



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de São José dos Campos
Instituto de Ciência e Tecnologia

MAYARA MARIN LOPES

CARACTERIZAÇÃO DE JOVENS LIVRES DE CÁRIE

2019

MAYARA MARIN LOPES

CARACTERIZAÇÃO DE JOVENS LIVRES DE CÁRIE

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciência e Tecnologia, Universidade Estadual Paulista (Unesp), Campus de São José dos Campos, como parte dos requisitos para obtenção do título de MESTRE, pelo Programa de Pós-Programa em CIÊNCIA E TECNOLOGIA APLICADA À ODONTOLOGIA.

Área: Inovação tecnológica multidisciplinar com ênfase em odontologia. Linha de pesquisa: Inovação tecnológica.

Orientadora: Profa. Dra. Symone Cristina Teixeira

São José dos Campos

2019

Instituto de Ciência e Tecnologia [internet]. Normalização de tese e dissertação [acesso em 2019]. Disponível em <http://www.ict.unesp.br/biblioteca/normalizacao>

Apresentação gráfica e normalização de acordo com as normas estabelecidas pelo Serviço de Normalização de Documentos da Seção Técnica de Referência e Atendimento ao Usuário e Documentação (STRAUD).

Lopes, Mayara Marin

Caracterização de jovens livres de cárie / Mayara Marin Lopes. - São José dos Campos : [s.n.], 2019.
39 f. : il.

Dissertação (Mestrado Profissional) - Pós-Graduação em Ciência e Tecnologia Aplicada à Odontologia - Universidade Estadual Paulista (Unesp), Instituto de Ciência e Tecnologia, São José dos Campos, 2019.

Orientador: Symone Cristina Teixeira.

1. Jovens. 2. Cárie dentária. 3. Hábitos. 4. Classe social. 5. Livre de cárie. I. Teixeira, Symone Cristina, orient. II. Universidade Estadual Paulista (Unesp), Instituto de Ciência e Tecnologia, São José dos Campos. III. Universidade Estadual Paulista 'Júlio de Mesquita Filho' - Unesp. IV. Universidade Estadual Paulista (Unesp). V. Título.

BANCA EXAMINADORA

Profa Dra Symone Cristina Teixeira (Orientadora)

Universidade Estadual Paulista (Unesp)

Instituto de Ciência e Tecnologia

Campus de São José dos Campos,

Prof Dr. João Carlos da Rocha

Universidade Estadual Paulista (Unesp)

Instituto de Ciência e Tecnologia

Campus de São José dos Campos,

Prof Dra. Fernanda Alves Feitosa

Faculdade São Lucas

Campus Caçapava

Coordenadora do curso de Odontologia

São José dos Campos, 27 de agosto de 2019

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus e aos meus pais Romeu e Cleuza pela oportunidade de buscar conhecimento, não medindo esforços para eu poder estar em constante aprendizado.

Ao meu companheiro Igor que foi quem me recebeu na cidade de São José dos Campos no início do mestrado, me dando apoio e suporte nesta caminhada.

À minha orientadora Prof^a Symone pelas instruções, esforços e paciência para o desenvolvimento de um bom trabalho, dividindo seu conhecimento, assim como ao Prof^o Ivan auxiliando na estatística da pesquisa e ao Prof^o João Carlos da Rocha, quem participou da elaboração do artigo contribuindo de forma construtiva e enriquecedora.

“O bom professor é aquele que não dá aula só para passar o conhecimento, mas pelo amor à educação”

“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê.” (Arthur Schopenhauer)

SUMÁRIO

RESUMO	7
ABSTRACT	8
1 INTRODUÇÃO	8
2 ARTIGO(S)	11
2.1 Artigo – Lopes MM, Balducci I, Rocha JC, Teixeira SC. Caracterização de jovens livres de cárie / <i>Characterization of caries-free young</i>	11
3 CONSIDERAÇÕES GERAIS	27
REFERÊNCIAS	28
APÊNDICE	30
ANEXOS	36

Lopes MM. Caracterização de pacientes jovens livres de cárie [dissertação]. São José dos Campos (SP): Universidade Estadual Paulista (Unesp), Instituto de Ciência e Tecnologia; 2019.

