classes mais pobres ($p=0,014$). Para a dentição decídua não foi encontrada essa relação (Tabelas 20, 26 e 27).

Brunelle e Carlos (1990) relataram que em localidades onde as crianças sempre foram expostas a água fluoretadas a redução de CPO-D é notória. Acredita-se que a fluoretação das águas do município de Pinheiro Preto teve influencia no CPO-D obtido, pois a maioria da população estudada moram a mais de 4 anos na região (Tabela 4), embora apenas 51,46 utilizam a água encanada (Tabela 9).

Da população estudada, 53% apresentavam alterações gengivais, sendo que não foi encontrada diferenças entre homens e mulheres

(Tabelas 35, 36), diferente do estudo de Gjermo et al. (1983) onde a o sexo masculino apresentavam condições mais severas quando comparados com o sexo feminino.

Embora no estudo tenha sido verificada apenas a presença ou ausência de alteração, a literatura relata que a alteração mais encontrada foi o sangramento gengival (FLORES-DE-JACOBY *et. al.*,1989).

A média das pessoas que apresentam problemas periodontais gengivais foi baixa, se comparada a outros estudos nacionais como o de Medeiros (1989) no qual 15% apresentavam-se sem alterações gengivais, embora a faixa etária seja um pouco maior do que a do presente estudo.

Os resultados dos estudos epidemiológicos de má-oclusão variam muito dependendo do tipo de instrumento utilizado. No estudo apenas 13,26% dos escolares apresentavam-se livres de problemas de maloclusão (Tabela 28, 29 e 30). Chiavaro (1915) relata em seu estudo que 71,1% das crianças examinadas apresentavam oclusão normal, já Savara (1955) apenas 2,93% apresentavam oclusão normal. Perin (2002) comparou o Índice de estética dental com a classificação de Angle. Utilizando o IED, os autores observaram que 66,76% das pessoas apresentavam má oclusão e utilizando a classificação de Angle, 33,24% apresentavam oclusão normal, retratando que dependendo do tipo de indicador pode haver modificação dos resultados

Willems et al. (2001) em estudo realizado na Bélgica, não encontrou associação entre a prevalência de má-oclusão com o sexo dos

participantes de acordo com a classificação de Angle confirmando os dados encontrados no presente estudo (Tabela 31) .

Ao contrário do achado de Korkhaus (1928), onde encontrou correlação positiva entre a má-oclusão e a idade dos participantes, em nosso estudo, exceto aos 6 anos de idade, os escolares mais jovens tiveram mais má-oclusão (Tabela 28 e 29).

Em nossos estudos não foi observada correlação entre condição-sócioeconômica e má-oclusão (Tabela 33) o que confirma o resultado encontrado por Calisti et al. (1960).

A prevalência de fluorose dentária obtida neste estudo foi igual a 29,43% (Tabela 34). Esse número foi muito maior do que os 20% esperados, que corresponderiam à prevalência média encontrada freqüentemente em comunidades, onde o teor de flúor na água é próximo ao ideal. Como no estudo realizado por Maltz e Farias (1989) encontraram uma prevalência de fluorose de 22,3% em cidades brasileiras com teor ótimo de fluoretos (0,7 ppm) e Clark (1994) relata que a literatura vem demonstrando que nos Estados Unidos a prevalência de fluorose encontrada em localidades com água fluoretadas é de 35 a 60% e em localidades com a água não fluoretada de 20 a 45%.

Aos 6 anos 73,68% e aos 12 anos 54,55% apresentavam fluorose dentária. Esses dados apontam que para algumas idade e principalmente aos 6 anos de idade a fluorose seja preocupante embora a severidade tenha sido baixa (Tabela 35 e 36)

O impacto das condições bucais nos desempenhos diários foi considerável, a média do IODD foi de 10,24 (Tabela 14). Todos os tópicos avaliados mostraram-se importantes sendo que a atividade de limpar os dentes obteve a maior média entre todos os impactos.

Do total dos escolares 25,9% (Figura 9) tiveram problemas para sorrir, gargalhar e mostrar seus dentes, Linn (1966), enfatizou que a aparência bucal é bastante importante em diversas situações, tais como encontros sociais, reuniões em ambiente de trabalho, ao fazer amigos, e para obter um emprego.

Helm et al. (1985) encontraram que a aparência dos dentes, e em particular a má-oclusão, exerce um papel importante na imagem geral do corpo, além de afetar a auto-imagem não só de adolescentes, mas também de adultos. Em nosso estudo foi verificada uma baixa correlação entre o IODD e a má-oclusão (Tabela 31).

Do total de escolares, 42,7% apresentaram dificuldade em se alimentar ou gostar de comida, Cushing et al. (1986) relaciona este impacto com o desconforto com os dentes. Slade et al. (1990) em estudo com uma população de idosos relataram que 50% apresentam dificuldades para mastigar alimentos.

Locker e Miller (1994a) relatam que os jovens tenderam a relatar mais problemas de fala, além de dor e outros sintomas. Em nosso estudo, 30,6% dos escolares indicaram esse impacto.

Ao proporem o indicador sócio-odontológico IODD Adulyanon e Sheiham (1997) o público alvo eram adultos e idosos. Embora tenha ocorrido um pré-teste, ajustado esse instrumento para crianças e adolescentes, é necessária a realização de mais estudos, pois a dificuldade do entendimento das crianças com relação às perguntas do inventário é notória, principalmente aos 6 anos de idade. Mas mesmo com toda essa dificuldade, a quantificação do impacto da condição bucal na vida das pessoas é fundamental para o processo de planejamento dos serviços e para a melhora da qualidade de vida das mesmas.

O levantamento básico em saúde bucal justifica-se com o intuito de iniciar o diagnóstico populacional na área de saúde bucal coletiva no município. Esse diagnóstico deve ser avaliado com critérios normativos e subjetivos, como sugere Peres et al. (2002), concluindo em seu estudo que as medidas subjetivas devem ser incorporadas aos critérios clínicos utilizados hoje.

7 CONCLUSÕES

A população estudada no presente trabalho – escolares de 6 a 15 anos de idade do município de Pinheiro Preto, Santa Catarina - apresentou as seguintes características:

1. A maioria dos escolares é do sexo feminino, suas famílias moram há mais de 4 anos na região, pertencem à classe social C, moram em casa própria, tanto de madeira quanto de alvenaria.
2. A prevalência de carie dental foi abaixo da meta recomendada pela OMS para o ano 2000. Foi verificada diferença estatística da prevalência do CPOD em relação à idade, condição sócio-econômica e CPO-D, entre sexo e dentes obturados, entre sexo e dentes hígidos. O mesmo padrão foi verificado para a dentição decídua.
3. A prevalência de problemas periodontais foi baixa, se comparada a outros estudos nacionais, e sua prevalência teve o mesmo padrão para ambos os sexos.

4. A prevalência da má oclusão foi alta, embora a severidade foi baixa (má oclusão muito leve e leve). Foi verificado o mesmo padrão de prevalência em ambos os sexos e entre todas as classes sociais.
5. A prevalência de fluorose encontrada está acima dos padrões para localidade com teor ideal de fluor. A fluorose questionável e muito leve foram as mais freqüentes. Não foram encontradas diferenças entre a prevalência fluorose nos sexos feminino e masculino.
6. A maioria da população teve um baixo impacto nas suas atividades diárias devido a problemas com a saúde bucal. Os impactos mais relatados foram: dificuldades para se alimentar ou gostar de comida, limpar os dentes e dificuldade para brincar. A correlação dos impactos com a condição clínica (prevalência de cárie, doença periodontal, má-oclusão e fluorose) foi baixa.
7. O presente levantamento é de vital importância para que se conheça a distribuição das doenças bucais e seus impactos na vida diária dos escolares para que se possa oferecer serviços para uma melhoria da saúde bucal dessa população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS*

1. ADULYANON, S.; SHEIHAM, A. Oral impacts on daily performances. In: Slade, G. (ed.). **Measuring oral health and quality of life**. Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology, 1997.
2. ADULYANON, S; SHEIHAM, A. (SUPREDA@kku1.kku.ac.th). **"Developing a socio-dental indicator: the oral impacts on daily performances"**. E-mail to Maria Gabriela Haye Biazevic (gbiazevic@hotmail.com). 15 April 2000.
3. ALBINO, J.E.; TEDESCO, L.A.; CONNY, D.J. Patient perceptions of dental-facial esthetics: shared concerns and prosthodontics. **J. Prosthetic Dent**, St. Louis, v.52, n.1, p.9-13, July. 1984.
4. ALCAIDE, A.L; VERONEZI, O. Prevalência da fluorose dentária na cidade de Icém. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, São Paulo, v. 33, n.1, p.90-95, jan./fev. 1979.
5. ALCANTARA, C.M. Prevalência de fluorose dental em escolares de Curitiba / **Rev. ABO Nac.**, São Paulo; v.6, n.5, p.304 - 307, set./out. 1998.

* De acordo com NBR-10520 da Associação Brasileira de Normas Técnicas. Abreviatura de periódicos segundo "Index to Dental Literature".

6. ALMEIDA, R.R.; FÊO, P. S.; MARTINS, D. R. Influência da fluoretação na prevalência de más oclusões. **Estomatol. Cult.**, Bauru, v.4, n.5, p.35-42, jan./jun. 1970.
7. ANDO, T. Estudo comparativo da prevalência de cárie, em dentes permanentes de escolares residentes em regiões com alto e baixo teor de flúor. **Rev. Fac. Odont. Univ. de São Paulo**, São Paulo, v.13, n.2, p.261-266. jul./dez., 1975.
8. ARAÚJO, A.C.S. **Avaliação clínica da condição gengival e de placa bacteriana em crianças com mau posicionamento dentário**; 1997. 94 p. Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia de Pernambuco da Universidade Federal de Pernambuco para obtenção do grau de Mestre. Recife.
9. AST, D.B.; ALLAWAY, N.; DRAKER, H.L. The prevalence of malocclusion, related to dental caries and lost first permanent molars in a fluoridated city and fluoride – deficient city. **Am. J. Orthod.**, St Louis, v.48, n.2, p.106-113, Feb. 1962.
10. ATCHISON, K.A. The general oral health assessment index. In: SADE, G.D. **Measuring oral health and quality of life**. Chapel Hill:University of North Carolina, Dental Ecology 1997.
11. ATCHISON, K.A.; DOLAN, T.A. Development of the geriatric oral health assessment index. **J. Dent. Educ.**, Washington vol. 54, n.11, p.680-687, Nov.1990.
12. BARENTIN, I. Dental health status and dental satisfaction. **Int. J. Epidemiol.**, Oxford, v.6, n.1, p.73-79, Mar. 1977.
13. BIAZEVIC, M.G.H. **Indicadores Subjetivos em Saúde Bucal: Revisão Sistemática**. 2001. 185 p. Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para a obtenção do grau de Mestre. São Paulo.

14. BJARNASON S, BERZINA S, CARE R, MACKEVICA I, RENCE I. Oral Health in Latvian 15 years old. **Eur. J. Oral. Sci.**, Copenhagem, v. 103, n.5, p.274-279, Oct. 1995.
15. BRASIL, Ministério da Saúde - Secretaria de Políticas Especiais de Saúde. Área Técnica de Saúde Bucal. **Levantamento epidemiológico em saúde bucal 1986**. Centro de documentação do Ministério da Saúde. Brasília; 1988.
16. BRASIL, Ministério da Saúde - Secretaria de Políticas Especiais de Saúde. Área Técnica de Saúde Bucal. **Levantamento epidemiológico em saúde bucal 1996**. Centro de documentação do Ministério da Saúde. Brasília; 1998.
17. BRESOLIN, D. Controle e prevenção da má oclusão. In: PINTO, V.G. **Saúde Bucal Coletiva**. 4. ed. São Paulo: Ed. Santos, 2000. Cap.8, p.473-479.
18. BRUNELLE, J.A.; CARLOS J.P. Recent trends in dental caries in U.S. children and the effects of water fluorination. **J. Dent. Res.**, Chicago, v.69, (special Issue), p.723-727. 1990.
19. BRUNSWICK, A.F.; NIKIAS, M. Dentist's ratings and adolescents perceptions of oral health. **J. Dent. Res.**, Chicago, v.54, n.4, p.836-843, July./Aug., 1975.
20. BUENDIA, O.C.; ZAINA, I. Fluorose dentária na cidade de São João do Pau D'Alho. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, São Paulo, n.36, p.625, nov./dez. 1982.
21. BURGERSDIJK, R.C.W.; TRUIN, G.J.; KALSBECK, H.; VAN'T HOF, M.A.; MULDER, J. Objective and subjective need for cosmetic dentistry in the Dutch adult population. **Comm. Dent. Oral. Epidemiol.**, Copenhagen, v.19, n.2, p.61-63, Apr. 1991.

22. CALDAS, E.W.; BERVIQUE; J.Á. Avaliação crítica do INTPC (Índice de Necessidades Terapêuticas Periodontais na Comunidade) **RGO**, Porto Alegre v. 40, n. 3, p.191-194, maio./jun. 1992.
23. CALISTI, L.J.P.; COHEN, M.M.; FALES, M.H. Correlation between malocclusion, oral habits, and socio-economic level of preschool children. **J. Dent. Res.**, Chicago, v.39, n.3, p. 450-454, May./Jun. 1960.
24. CAMPOS, D.L; FARIAS, D. G.; TOLEDO, O. A.; BEZERRA, A. C. Prevalência de fluorose dentária em escolares de Brasília. **Rev. Fac. Odont. Univ. de São Paulo**, São Paulo, v.12, n.3, p.225-230, jul./set. 1998.
25. CAPELLA, L. *et al.* Ocorrência de fluorose dentária edêmica. **RGO**, Porto Alegre, v. 37, n. 5, p.371-375, nov./dez. 1989.
26. CASTELLANOS, R. A. *et al.* **Levantamento epidemiológico em saúde bucal em crianças de 12 anos de idade, da rede estadual de ensino, não inscritas no Programa de Ações Coletivas do município de Osasco, SP, 1999.** São Paulo: Universidade de São Paulo – Faculdade de Saúde Pública, 1999.
27. CATANDI, N.A. Doença periodontal e necessidade de tratamento na clínica geral – estudo epidemiológico empregando o “*Community Periodontal Index of Treatment Needs*” – CPITN. **Odontol. Mod.**, v.15, n.8, p.39-42, 44-9, set. 1988.
28. CHIAVARO, A Malocclusion of the temporary teeth. **Int. J. Orthod.**, Lakewood, v.1, n.4, p.171-179, Jan./Mar. 1915.
29. CHIRONGA, L; MANJI, F. Dental caries in 12 yeas old urban and rural children in Zimbabwe. **Comm. Dent. Oral. Epidemiol.**, Copenhagen, v.17, n.1, p.31-33, Jan./Feb. 1989.
30. CLARK, D.C. Trends in prevalence of dental fluorosis in North America. **Comm. Dent. Oral. Epidemiol.**, Copenhagen, v.22, n.3, p.148-52, Jun. 1994.