RESUMO

O trabalho teve como objetivo caracterizar o perfil socioeconômico e hábitos alimentares e de higiene de jovens, com idade entre 18 e 24 anos, livres de cárie, beneficiando a odontologia no sentido de estudar dados relacionados à saúde e não a doença como já bem relatado na literatura. Através de exame clínico simples foram selecionados os alunos livres de cárie (88) que então responderam a um questionário com questões sobre o perfil socioeconômico da família, os hábitos alimentares, de higiene, de rotina ao consultório odontológico e incentivo dos responsáveis da infância até os dias atuais. O perfil socioeconômico mais prevalente foi entre os estratos A a B2, com o nível de escolaridade dos pais entre médio completo e pós-graduação. Em relação à água fluoretada e a informações sobre saúde bucal 93% responderam ter tido acesso. As escovações foram relatadas no mínimo de 1 a 3 vezes por dia, chegando até a 5 vezes. Os consultórios particulares foram os mais visitados, com um intervalo de 3 a 6 meses entre as consultas por motivo de prevenção. A escovação foi supervisionada pelos pais até os 7 anos de idade por 63,64% dos entrevistados. Desta forma, os dados colhidos durante esta pesquisa podem auxiliar na formação, reorientação ou adaptação de políticas públicas de saúde através da organização do serviço, planejamento de estratégias para os trabalhos principalmente de educação, atenção e prevenção em saúde bucal, trazendo benefícios não só a odontologia, mas à toda população.

Palavras-chave: Jovens. Cárie dentária. Hábitos. Classe social. Livre de cárie.

Lopes MM. Characterization of caries-free young [dissertation]. São José dos Campos (SP): São Paulo State University (Unesp), Institute of Science and Technology; 2019.

ABSTRACT

The objective of this study was to characterize the socioeconomic profile and eating and hygiene habits of young people., aged 18 to 24 years old, caries-free, benefiting dentistry in order to study data related to health and not the disease as already reported in the literature. Through a simple clinical examination, caries-free students were selected (88), who then answered a questionnaire with questions about the family's socioeconomic profile, eating habits, hygiene, routine dental appointments, and indulgence of parents or guardians for childhood to the present day. The most prevalent socioeconomic profile was between the strata A and B2, with the level of schooling of the parents between full middle and postgraduate. Regarding fluoridated water and oral health information, 93% said they had access. Brushing has been reported at least 1 to 3 times a day, up to 5 times. Private practices were the most visited, with a 3-6 month interval between consultations due to prevention. Brushing was supervised by parents up to 7 years of age by 63.64% of the interviewees. Therefore, the data collected during this research can help in the formation, reorientation or adaptation of public health policies through the organization of the service, planning strategies for the work mainly education, attention and prevention in oral health, bringing benefits not only dentistry, but the entire population.

Keywords: Young people. Dental cavity. Habits. Social class. Caries-free.

1 INTRODUÇÃO

A cárie dentária é uma doença multifatorial, sendo dentre os problemas relacionados à saúde bucal, o mais prevalente em países industrializados devido aos fatores determinantes da doença (Petersen, 2003).

Segundo Lima (2007) é fundamental conceituar-se a cárie dentária como um processo anormal. É anormal porque um indivíduo que vivia em condições naturais, isto é, o homem primitivo, não desenvolvia uma lesão no esmalte que pudesse ser considerada cárie dentária, por estar inserido em uma biodiversidade comandada pela natureza, em um equilíbrio físico-químico. Apesar de todos os elementos necessários para desenvolver a cárie estarem presentes, havia uma condição de desequilíbrio e reequilíbrio, representados pelo fenômeno da desmineralização e remineralização, mediadas pela saliva, que mantinha a estrutura do esmalte dentário intacta. Essa biodiversidade determinada pela presença de todos os elementos que influenciavam a fisiologia da cavidade bucal em condições naturais, como alimentação, microrganismos e secreção salivar, mantinha o equilíbrio homeostático.

A tríade relatada por Keyes define hospedeiro, micro-organismo e dieta como os pilares para formação da doença cárie, completados com o fator tempo determinado por Newbrun (1989). Muitos estudos também têm relatado a relação com fatores genéticos e composição salivar. Diferenças na experiência de cárie podem ser devidas a proteínas ricas em prolina ácidas polimórficas na saliva, mas um único fator pode não ser a chave para nossas perguntas (Opal et al., 2015).