31. COHEN, L; JAGO, J. Toward. The formulation of sociodental indicators. **Int. J. Hlth. Serv.**, West Port, v.6, n.4, p.681-698, 1976.
32. COHEN, H.D.S; FISCHER R; MANN, J. Periodontal treatment needs and oral hygiene among Ethiopian immigrants. **Int. Dent. J.**, London, v. 45, n. 3, p.204-208. Jun. 1995.
33. CORNELL, J.E.; SAUNDERS, M.J.; PAUNOVICH, E.D. et al. Oral health quality of life inventory (OH-QoL). In: Slade, G. (ed.). **Measuring oral health and quality of life**. Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology, 1997.
34. CROSSNER C.G.; UNELL, L. A longitudinal study of dental health in a group of Swedish teenagers/young adults from the age of 14 to 25. **Swed. Dent. J.**, London, v.20, n.5, p.189-197.1996.
35. CROVARI, E.C. Aplicación del índice de necesidades de tratamieto periodontal de la comunidad em adolescentes. **Odontol. (Panamá)**, v.19, n.1, p.12-19. 1994.
36. CUNDIN, E.E; ZUAZUA, J.S; ZORZANO, L.A.A. Condición periodontal del colectivo de trabajadores del mar de Bermeo (Viscaya). **Av. Periodoncia.**, n.3, v.1, p.51-59. 1991
37. CUSHING AM, SHEIHAM A, MAIZELS J. Developing socio-dental indicators – the social impact of dental disease. **Community Dent Health**, London, v.3, n.1, p.3-17, Mar. 1986.
38. DACOSTA, O.O. The prevalence of malocclusion among a population of northern Nigeria school children. **West Afr. J. Med.**, Lagos, v. 18, n. 2, p.91-96, Apr./Jun. 1999.

39. DINI, E.L.; FOSCHINI. A.L.R. Periodontal conditions in a 7 – 19 years old student population in Araraquara, São Paulo, Brasil, 1995. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n 2. p.321-324, Apr. 1997.
40. DINI E.L.; VERTUAN V, PINCELLI, C.A.S. Condições bucais de escolares da área rural do município de Araraquara, SP. **Rev Odontol. UNESP**, Marília, n.22, v.1, p.117-124. 1993.
41. DRAKE, C.W.; BECK, J.D.; STRAUSS, R.P. The accuracy of oral self-perceptions in a dentate older population. **Spec Care Dentist**, Chicago, v.10, n.1, p.16-20, Jan./Feb. 1990.
42. DRISCOLL, W.S; HOROWITZ, H.S, MEYERS, R.J, HEIFETZ, S.B, KINGMAN, A.; ZIMMERMAN, E.R. Prevalence of dental caries and dental fluorosis in areas with optimal and above optimal water fluoride concentrations. **J. Am. Dent. Ass.**, Chicago, v.107, n.1, p.29-33. 1983.
43. DROWNER M.C. Caries prevalence in the United Kingdom. **Int. Dent. J.**, London, v.44, p.365-370, 1994.
44. EKLUND, S.A., MOLLER, I.J., LECLERCQ, M.H. **Calibração de examinadores para levantamentos de saúde bucal**. Organização Mundial da Saúde, ORH/EIS/EPID. Tradução de Roberto A. Castellanos. 1999.
45. ERICKSON, D.M.; GRAZIANO, F.W. Prevalence of malocclusion in the seventh grade children in two North Carolina cities. **J. Am. Dent. Assoc.**, Chicago, v.73, n.1, p.124-127, July. 1966.
46. FLORES-DE-JACOBY, L.; BRUCHMANN, S.; MENGEL, R.; ZAFIROPOULOS, G.G.K. Periodontal conditions in Rio de Janeiro City (Brazil) using the CPITN. **Comm. Dent. Oral. Epidemiol.**, Copenhagen, n. 9, p.127-128. 1991.

47. FLORES-DE-JACOBY. L; SCHOOP, S.; WEICHSLER, C. ZAFIROPOULOS, G.G. Periodontal conditions in Hesse, Federal Republic of Germany, measured by CPITN. **Comm. Dent. Oral. Epidemiol.**, Copenhagen, v.19, n.2, p.127-128, Apr. 1989.
48. FORREST, J.R.; JAMES, P.M.C. A Blind Study Of Enamel Opacities And Dental Caries Prevalence After Eight Years Of Fluoridation Of Water. **Br. Dent. J.**, London, v.119, n.7, p. 319-322, Oct. 1965.
49. FORTE, F.D.S.; FREITAS, C.H.S.M.; SAMPAIO, F.C.; JARDIM, M. C.A.M. Fluorose dentária em crianças de Princesa Isabel, **Pesqui. odontol. Brás.**, São Paulo, v.15, n.2, p.87-90, abr./jun. 2001.
50. FOSTER, T. D.; HAMILTON, M.C. Occlusion in the primary dentition: study of children at 2 ¹/₂ to 3 years of age. **Br. Dent. J.**, London, v. 126, n2, p.76-79, Jan. 1969.
51. FRAZÃO, P. **Epidemiologia da oclusão dentária na infância e os sistemas de saúde**. 1999. 196F. Tese apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Doutor. São Paulo.
52. GABRIS, K.; MARTON, S.; MADLENA, M. Orthodontic anomalies in adolescents. **Fogorv Sz.**, Budapest, v.93, n.12, p.365-373, Dec. 2000.
53. GALVÃO, C.A. A. N.; PEREIRA, C.B.; BELLO, D.R.M. Prevalência de maloclusões na América Latina e considerações antropológicas. **Ortodontia**, São Paulo, v.27, p.51-59, jan./abr. 1994.
54. GARDINER, J.H. A survey of malocclusion and some aetiological factors in 1000 sheffield schoolchildren. **Dent Pract. Dent. Rec.**, Bristol, v.6, n.6, p.187-201, Feb 1956.
55. GIDDON, D.B.; MOSER, M.; COLTON, T.; BULMAN, J. Quantitative relationships between perceived and objective need for health care.

- Dentistry as a model. **Public Health Rep.**, Rockville, v.91, n.6, p.508-513, Nov./Dec. 1976.
56. GIFT, H.C.; ATCHISON, K.A.; DRURY, T.F. Perceptions of the natural dentition in the context of multiple variables. **J. Dent. Res.**, Chicago, v.77, n.7, p.1529-1538, Jul. 1998.
 57. GIL, A.C. **Métodos e técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: Atlas. 1999
 58. GILBERT, G.H.; DUNCAN, R.P.; HEFT, M.W.; DOLAN, T.A.; VOGEL, W.B. Oral disadvantage among dentate adults. **Comm. Dent. Oral. Epidemiol.** Copenhagen, v.25, n.4, p.301-313, Aug. 1997.
 59. GILBERT, G.H.; DUNCAN, R.P.; HEFT, M.W., DOLAN, T.A.; VOGEL, W.B. Multidimensionality of oral health in dentate adults. **Med Care**; Philadelphia, v.36, n.7, p.988-1001, Jul.1998.
 60. GJERMO, P; BELLINI, H.T.; MARCOS, B. Application of the periodontal Index of treatment Needs (CPITN) in a population of young Brazilians. **Comm. Dent. Oral. Epidemiol.** Copenhagen, v.11, n. 6, p. 342-346, 1983.
 61. GOOCH, B.F.; DOLAN, T.A.; BOURQUE, L.B. Correlates of self-reported dental health status upon enrollment in the rand health insurance experiment. **J. Dent. Educ.**, Washington. v.53, n.11, p. 629-637, Nov.1989.
 62. HELM, S.; KREIBORG, S.; SOLOW, B. Psychosocial implications of malocclusion: a 15 year follow-up study in 30-year-old Danes. **Am. J. Orthod.**, St. Louis. v. 87, n. 2, p. 110-118, Feb. 1985.
 63. HILL, I. N.; BLAYNEY, J.R.; WOLF, W. the evanston dental caries study. XIX-Prevalence of malocclusion of children in a fluoridated and control area. **J. Dent. Res.**, Chicago, v. 38, n4, p. 782-794, July/Aug. 1959.

64. HUNT, R.J.; SLADE, G.D.; STRAUSS, R.P. Differences between racial groups in the impact of oral disorders among older adults in North Carolina. **J Public Health Dent.** Raleigh, v.55, n.4, p.205-209, Fall. 1995.
65. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2000.** Disponível em: www.ibge.gov.br, 08/07/02.
66. JAAFAR, N.; RAZAK, I.A.; ZAIN, R.B. The social impact of oral and facial pain in an industrial population, **Ann. Acad. Med.**, v.18, n.5, p. 553-555, Sept. 1989
67. JENNY, J. et al. Differences in need for orthodontic treatment between native americans and the general population based on DAÍ scores. **J. Public. Health Dent.**, Raleigh, v 51, n4, p.234-238, Fall. 1991.
68. JOKOVIC, A.; LOCKER, D. Dissatisfaction with oral health status in an older adult population. **J. Public. Health. Dent.**, Raleigh, v.57, n.1, p.40-47, Winter. 1997.
69. JUAREZ, R.P.; LUCAS, G.; LUCAS, O.N. Evaluación del índice periodont al tratamiento de la comunid. **Rev. Cír. Argent Odont.** v.28, n.185, p.26-30. 1999.
70. KAY, E. Patients'needs: more than meets the eye. **Br. Dent. J.**, London. v.174, n.6, p.212-214, Mar. 1993.
71. KLEIN, H.; PALMER, C.E.; KNUTSON, J.W. Studies on dental caries, I. Dental status and dental needs of elementary school-children. **Public. Health. Report.**, Rockville, n.53, p.751-765, 1938.
72. KORKHAUS, G. The frequency of orthodontic anomalies at various ages. **Ortho & Oral Surgery**, Int. J., v.14, p.120-135, 1928.
73. KRESSIN, N.R. The oral health-related quality of life measure (OHQOL). In: Slade, G. (ed.). **Measuring oral health and quality of life.** Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology, 1997.

74. KRESSIN, N.R.; ATCHISON, K.A.; MILLER, D.R. Comparing the impact of oral disease in two populations of older adults: application of the geriatric oral health assessment index. **J. Public. Health Dent.**, Raleigh, v.57, n.4, p.224-232, Fall 1997.
75. KRZYPOW, A.B.; LIEBERMAN, M. A.; MODAN, M. Prevalence of malocclusion in young adults of various ethnic backgrounds in Israel. **J. Dent. Res.**, Chicago, v 54, n 3, p605-608, May./Jun. 1975.
76. LEAKE, J.L.; LOCKER, D.; PRICE, S.A.; SHABAS, R.E.; CHAO, I. Results of the socio-dental survey of people aged 50 and older living in East York, Ontario. **Can. J. Public. Health**, Ottawa, v.81, n.2, p.1 20-124, Mar./Apr. 1990.
77. LEAO, A.; SHEIHAM, A. Relation between clinical dental status and subjective impacts on daily living. **J. Dent. Res.**, Chicago, v.74, n.7, p.1408-1413, July. 1995.
78. LEAO, A.; SHEIHAM, A. The development of a socio-dental measure of dental impacts on daily living. **Comm. Dent. Health.**, London, v.13, n.1, p.22-26, Mar. 1996.
79. LEAO, A.; SHEIHAM, A. The dental impact on daily living. In: Slade, G. (ed.). **Measuring oral health and quality of life**. Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology, 1997.
80. LINN, E.L. Social meanings of dental appearance. **J Health & Human Behav.**, Minneapolis, v.7, n.4, p.289-295, winter 1966.
81. LOCKER, D. The burden of oral disorders in a population of older adults. **Community Dental Health**, London, v.9, n.2, p.109-124, Jun. 1992.
82. LOCKER, D. Subjective reports of oral dryness in na older adult population. **Community Dent Oral Epidemiol.**, Copenhagen v.21, n.3, p.165-168, Jun. 1993.

83. LOCKER, D. a. Clinical correlates of changes in self-perceived oral health in older adults. **Community Dent Oral Epidemiol**, Copenhagen, v.25, n.3, p.199-203, Jun. 1997.
84. LOCKER, D. b. Concepts of oral health, disease and the quality of life. In: Slade, G. (ed.). **Measuring oral health and quality of life**. Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology, 1997.
85. LOCKER, D.; GRUSHKA, M. The impact of dental and facial pain. **J. Dent. Res.**, Chicago. v.66, n.9, p.1414-1417, Sept. 1987.
86. LOCKER, D.; MILLER, Y., b. Evaluation of subjective oral health status indicators. **J. Public. Health Dent.**, Raleigh, v.54, n.3, p.167-176, Summer 1994.
87. LOCKER, D.; SLADE, G. Oral health and the quality of life among older adults: the oral health impact profile. **J. Can. Dent. Assoc.**, Toronto, v.59, n.10, p. 830-838, Oct. 1993.
88. MALTZ, M.; FARIAS, C. Fluorose dentária em escolares de quatro cidades brasileiras com e sem água artificialmente fluoretada. **Rev. Fac. Odontol. Porto Alegre**, Porto Alegre, v.39, n.2, p.18-21, dez. 1989.
89. MALTZ, M; SILVA, B.B.E; SCHAEFFER, A; FARIAS, C. Prevalência de fluorose em duas cidades brasileiras, uma com água artificialmente fluoretada e outra com baixo teor de flúor, em 1987 e 1997/98. **Rev. Fac. Odontol. Porto Alegre**, Porto Alegre, n.41, v.2, p.51-55, dez. 2000.
90. MARCENES, W.; BONECKER, M. J. S.. Aspectos epidemiológicos e sociais das doenças bucais. In: BUISCHI, Y.P. **Promoção de Saúde Bucal na Clínica Odontológica**, São Paulo: Artes Médicas. 2000. p. 75-98.

91. MARTHALER T.M. ET AL. Caries prevalence in switzerland. **Int. Dental. J.**, London, n.44, v.4, p.393-401, Aug.1994.
92. MASCARENHAS, S.C. Frequencia de má oclusão em escolares de ambos os sexos , na faixa etária de 11 a 12 anos, residentes no município de Palhoça. **Ortodontia**, São Paulo, v.10, n.2, p.99-105, mai./ago. 1977.
93. MASSARO, B.A.M. **Prevalência da Fluorose Dentária em Pré-Escolares e escolares participantes do programa de promoção a saúde bucal da prefeitura do Município de Osasco.** 74p, 2000. Dissertação apresentada a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de mestre. São Paulo.
94. MASSLER, M.; SHOUR, I. Relation of endemic fluorosis to malnutrition. **J. Am. Dent. Ass.**, Chicago, n.44. v.2, p.156- 165. 1952
95. MATHIAS, R.S. **Prevalência de algumas anomalias de oclusão na dentadura decídua:** relação terminal desfavorável dos segundos molares, mordida aberta anterior, apinhamento anterior e mordida cruzada posterior. São Paulo, 1984. 56p. Dissertação apresentada a Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre. São Paulo.
96. MEDEIROS, U.V. **Necessidade de tratamento periodontal em saúde pública. Rio de Janeiro 1989-** Tese apresentada a Faculdade de odontologia da Universidade Estadual do Rio de Janeiro para a obtenção de grau de professor titular. Rio de Janeiro.
97. MILLER, N.A.; ROLAND, E., BENHAMGAR, L. Evaluation de L'indice des besoins de la collectivité en matière de traitement des