A doença cárie parece estar concentrada em grupos específicos de indivíduos. O fenômeno é denominado de polarização, representando uma das doenças epidemiológicas em que uma parcela da população mais necessita de tratamento. Um estudo chamado “estudo de Vipeholm” forneceu evidências da resistência de um indivíduo à cárie apesar de estar em uma dieta altamente cariogênica. Isso sugere que a suscetibilidade ou resistência à cárie pode ser resultado de uma ou mais influências genótípicas, fenótípicas e ambientais. A hereditariedade tem sido associada à incidência de cárie dentária na literatura científica há muitos anos. Em 1899, Black escreveu que, quando a família permanece em uma localidade, com as crianças vivendo em condições semelhantes às de seus pais na infância, a suscetibilidade da cárie será muito semelhante na maioria dos casos. (Opal et al., 2015)

Mesmo sabendo-se ser a cárie uma doença multifatorial (Corbett, Moore, 1976) (Nikiforuk, 1985) é interessante ressaltar que há meios de proteção reconhecidamente eficazes, como hábitos de higiene oral (Galan et al., 1995) e uso de fluoreto (Murray, 1992).

Muito se tem estudado sobre as condições para definição da doença, caracterizando-a não como consequência de um evento singular, mas sim uma sequela de uma série de processos que acontecem em um longo período de tempo, como experiência passada de cárie, deficiência de flúor, má higienização bucal, presença do micro-organismo, condição salivar e hábitos alimentares (Reich et al., 1999).

O avanço científico, conseguido através de pesquisas que levam em consideração todas as variáveis, que direta e indiretamente podem atuar como fatores que interferem no aparecimento da cárie, provoca confusão, tanto para os profissionais da Odontologia como também para o paciente. Portanto, cabe esclarecer esses temas e tentar explicar como fatores isolados, como micro-organismos, dieta e suscetibilidade dentária, podem resultar em conceitos de "causa e efeito" influenciando profundamente a maneira pela qual programas preventivos são projetados ou mantidos, sem efetiva redução da incidência de cárie (Lima, 2007).

Corroborando com isso Sgan-Cohen e colaboradores (2015) dizem que a cárie dentária continua sendo uma das principais doenças odontológicas entre a população em todas as idades. Uma ampla gama de fatores que contribuem para essa doença tem sido descrita no universo acadêmico, incluindo determinantes biológicos diretos, mas também fatores socioeconômicos, culturais, políticos, comportamentais, governamentais, problemas relacionados ao sistema de saúde, entre outras razões.

Na maioria dos países desenvolvidos a doença cárie afeta entre 60-90% das crianças em idade escolar e a maioria dos adultos. Principalmente, os problemas persistem ainda entre os grupos pobres e desfavorecidos nos países desenvolvidos e em desenvolvimento (Petersen, Lennon, 2004).

Além da interferência do nível de educação dos pais, as famílias que vivem em condições socioeconômicas mais baixas apresentam um alto nível de cárie precoce na infância (Rai, Tiwari, 2018).

De acordo com Mattos-Silveira e colaboradores (2015) a cárie na primeira infância está associada a vários fatores, incluindo hábitos de higiene bucal, baixo peso ao nascer, infecção por *S. Mutans*, hipomineralização, exposição ao flúor, ingestão de alimentos ricos em sacarose, entre outros fatores, o que torna a doença multifatorial. Portanto, estudos de investigação sobre a cárie têm que enfrentar desafios cada vez mais complexos, particularmente estudos longitudinais, já que diferentes exposições podem variar ao longo do tempo.

Dessa maneira várias são as abordagens em relação ao tema cárie, mas são precários na literatura estudos com pacientes que se apresentam resistentes à doença. Pesquisas feitas com crianças que apresentam lesões de cárie, apresentam relatos de diário alimentar com alta ingestão de açúcar, relacionando a dieta com a doença, porém não significa afirmar que os livres de cárie também não consomem açúcar em altas doses. Considerando que uma dieta rica em açúcar, uma precária higienização e a presença de micro-organismos acarretam na formação da doença há um consenso que hábitos contrários levam a prevenção da doença, nesse sentido faz-se importante conhecermos os hábitos reais dos pacientes livres de cárie e se as condições socioeconômicas interferem nesse processo.

Desta forma, este estudo tem por objetivo avaliar a influência:

- a) do perfil socioeconômico e nível de escolaridade;
- b) dos hábitos alimentares, de higiene, de rotina ao consultório odontológico;
- c) do incentivo à prevenção dos responsáveis na prevalência de cáries em indivíduos jovens, universitários e livres de cárie.