- paradontopathies (CPITN). **World Health Statistics Quarterly**, Genève, v.47, n.2, p.65-74. 1994
98. MILLS, L. F. Epidemiologic studies of occlusion. IV The prevalence of malocclusion in a population of 1, 455 school children. **J. Dent. Res.**, Chicago, v.45, n.2, p.332-336, Mar/Apr. 1966.
 99. MIYAZAKI, H.; OHTANI, I.; ABE, N.; ANSAI, T.; KATOH, Y.; SAKAO, S.; TAKEHARA, T.; SHIMADA, N.; PILOT, T. Periodontal conditions in older cohorts aged 65 year and older in japan mesured by CPITN and losso of attachment. **Comm. Dent. Health**, London, v.12, n.4, p.216-20, Dec. 1995.
 100. MOLTZER, G.; VAN DER MEULEN, M.J.; VERHEIJ, H. Psychological characteristics of dissatisfied denture patients. **Comm. Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v.24, n.1, p.52-55, Feb. 1996.
 101. MURRAY, H.; LOCKER, D.; MOCK, D.; TENENBAUM, H.C. Pain and the quality of life in patients referred to a craniofacial pain unit. **J. Orofac. Pain**, Carol Stream, v.10, n.4, p.316-323, Winter 1996.
 102. NADANOVSKY, P. O declínio da cárie. In: PINTO, V.G. **Saúde Bucal Coletiva**. São Paulo: Santos. 2000, p.342-351.
 103. NANDA, R.S. *et al.* Factors affecting the prevalence of dental fluorosis in Lucknow, India. **Archs. Oral Biol.**, Oxford, n.19, n.9, p.781-792. Sep. 1974.
 104. NARVAI, P.C. Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2000; v.5, n.2, p.381-392. 2000.
 105. NARVAI, P.C.; CASTELLANOS, R.A. **Levantamentos das condições de saúde bucal – Estado de São Paulo, 1988: Caderno de instruções**. São Paulo : Universidade de São Paulo –

- Faculdade de Saúde Pública – Núcleo de Estudos e Pesquisas de Sistemas de Saúde, 1998.
106. OOSTERHAVEN, S.P.; WESTERT, G.P.; SCHAUB, R.M.H.; BILT, A.V. Social and psycologic implications of missing teeth for chewing ability. **Comm. Dent Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v.16, n.2, p.79-82, Apr.1988.
 107. OPPENHEIM, A.M. **Questionnaire design, interviewing and attitude measurement**. London:Pinter, 1993. 303p.
 108. OMS. Organização Mundial da Saúde. **Boletim Informativo**. Genebra, 1980.
 109. OMS. Organização Mundial da Saúde. **Levantamentos Básicos em Saúde Bucal**. 3^a ed., São Paulo: Santos, 1991.
 110. OMS. Organização Mundial da Saúde. **Boletim Informativo**. Genebra, 1994.
 111. OMS. Organização Mundial da Saúde. **Levantamentos Básicos em Saúde Bucal**. 4^a ed., São Paulo: Santos, 1999.
 112. OTUYEMI, O D et al Malocclusion and orthodontic treatment need of secondary school students in Nigeria according to the dental aesthetic index (DAÍ). **Int. Dent J.**, London, v.49, n.4, p203-210, Aug. 1999.
 113. PATINO, J.S.R. Prevalência de cárie e fluorose dentária em escolares de 5 a 12 anos, matriculadas em escolas públicas e privadas do município de Camburiú, SC. 2001, 110f. Dissertação apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre. São Paulo.
 114. PEREIRA, M.G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. 583p.

115. PEREIRA, O. processo educativo na prevenção de doenças periodontais em crianças. **Rev. Brás. Saúde Esc**, v.3, n.1-4, p. 44-47.1994.
116. PERES, K.G.; TRAEBERT, E.S.A.; MARCENES, W Diferenças entre autopercepção e critérios normativos na identificação das oclusopatias. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v36, n2, p.230-236, abr. 2002.
117. PERIN, P.C.P. **Influência da fluoretação da água de abastecimento público na prevalência de cárie dentária e maloclusão. 1997.** 113f. Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia de Araçatuba da Universidade Estadual Paulista para a obtenção do título de Mestre. Araçatuba.
118. PERIN, P.C.P. **Prevalência de maloclusão e necessidade de tratamento, utilizando a classificação de Angle e o Índice de Estética Dentária.** 2002, 128f. Tese apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual Paulista para a obtenção do título de Doutor. Araçatuba.
119. PETERSEN, P.E., a. Dental visits, dental health status and need for dental treatment in a danish industrial population. **Scand. J. Soc. Med.**, Stockholm, v.11, n.2, p.59-64, 1983.
120. PETERSEN, P.E., b. Dental visits and self-assessment of dental health status in the adult danish population. **Comm Dent Oral Epidemiol**, v.11, n.3, p.162-168. Jun. 1983.
121. PETERSEN, P.E., c. Dental health among workers at a danish chocolate factory. **Comm. Dent Oral Epidemiol.**, v.11, n.6, p.337-341, dec.1983.
122. PINTO, V.G. Saúde Bucal no Brasil. **Rev. Saúde Pública.** São Paulo. v.17, p. 316-327. 1983.
123. PINTO, V.G. **Saúde bucal coletiva.** São Paulo: Santos, 2000. 541p.

124. REBELLO JÚNIOR, W.; TOLEDO, O A Influência da fluoretação da água de consumo na prevalência das anormalidades de oclusão na dentição decídua de pré-escolares brancos da cidade de Araraquara. **Rev Fac Farm. Odontol.** Araraquara, v9, n1, p9-15, jan./jun. 1975.
125. REISINE, S.T.; BAILIT, H.L. Clinical oral health status and adult perceptions of oral health. **Soc. Sci. Med.**, Oxford v.14a, n.6, p.597-605, Dec.1980.
126. REISINE, S.T. Dental disease and work loss. **J. Dent Res.**, Chicago, v.63, n.9, p.1158-1161, Sept. 1984.
127. REISINE, S. Oral health and the sickness impact profile. In: Slade, G. (ed.). **Measuring oral health and quality of life**. Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology, 1997.
128. RIVERO IBARRA, B et al. Prevalencia de las alteraciones dentofaciales em adolescentes de la provincia Ciudad de La Habana. **Rev Cuba Estomatol.**, Havana, v.22, n.3, p207-211, sept./dic 1985.
129. ROMAN, A.; POP; Community periodontal index and tratament nedds values (CPITN) in factory worker group in Cluj-Napoca, Romania. **Int. Dent. J.**, London, v.48, n.2, p.123-125, Apr. 1998.
130. ROSENBERG, D.; KAPLAN, S.; SENIE, R.; BADNER, V. Relationships among dental funtional status, clinical dental measures, and generic health measures. **J. Dent. Educ.**, Washington v.52, n.11, p.653-657, Nov.1988.
131. ROSENOER, L.M.; SHEIHAM, A. Dental impacts on daily life and satisfaction with teeth in relation to dental status in adults. **J Oral Rehabil**, Oxford, v.22, n.7, p.469-480, Jul. 1995.
132. ROUQUAYROL, M. Z; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. 570p.