2 ARTIGO(S)

2.1 Lopes MM, Balducci I, Rocha JC, Teixeira SC. Caracterização de jovens livres de cárie / *Characterization of caries-free young**

RESUMO

Com o objetivo de caracterizar o perfil socioeconômico e os hábitos em relação à saúde bucal de jovens com idade entre 18 e 24 anos, livres de cárie, foram selecionados 88 participantes confirmados através de exame clínico, que então responderam a um questionário em forma de entrevista com questões sobre o perfil socioeconômico da família, os hábitos alimentares, de higiene bucal, de rotina ao consultório odontológico e incentivo dos responsáveis. O perfil socioeconômico mais prevalente foi nos estratos de A a B2, com o nível de escolaridade dos pais entre médio completo e pós-graduação. Em relação à água fluoretada e a informações sobre saúde bucal 93% responderam ter tido acesso. As escovações foram relatadas no mínimo de 1 a 3 vezes por dia, chegando até a 5 vezes. Os consultórios particulares foram os mais visitados, com um intervalo de 3 a 6 meses entre as consultas por motivo de prevenção. A escovação foi supervisionada pelos pais até os 7 anos de idade por 63,64% dos entrevistados. Desta forma os dados colhidos durante esta pesquisa podem auxiliar na formação, reorientação ou adaptação de políticas públicas de saúde através da organização do serviço, planejamento de estratégias para os trabalhos principalmente de educação, atenção e prevenção em saúde bucal, trazendo benefícios não só à odontologia, mas à toda população.

Palavras-chave: Jovens. Cárie dentária. Hábitos. Classe social. Livre de cárie.

ABSTRACT

In order to characterize the socioeconomic profile and oral health habits of caries-free young aged 18 to 24 years, 88 participants were selected and confirmed by clinical examination, who then answered an interview questionnaire with questions about the family socioeconomic profile, eating and oral hygiene habits, routine to the odontological office and indulcement of parents or guardians. The most prevalent socioeconomic profile was in the A to B2 strata, with the level of parents' schooling between full-term and post-graduate. Regarding fluoridated water and oral health information, 93% said they had access. Brushing has been reported at least 1 to 3 times a day, up to 5 times. Private practices were the most visited, within a 3-6 month interval between prevention appointments. Brushing was supervised by parents up to 7 years old by 63.64% of the interviewees. Therefore, the data collected during this research can help in the formation, reorientation or adaptation of public health policies, through the organization and planning strategies for the service, specially education, attention and prevention in oral health, bringing benefits not only for

*Artigo elaborado de acordo com as normas do Periódico *Ciência & Saúde Coletiva* (Print version Online ISSN 1678-4561). Submetido em: 16/07/2019.

dentistry , but the entire population.

Keywords: Young people. Dental cavity. Habits. Social class. Caries-free.

INTRODUÇÃO

A cárie dentária é uma doença multifatorial, sendo dentre os problemas relacionados à saúde bucal, o mais prevalente em países industrializados devido aos fatores determinantes da doença.¹

Segundo Lima² é fundamental conceituar-se a cárie dentária como um processo anormal. É anormal porque um indivíduo que vivia em condições naturais, isto é, o homem primitivo, não desenvolvia uma lesão no esmalte que pudesse ser considerada cárie dentária, por estar inserido em uma biodiversidade comandada pela natureza, em um equilíbrio físico-químico. Apesar de todos os elementos necessários para desenvolver a cárie estarem presentes, havia uma condição de desequilíbrio e reequilíbrio, representados pelo fenômeno da desmineralização e remineralização, mediadas pela saliva, que mantinha a estrutura do esmalte dentário intacta. Essa biodiversidade determinada pela presença de todos os elementos que influenciavam a fisiologia da cavidade bucal em condições naturais, como alimentação, microrganismos e secreção salivar, mantinha o equilíbrio homeostático.

A tríade relatada por Keyes define hospedeiro, micro-organismo e dieta como os pilares para formação da doença cárie, completados com o fator tempo determinado por Newbrun (1989)³. Muitos estudos também têm relatado a relação com fatores genéticos e composição salivar. Diferenças na experiência de cárie podem ser devidas a proteínas ricas em prolina ácidas polimórficas na saliva, mas um único fator pode não ser a chave para nossas perguntas.⁴

A doença cárie parece estar concentrada em grupos específicos de indivíduos. O fenômeno é denominado de polarização, representando uma das doenças epidemiológicas em que uma parcela da população mais necessita de tratamento. Um estudo chamado “estudo de Vipeholm” forneceu evidências da resistência de um indivíduo à cárie apesar de estar em uma dieta altamente cariogênica. Isso sugere que a suscetibilidade ou resistência à cárie pode ser resultado de uma ou mais

influências genotípicas, fenotípicas e ambientais. A hereditariedade tem sido associada à incidência de cárie dentária na literatura científica há muitos anos. Em 1899, Black escreveu que, quando a família permanece em uma localidade, com as crianças vivendo em condições semelhantes às de seus pais na infância, a suscetibilidade da cárie será muito semelhante na maioria dos casos.⁴

Mesmo sabendo-se ser a cárie uma doença multifatorial^{5,6} é interessante ressaltar que há meios de proteção reconhecidamente eficazes, como hábitos de higiene oral⁷ e uso de fluoreto⁸.

Muito se tem estudado sobre as condições para definição da doença, caracterizando-a não como consequência de um evento singular, mas sim uma sequela de uma série de processos que acontecem em um longo período de tempo, como experiência passada de cárie, deficiência de flúor, má higienização bucal, presença do micro-organismo, condição salivar e hábitos alimentares.⁹

O avanço científico, conseguido através de pesquisas que levam em consideração todas as variáveis, que direta e indiretamente podem atuar como fatores que interferem no aparecimento da cárie, provoca confusão, tanto para os profissionais da Odontologia como também para o paciente. Portanto, cabe esclarecer esses temas e tentar explicar como fatores isolados, como micro-organismos, dieta e suscetibilidade dentária, podem resultar em conceitos de "causa e efeito" influenciando profundamente a maneira pela qual programas preventivos são projetados ou mantidos, sem efetiva redução da incidência de cárie.²

Corroborando com isso Sgan-Cohen, et al¹⁰ dizem que a cárie dentária continua sendo uma das principais doenças odontológicas entre a população em todas as idades. Uma ampla gama de fatores que contribuem para essa doença tem sido descrita no universo acadêmico, incluindo determinantes biológicos diretos, mas também fatores socioeconômicos, culturais, políticos, comportamentais, governamentais, problemas relacionados ao sistema de saúde, entre outras razões.

Na maioria dos países desenvolvidos a doença cárie afeta entre 60-90% das crianças em idade escolar e a maioria dos adultos. Principalmente, os problemas persistem ainda entre os grupos pobres e desfavorecidos nos países desenvolvidos e em desenvolvimento.¹¹

Além da interferência do nível de educação dos pais, as famílias que vivem em condições socioeconômicas mais baixas apresentam um alto nível de cárie precoce

na infância.¹²

De acordo com Mattos-Silveira, et al¹³, a cárie na primeira infância está associada a vários fatores, incluindo hábitos de higiene bucal, baixo peso ao nascer, infecção por *S. Mutans*, hipomineralização, exposição ao flúor, ingestão de alimentos ricos em sacarose, entre outros fatores, o que torna a doença multifatorial. Portanto, estudos de investigação sobre a cárie têm que enfrentar desafios cada vez mais complexos, particularmente estudos longitudinais, já que diferentes exposições podem variar ao longo do tempo.

Dessa maneira várias são as abordagens em relação ao tema cárie, mas são precários na literatura estudos com pacientes que se apresentam resistentes à doença. Considerando que uma dieta rica em açúcar, uma precária higienização e a presença de micro-organismos acarretam na formação da doença há um consenso que hábitos contrários levam a prevenção da doença, nesse sentido faz-se importante conhecermos os hábitos reais dos pacientes livres de cárie e se as condições socioeconômicas interferem nesse processo.

Diante do exposto a pesquisa propõe-se a analisar o comportamento, ao longo da vida, dos indivíduos entrevistados que chegaram à idade adulta livres de cárie, através: (i) do perfil socioeconômico familiar e nível de escolaridade dos responsáveis; (ii) dos hábitos alimentares, de higiene bucal, de rotina ao consultório odontológico e (iii) do incentivo dos responsáveis na prevenção da doença cárie em diferentes ciclos de vida.