133. SAMPAIO, F.C. **Prevalência de cárie e fluorose dental em cidades com fluoretação natural no Estado da Paraíba.** 1992, Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade Federal Fluminense para a obtenção do título de Mestre. Rio de Janeiro.
134. SALEH, F.K. Prevalence of malocclusion in a sample of Lebanese schoolchildren: na epidemiological study. **East Mediterr. Health J.**, Alexandria, v.5, n.2, p337-343, Mar. 1999.
135. SANCHEZ PEREZ, TL; SAENZ, LP; ALFARO, P. Distribucion de la oclusion em uma población escolar entre 7 y 14 años. **Rev ADM**, Cidade do México, v. 48, n.1,p.52-55, Jan/Feb. 1991.
136. SAVARA, B S Incidence of dental caries, gingivitis and malocclusion in Chicago children (14 to 17 years of age). **J Dent Res.**, Chicago, v.34, n4, p 546-552, Aug. 1955.
137. SERAFIM, M A S. Cáries em maloclusões dentais – um desafio aos cirurgiões dentistas. **Rev Assoc. Paul. Ciur. Dent.**, São Paulo, v.3, n3, p44-45, maio/jun. 1978.
138. SESI – Serviço Social da Industria. **Estudo epidemiológico sobre a prevalência da cárie dentária em crianças de 3 a 14 anos:** Brasil; 1993; Brasília, 1996
139. SHEIHAM, A.; CUSHING, A.M.; MAIZELS, J. The social impacts of dental disease. In: Slade, G. (ed.). **Measuring oral health and quality of life.** Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology, 1997.
140. SHEIHAM, A. A determinação de necessidade de tratamento odontológico: uma abordagem social. In: Pinto, V.G. **Saúde bucal coletiva.** São Paulo: Santos, 2000. 541p.

141. SILVA, B. B.; MALTZ, M. Prevalência de cárie, gengivite e fluorose em escolares de 12 anos de Porto Alegre - RS Brasil, 1998/1999 / **Pesqui. odontol. bras**; São Paulo. v.15, n.3, p.208-14, jul.-set. 2001.
142. SILVA, C H T; ARAÚJO, T M. Prevalência de más oclusões em escolares na Ilha do Governador, Rio de Janeiro. Parte 1. Classes I, II e III (Angle) e mordida cruzada. **Ortodontia**, Bauru, v.16, n.3, p10-16, set./dez. 1983.
143. SILVA FILHO, O G; FREITAS, S F; CAVASSAN, A O Prevalência de oclusão normal e má oclusão em escolares da cidade de Bauru (São Paulo). Parte I: Relação sagital. **Rev Odontol. Univ. São Paulo**, São Paulo, v 4, n 2, p130-137, abr./jun. 1990.
144. SILVA FILHO, O G; FREITAS, S F; CAVASSAN, A O. Prevalência de oclusão normal e má oclusão em escolares da cidade de Bauru (São Paulo). Parte II: Influência da estratificação sócio-econômica. **Rev. Odontol. Univ. São Paulo**, São Paulo, v4, n3, p189-196, jul/set 1990.
145. SILVA. M. F. A. **Prevenção das más ocluões: principais fatores locais e proximais. 1980.** Dissertação apresentada a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre. São Paulo.
146. SILVA, R G.; KANG, D S. Prevalence of malocclusion among Latino adolescents. **Am J Orthod. Dentofacial Orthop.**, St. Louis, v.119, n.3, p313-315, Mar. 2001.
147. SILVA, S.R.C. **Autopercepção das condições bucais em pessoas com 60 anos e mais de idade.** São Paulo, 1999. Tese (Doutorado em Serviços de Saúde pública) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo.
148. SILVA, A.L.C.C.; Paiva, S.M. Ocorrência de fluorose dentária em escolares de Belo Horizonte, **Rev. CROMG**, Belo Horizonte, n.1 p.49-53. 1995.

149. SLADE, G.D.; LOCKER, D.; LEAKE, J.L.; WU, A.S.M.; DUNKLEY, G.
The oral health status and treatment needs of adults aged 65+ living independently in Ottawa-Carleton. **Can. J. Public Health**, Ottawa, v.81, n.2, p.114-119, Mar./Apr. 1990.
150. SLADE, G.D.; SPENCER, A.J. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. **Community Dent Health**, London, v.11, n.1, p.3-11, Mar. 1994.
151. SLADE, G.D.; SPENCER, A.J. Trends and fluctuations of oral conditions among older adults during a one year period. **Comm. Dent Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v.24, n.5, p.317-321, Oct. 1996.
152. SLADE, G.D. The oral health impact profile. In: Slade, G. (ed.). **Measuring oral health and quality of life**. Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology, 1997.
153. SMITH, J.M.; SHEIHAM, A. How dental conditions handicap the elderly. **Comm. Dent Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v.7, n.6, p.305-310, 1979.):
154. SOARES, M.C.S. **Condições de saúde bucal no Estado de São Paulo, em 2002. Síntese dos Principais resultados**. Jornal da Associação de Cirurgião Dentista, Janeiro 2002.
155. STEIGMAN, S; KAWAR, M; ZILBERMAN, Y. Prevalence and severity of malocclusion in Israeli Arab urban children 13 to 15 years of age. **A. J. Orthod.**, St. Louis, v.84, n.4, p.337-343, Oct. 1983.
156. STIZ, A.L. Prevalência da doença Periodontal e da Má Oclusão dentária em escolares de 5 a 12 anos de idade de Camburiú-SC, 2000, 60p. Dissertação apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre. São Paulo.

157. STRAUSS, R.P.; HUNT, R.J. Understanding the value of teeth to older adults: influences on the quality of life. **J. Am. Dent. Assoc.**, Chicago, v.124, n.1, p.105-110, Jan. 1993.
158. STRAUSS, R.P. The dental impact profile. In: Slade, G. (ed.). **Measuring oral health and quality of life**. Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology, 1997.
159. SUSSER, M. **Casual Thinking in the health sciences: concepts and strategies in epidemiology**. New York: Oxford University Press, 1973.
160. TAANI, Q. The periodonto status of jordanian adolescents measured by CPITN. **Int. Dent. J.**, London, v.45, n.6, p.382-385, Dec. 1995.
161. TANG, E L The prevalence of malocclusion amongst Hong Kong male dental students. **Br J Orthod.**, London, v.21, n.1, p 57-63, Feb, 1994.
162. TEIXEIRA, N A; TOLEDO, O A; MENDES, A J D. Prevalência de anormalidades de oclusão em duas comunidades: uma com água de abastecimento fluoretada e outra livre de flúor: estudo comparativo. **Rev. Fac. Farm. Odontol.**, Araraquara, v.9, n.2, p.273-284, jul./dez. 1975.
163. THYLSTRUP, A.; FEJERSKOV, O. **Tratado de Cariologia**. Rio de Janeiro: Cultura Médica. 1988. 388p.
164. TRUIN G.L. et al. Caries Prevalence In Belguim and the Netherlands. **Int. Dent. J.** London, v.44, n.4, p.379-385, Aug. 1994.
165. UCHOA, H.W, SALIBA, N.A. Prevalência de fluorose na cidade de Pereira Barreto. **BOL. Serv. Odont. Sanit** n.6, v.3, p.11-16. 1970.
166. VAUGHAN, J. P.; MORROW, R. H. **Epidemiologia para os Municípios**. 2ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec. 1997.
167. VERTUAN, V.; PEREIRA, R.L.C.C. Prevalência de cárie nos escolares américo-brasilienses, SP. **Rev Ass. Paul. Cirurg. Dent.** v.39, n.3. 1985.

168. VIEGAS, Y.; VIEGAS, A.R. Análise dos dados de prevalência de cárie dentária na cidade de Barretos, SP, Brasil, depois de dez anos de fluoretação da água de abastecimento público. **Rev Saúde Pública**; São Paulo. v.19: p.287-99. 1985.
169. VIEGAS, Y.; VIEGAS, A.R. Prevalência de cárie dentária em Barretos, SP, Brasil, após dezesseis anos de fluoretação da água de abastecimento público. **Rev. Saúde Pública.**, São Paulo, v.22, n.1, p25- 35. 1988.
170. WENZEL, A, THYLSTRUP, A. Dental fluorosis and localizar enamel opacities in fluoride and non-fluoride danish communities. **Caries Res.** Basel, n.16, v.4, p.340-348.1982.
171. WEYNE, S.C. A construção do paradigma de promoção de saúde – um desafio para as novas gerações. In: Krieger L e col. **ABOPREV.** São Paulo: Santos/ABOPREV; 1997. p. 3-26.
172. WILLEMS, G. et al. Prevalence of dentofacial characteristics in a belgian orthodontic population. **Clin. Oral Investig**, Berlin, v.5, n.4, p.220-226, Dec. 2001.
173. WOLF, S.M.R. O significado psicológico da perda dos dentes em sujeitos adultos. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, São Paulo. v.52, n.4, p.307-316, jul/ago 1998.
174. YANKILEVITCH, E.R.; BALLELLINO, L.J. Prevalencia de la caries dentárias en escolares de nivel primario de una región metropolitana de la provincia de Córdoba, Argentina. **Rev. Saúde Pública.**, São Paulo, v.26, n.6, p.405-413. 1992.

Anexos

Caro Participante:

Sou Edgard Michel Crosato, Cirurgião-Dentista, Professor da Universidade do Oeste de Santa Catarina, aluno do Doutorado em Odontologia Preventiva e Social da Universidade Estadual Paulista. Estou realizando um estudo para levantar as condições de saúde bucal dos escolares da cidade de Pinheiro Preto. O Município de Pinheiro Preto – SC está localizado na região do meio-oeste catarinense, pertencendo à regional de saúde de Joaçaba – SC. Possui 2729 habitantes (IBGE, 2002). Possui rede geral de abastecimento de água em 396 domicílios dos 733 presentes, e coleta de lixo em 530. O município não possui hospitais, contando com 2 unidades ambulatoriais. O presente estudo justifica-se com o intuito de iniciar o diagnóstico populacional na área de saúde bucal coletiva. Assim, a proposta da Prefeitura Municipal é, a partir deste levantamento, planejar ações e destinar recursos para a melhoria das condições bucais, partindo de população específica – 6 a 14 anos -, e futuramente ampliando sua cobertura. A pesquisa se resume na realização de uma entrevista e um exame simples para verificar as condições de saúde bucal. Informo que não será realizado nenhum tratamento, apenas irá acontecer um programa de prevenção com palestras. Todos os dados são confidenciais. Desde já agradeço sua compreensão e resalto que a participação de seu filho é muito importante.

TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO

Pelo presente termo de consentimento, livre e esclarecido, declaro que fui informada (o) de forma clara, detalhada e por escrito através de carta explicativa contendo informações da justificativa, dos objetivos e dos procedimentos da pesquisa **“LEVANTAMENTO DAS CONDIÇÕES BUCAIS E AUTO-PERCEÇÃO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PINHEIRO PRETO – SC”**.

Fui informado ainda:

- **Dos riscos, desconfortos e benefícios do presente trabalho, assim como da garantia de receber resposta a qualquer dúvida acerca da metodologia, riscos, benefícios e outros aspectos relacionados com a pesquisa envolvida;**
- **Da liberdade de participar ou não da pesquisa, tendo assegurada está liberdade sem quaisquer represálias atuais ou futuras, podendo retirar meu consentimento em qualquer etapa do estudo sem nenhum tipo de penalização ou prejuízo;**
- **Da segurança de que não serei identificado (a) e que se manterá o caráter confidencial das informações relacionadas com minha privacidade, a proteção da minha imagem e a não-estigmatização;**
- **Da garantia de que as informações não serão utilizadas em meu prejuízo;**
- **Da liberdade de acesso aos dados do estudo em qualquer etapa da pesquisa;**
- **Da segurança de acesso aos resultado da pesquisa;**

NESTES TERMOS E CONSIDERANDO-ME LIVRE E ESCLARECIDO (A), CONSINTO EM PARTICIPAR DA PESQUISA PROPOSTA, RESGUARDADND O AOS AUTORES DO PROJETO A PROPRIEDADE INTELECTUAL DAS INFORMAÇÕES GERADAS E EXPRESSANDO A CONCORDÂNCIA COM A DIVUGAÇÃO DA MESMA.

O Pesquisador responsável por esse projeto é o Prof. Edgard Michel Crosato, docente da Universidade do Oeste de Santa Catarina e aluno do programa de pós-graduação (Doutorado) da Universidade Estadual Paulista, sendo orientado pelo Prof. Dr. Orlando Saliba. O o prof. Edgard Michel Crosato , reside na rua Felipe Schmidt 479, apartamento 302, Centro Joaçaba-SC, CEP 89600-000 telefone 49-5225018. Tendo esse documento sido revisado pelo Comitê de ética da Universidade de Passo Fundo.

Nome do Participante:			
Sexo:		Data de Nascimento:	
Endereço:		Cidade:	U.F.
Telefone:		CEP:	
Responsável Legal:			
Sexo:		Data de Nascimento:	
Endereço:		Cidade:	U.F.
Natureza (grau de parentesco, tutor, curador, etc.):			

_____, Local, ____ / ____ / ____ .
Assinatura do Participante ou/e
Responsável

_____, Local, ____ / ____ / ____ .
Assinatura do Pesquisador

_____, Local, ____ / ____ / ____ .
Assinatura do Orientador

Observação: o presente documento, em conformidade com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, será assinado em duas vias de igual teor, ficando uma via em poder do participante e outro do pesquisador.

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA - FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE ARAÇATUBA

As informações contidas neste questionário são confidenciais.

NOME DE SEU FILHO:**ESCOLA:** _____**SÉRIE:** _____**IDADE DE SEU FILHO:** _____ anos completos**SEXO** Masculino Feminino**ETNIA:**

(Amarelo) – pele branco-amarela; olhos oblíquos, repuxados;

(Branco) – pele branca; cabelo liso ou ondulado fino (de louro a negro); nariz estreito e proeminente; lábios finos (ou de espessura mediana); gengiva cor rósea (com suas variações normais devidas à queratinização e vascularização);

(Negro) – pele castanho-escuro ou negra; cabelo ondulado, encarapinhado ou em anel, geralmente escuro; nariz largo ou achatado; gengiva pigmentada pelo acúmulo de melanina;

(Pardo) – pele de coloração entre branca e negra (“mulato”, “moreno”); traços evidenciando qualquer tipo de miscigenação; impossibilidade de incluir o indivíduo nas categorias “branco”, “negro” ou “amarelo”.**DATA DE NASCIMENTO:** ____/____/____**ONDE NASCEU?**

_____(estado/cidade)

HÁ QUANTOS ANOS VIVE NA REGIÃO

menos de 1 ano

um ano completo

dois anos completos

três anos completos

quatro a seis anos completos

sete ou mais anos completos

PROPRIEDADE: Tipo de propriedade do imóvel onde a criança reside

– próprio

– alugado

– emprestado

– ocupado/invadido

ESPAÇO URBANO: Característica do espaço urbano onde a criança reside

– casa

– apartamento

– cortiço

– favela

– morador de rua

CONSTRUÇÃO: Materiais predominantes no imóvel onde a criança reside

– alvenaria

– madeira

– outros

QUANTAS PESSOAS MORAM NA CASA: Número total de pessoas que moram na mesma casa, incluindo as crianças.

01

02

03

04 ou mais

ORIGEM DA ÁGUA: Origem da maior parte da água utilizada na preparação dos alimentos

– encanada (SABESP)

– poço ou nascente

– mineral

– outras origens

DESTINO DO ESGOTO: Destino dado ao esgoto doméstico

– rede de esgoto

– fossa

– céu aberto

– outros

COLETA DE LIXO

– coleta pública

– céu aberto

– queimados

– outros

OCUPAÇÃO DO PAI/RESPONSÁVEL

– trabalhador registrado

– trabalhador autônomo

– trabalhador eventual

– sem atividade definida

– desempregado

– estudante

– aposentado

– dona de casa

– sem informação.