MATERIAIS E MÉTODOS

Aspectos éticos

Este projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciência e Tecnologia, Universidade Estadual Paulista (Unesp), Campus de São José dos Campos - SP apresentando o parecer aprovado (CAAE: 90164218.7.0000.0077). Os entrevistados só participaram do estudo após a apresentação do projeto e assinatura do consentimento livre esclarecido.

População e amostra

A amostragem utilizada foi não probabilística. Foram incluídos aqueles que concordassem com as condições da pesquisa, se pronunciaram nunca ter tido cárie e tivessem entre 18 e 24 anos de idade, faixa etária de adultos jovens utilizada pelo

Plano Nacional de Educação (PNE Brasil) para obtenção de dados e orientação para as análises de forma a subsidiar as equipes e a sociedade neste processo, sendo o articulador do Sistema Nacional de Educação.

Do total de alunos matriculados nos cursos de Engenharia Ambiental e Odontologia, do Instituto de Ciência e Tecnologia, Universidade Estadual Paulista (Unesp), Campus de São José dos Campos - SP, 491 alunos constituíram o universo da amostra dentro da faixa etária definida. Destes, 89 se pronunciaram como livres de cárie e concordaram em participar da pesquisa. Oitenta e oito foram confirmados, através do exame clínico, como livres de cárie.

Procedimento e instrumento de coleta e análise de dados

O exame clínico foi realizado à luz natural nas dependências da Universidade com espelho clínico e espátulas de madeira descartável. Também foram utilizadas sondas exploradoras da OMS e gaze esterilizada para remoção de possíveis depósitos moles e restos alimentares. O critério utilizado para classificação da existência de cárie seguiu o manual do examinador do Ministério da Saúde¹⁴, considerando lesão de cárie quando sulco, fissura ou superfície lisa apresentassem cavidade evidente, ou tecido amolecido na base ou descoloração do esmalte ou de parede ou existência de uma restauração temporária.

A coleta de dados foi realizada por meio de 2 questionários, aplicados pela pesquisadora, elaborados a partir de uma pesquisa bibliográfica usando como referencial o Critério de Classificação Econômica do Brasil¹⁵ no ano de 2016, o roteiro de entrevistas do Projeto SB Brasil¹⁶, questionários de frequência alimentar e hábitos de higiene bucal^{17,18} e os ciclos de vida adotados pelo Caderno de Atenção Básica nº17 do Ministério da Saúde¹³: infância (02 a 09 anos), adolescência (10 a 19 anos) e atualmente.

A entrevista foi realizada com o intuito de se obter informações das variáveis de interesse: 1) identificação do jovem (gênero, idade); 2) variáveis de nível socioeconômico (profissão e anos de estudo do responsável pelo entrevistado, número de cômodos, tipo de moradia, número de aparelhos de televisão, posse e número de automóveis, e itens de conforto); 3) acesso a serviços odontológicos (tipo de serviço utilizado, frequência e motivo da consulta); 4) hábitos (frequência de higienização bucal diária, supervisão da escovação, uso de fluoretos, acesso a orientações de saúde bucal).

Após a coleta das respostas obtidas nos questionários, estas foram conferidas e numeradas com a utilização do Programa Microsoft Office Excel 2010. A análise dos dados foi realizada por meio do programa MiniTab (versão 17.1.0, 2013), que consistiu em uma análise descritiva e inferencial.

A análise descritiva consistiu no cálculo de medidas de tendência central e de dispersão (média e desvio padrão) e na análise de distribuição de frequências (absoluta e relativa ou percentual).

A análise inferencial foi realizada por meio dos testes: quiquadrado e teste Z do intervalo de confiança da proporção, sob nível de significância de 5%.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No total de 491 alunos, oitenta e nove jovens de 18 a 24 anos, estudantes da UNESP, se autodeclararam livres de cárie, os quais passaram por exame clínico, sendo 1 excluído por ser constatada lesão de cárie, resultando em 88 questionários, o que representou 17,92% da amostra, sendo o intervalo de confiança estabelecido entre 14,53% a 21,31%.

Em relação ao perfil socioeconômico obteve-se representantes dos estratos de A a C2, de acordo com o Critério de Classificação Econômica Brasil da ABEP¹⁵, estando 88,63% dos entrevistados entre as categorias A e B2. (Figura 1)

Quanto aos responsáveis 98,86% teve a figura materna presente em sua criação e o nível de escolaridade variou de fundamental incompleto a doutorado, estando 94,88% entre o nível médio-completo e pós-graduação. (Figura 1)

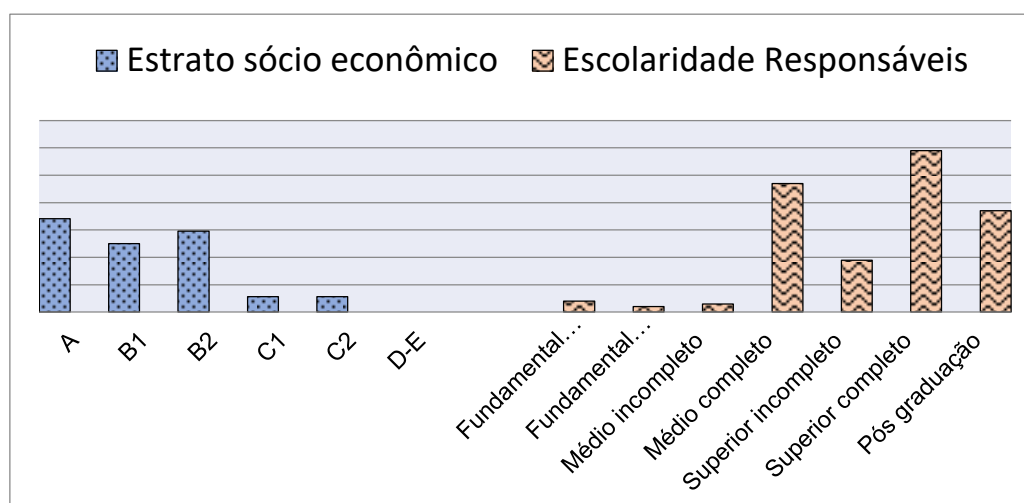


Figura 1: Distribuição dos indivíduos entrevistados segundo estrato socioeconômico e escolaridade dos responsáveis

Estudos longitudinais descrevem aspectos socioeconômicos, demográficos e fatores comportamentais, características clínicas e outras questões relacionadas à saúde da criança como principais fatores de risco para o desenvolvimento de cárie.¹⁹

Condições de saúde geral e bucal podem ser afetadas por fatores que estão presentes desde o nascimento, como baixa escolaridade da mãe, baixo peso ao nascer e má nutrição. Isso parece aumentar o risco de cárie dentária, que é mais prevalente em áreas de maior privação social.²⁰

Faustino-Silva et al²¹ descobriram em sua pesquisa que filhos de mães com maior nível educacional apresentaram menor prevalência de cárie e placa bacteriana visível. Níveis de ensino superior podem significar que os pais têm uma maior capacidade de acesso a fontes adequadas de conhecimento e uma melhor compreensão das informações, o que pode afetar os comportamentos da família.

Nobrega e colaboradores²² observaram que indivíduos com renda familiar inferior a 2 salários mínimos apresentaram pior qualidade de vida no quesito saúde bucal. A escolaridade dos pais menor que 8 anos de estudo formal também foi associada a pior qualidade de saúde bucal.

Ardenghi e colaboradores¹⁹ também sugeriram que os riscos sociais e biológicos, construídos desde a infância, subsequentemente têm um impacto na saúde durante a vida adulta. Além disso, crianças mais jovens com cárie também são mais propensas a ter essa mesma condição em sua dentição permanente e a probabilidade de desenvolvimento de cárie em crianças está relacionada ao nível de infecção de seus cuidadores, frequência de exposição, estado imunológico e dieta.

Relatando sobre os hábitos alimentares, a maioria dos entrevistados mostrou que consumia alimentos açucarados tanto na infância: 94,32% consumiam açúcar (balas, chicletes e chocolates), 75% consumiam refrigerantes e 95,45% consumiam achocolatados, quanto na adolescência: 89% consumiam açúcar (balas, chicletes e chocolate), 67% consumiam refrigerante e 66% achocolatados.

Em relação ao consumo de refrigerantes e bebidas com achocolatado houve uma diminuição desde o período da infância até os dias de hoje, com diferenças estatisticamente significantes, já o consumo de açúcar presente em balas, chicletes e chocolates permanece em níveis altos. (Figura 2)

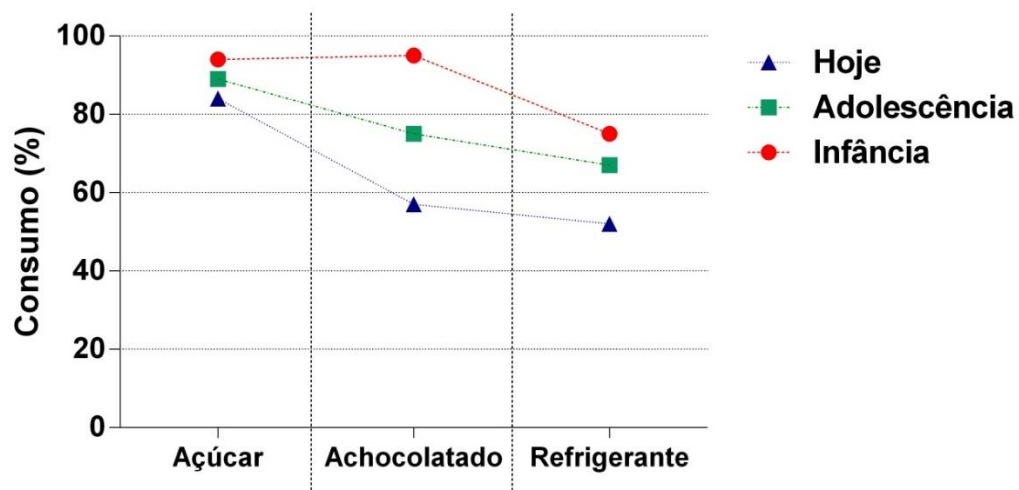


Figura 2: Consumo de alimentos açucarados em relação aos ciclos de vida

Apesar da ingestão de açúcares, como apresentado, a maioria relata o consumo após as refeições, o que apresenta relevância visto o aumento da salivação quando da ingestão de alimentos e a sua capacidade tampão que neutraliza os ácidos formados pela fermentação dos carboidratos.

De acordo com Marsh, et al²³ a saliva é um dos principais determinantes da saúde bucal; componentes salivares, particularmente os antimicrobianos, exercem pressões seletivas significativas na microbiota, ajudando a moldar e controlar as comunidades residentes. Estudos revelaram a complexidade e a variedade de fatores antimicrobianos na saliva. A composição antimicrobiana e imunológica da saliva variam consideravelmente entre indivíduos e em relação à idade e estado de saúde-doença.

A interação entre microrganismos, dieta e suscetibilidade do hospedeiro determina se a cárie dentária irá ocorrer. Como os dentes são constantemente banhados em saliva, os constituintes e os laços próprios deste fluido oral desempenham um papel essencial na ocorrência e progressão da cárie dentária. A saliva é considerada um dos fatores importantes do hospedeiro e um mediador essencial que controla a velocidade e a direção da via cariogênica.⁴

A similaridade da flora microbiana oral geral foi evidente em gêmeos livres de cáries. Portanto, fatores genéticos ou familiares contribuem significativamente para a colonização de espécies benéficas orais em gêmeos e, por sua vez, para a saúde bucal de um indivíduo.²⁴

Para analisar os fatores de risco para cárie dentária Silva e colaboradores²⁵

coletaram dados de gêmeos até os 6 anos de idade, quando as crianças foram submetidas a exames odontológicos. Entre as 345 crianças submetidas a avaliações odontológicas, 32% apresentavam sinais de cárie. Em 29 pares, ambas as crianças tinham cáries, enquanto em 33 pares, apenas uma criança foi afetada. Os resultados sugerem que, apesar da plausibilidade biológica, os fatores genéticos são determinantes relativamente menos importantes do risco de cárie do que os fatores ambientais compartilhados.

As escovações aconteciam de 1 a 3 vezes por dia por 94,32% dos entrevistados na infância, mas também foram relatadas 4 a 5 escovações diárias (5,68%), este número aumenta na fase da adolescência, onde 31,82% relatam mais de 3 escovações ao dia e ainda mais atualmente (39,77%) e também com relato de mais de 5 escovações diárias. Há um incremento nas escovações diárias e uso do fio dental com aumento da idade. (Figura 3)

A frequência de uso de fio dental foi constatada a partir da adolescência, o que pode ser explicado devido à dificuldade motora e falta de autonomia durante a infância, porém os entrevistados em sua maioria faziam o uso, de 1 a 3 vezes ao dia, um total de 79, 55% dos jovens. O que mostra a importância de tal prática na prevenção de lesões de cárie. (Figura 3)