OCUPAÇÃO DA MÃE

– trabalhador registrado

– trabalhador autônomo

– trabalhador eventual

– sem atividade definida

– desempregado

– estudante

– aposentado

– dona de casa

– sem informação.

DIETA: Origem do lanche que a criança comeu durante o recreio no dia em que esta informação está sendo

– merenda escolar

– cantina

– lanche de casa

– merenda escolar e cantina

– merenda escolar e lanche de casa

– cantina e lanche de casa

– merenda escolar, cantina, lanche de casa

– não sabe

USO: Utilização da escova (criança)

– não usa

– escova Própria

– divide escova com familiares

TROCA: A troca da escova de dentes ocorre quantas vezes por ano? (criança)

- não lembra
- mais de quatro vezes ao ano
- quatro vezes ao ano
- duas vezes ao ano
- menos de uma vez ao ano

ESCOVAÇÃO: Número de escovações diárias realizadas pela criança.

- não escova
- uma vez ao dia
- duas vezes ao dia
- três vezes ao dia
- mais de três vezes ao dia

ESCOLA: A criança realiza escovação dentária após a merenda na escola?

- não escova
- escova

ACESSO À ASSISTÊNCIA

ONDE

- nunca necessitou (registrar este mesmo código nos campos 26.2 e 26.3)
- não se lembra
- unidade de saúde do Estado
- unidade de saúde da Prefeitura do município de São Paulo (inclui PAS)
- unidade de saúde de Prefeitura de município da Grande São Paulo
- dentista do sindicato
- dentista de convênio (inclui serviços próprios de empresa e seguro-saúde)
- dentista/aluno da faculdade de odontologia
- dentista particular

QUANDO: Em que momento você foi atendido(a) pela última vez por um dentista?

- nunca necessitou
- não se lembra
- há 1 mês aproximadamente
- há 2 meses aproximadamente
- de 3 a 6 meses aproximadamente
- de 7 a 12 meses aproximadamente
- há mais de 1 ano aproximadamente
- há mais de 2 anos aproximadamente
- há 3 anos aproximadamente
- há mais de 4 anos aproximadamente

MOTIVO

- nunca necessitou
- não se lembra
- prevenção
- restauração
- extração
- dor
- outro motivo

FICOU SATISFEITO?

- não sabe
- sim
- não

Muito obrigado pela participação
de seu em nosso estudo

Qualquer dúvida contate o diretor de sua escola.

Assinale os bens de Consumo que existem em sua casa: (assinalar com x)

Bens	Não tem	Tem			
		1	2	3	4 ou +
Televisor em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	1	2	3	4
Automóvel	0	1	2	3	4
Empregada mensalista	0	1	2	3	4
Aspirador de pó	0	1	2	3	4
Máquina de lavar roupa	0	1	2	3	4
Videocassete	0	1	2	3	4
Geladeira	0	1	2	3	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	1	2	3	4

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE ARAÇATUBA

Impactos Odontológicos no Desempenho Diário (IODD).

Nome:		
Idade:	Ano escolar:	Data de nascimento:
Data:	Escola:	
Examinador:		
Início:	Término:	

OIDP

1. Nos últimos 6 meses a sua boca, seus dentes têm causado alguma dificuldade para você se alimentar ou gostar de comer.

SIM ☐

NÃO ☐

Em relação a dificuldade em se alimentar ou gostar de comer, em que frequência isso ocorre:				
☐ raramente	☐ as vezes	☐ relugarmente	☐ quase sempre	☐ sempre
Em relação a dificuldade para você se alimentar ou gostar de comer, em uma escala de 1 a 5, onde 1 é pouco grave e 5 é muito grave, como você classifica a gravidade com que isso ocorre :				
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

2. Nos últimos 6 meses a sua boca, seus dentes têm causado alguma dificuldade para você falar e pronunciar palavras com clareza.

SIM ☐

NÃO ☐

Em relação a dificuldade para você falar e pronunciar palavras com clareza, em que frequência isso ocorre:				
☐ raramente	☐ as vezes	☐ relugarmente	☐ quase sempre	☐ sempre
Em relação a dificuldade para você falar e pronunciar palavras com clareza, em uma escala de 1 a 5, onde 1 é pouco grave e 5 é muito grave, como você classifica a gravidade com que isso ocorre :				
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

3. Nos últimos 6 meses a sua boca, seus dentes têm causado alguma dificuldade para você limpar seus dentes.

SIM ☐

NÃO ☐

Em relação a dificuldade para você limpar seus dentes, em que frequência isso ocorre:				
☐ raramente	☐ as vezes	☐ relugarmente	☐ quase sempre	☐ sempre
Em relação a dificuldade para você limpar seus dentes, em uma escala de 1 a 5, onde 1 é pouco grave e 5 é muito grave, como você classifica a gravidade com que isso ocorre :				
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

4. Nos últimos 6 meses a sua boca, seus dentes têm causado alguma dificuldade para você dormir ou descansar.

SIM ☐

NÃO ☐

Em relação a dificuldade para você dormir ou descansar, em que frequência isso ocorre:				
☐ raramente	☐ as vezes	☐ relugaramente	☐ quase sempre	☐ sempre
Em relação a dificuldade para você dormir ou descansar, em uma escala de 1 a 5, onde 1 é pouco grave e 5 é muito grave, como você classifica a gravidade com que isso ocorre :				
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

5. Nos últimos 6 meses a sua boca, seus dentes têm causado alguma dificuldade para você sorrir gargalhar e mostrar seus dentes.

SIM ☐

NÃO ☐

Em relação a dificuldade para você sorrir gargalhar e mostrar seus dentes, em que frequência isso ocorre:				
☐ raramente	☐ as vezes	☐ relugaramente	☐ quase sempre	☐ sempre
Em relação a dificuldade para você sorrir gargalhar e mostrar seus dentes, em uma escala de 1 a 5, onde 1 é pouco grave e 5 é muito grave, como você classifica a gravidade com que isso ocorre :				
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

6. Nos últimos 6 meses a sua boca, seus dentes têm deixado você nervoso.

SIM ☐

NÃO ☐

Em relação aos seus dentes te deixar nervoso, em que frequência isso ocorre:				
☐ raramente	☐ as vezes	☐ relugaramente	☐ quase sempre	☐ sempre
Em relação aos seus dentes te deixar nervoso, em uma escala de 1 a 5, onde 1 é pouco grave e 5 é muito grave, como você classifica a gravidade com que isso ocorre :				
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

7. Nos últimos 6 meses a sua boca, seus dentes têm causado alguma dificuldade para você conseguir estudar.

SIM ☐

NÃO ☐

Em relação as dificuldades para você conseguir estudar, em que frequência isso ocorre:				
☐ raramente	☐ as vezes	☐ relugaramente	☐ quase sempre	☐ sempre
Em relação as dificuldades para você conseguir estudar, em uma escala de 1 a 5, onde 1 é pouco grave e 5 é muito grave, como você classifica a gravidade com que isso ocorre :				
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

8. Nos últimos 6 meses a sua boca, seus dentes têm dificultado que você brinque e se divirta com outras pessoas.

SIM ☐

NÃO ☐

Em relação as dificuldades para brincar e se divertir com outras pessoas, em que frequência isso ocorre:				
☐ raramente	☐ as vezes	☐ relugaramente	☐ quase sempre	☐ sempre
Em relação as dificuldades para brincar e se divertir com outras pessoas, em uma escala de 1 a 5, onde 1 é pouco grave e 5 é muito grave, como você classifica a gravidade com que isso ocorre :				
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

Autorizo a reprodução escrita e eletrônica desta dissertação

EDGARD MICHEL-CROSATO

Araçatuba , 23 de março de 2004.

*baseada na ficha de procedimentos coletivos do Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo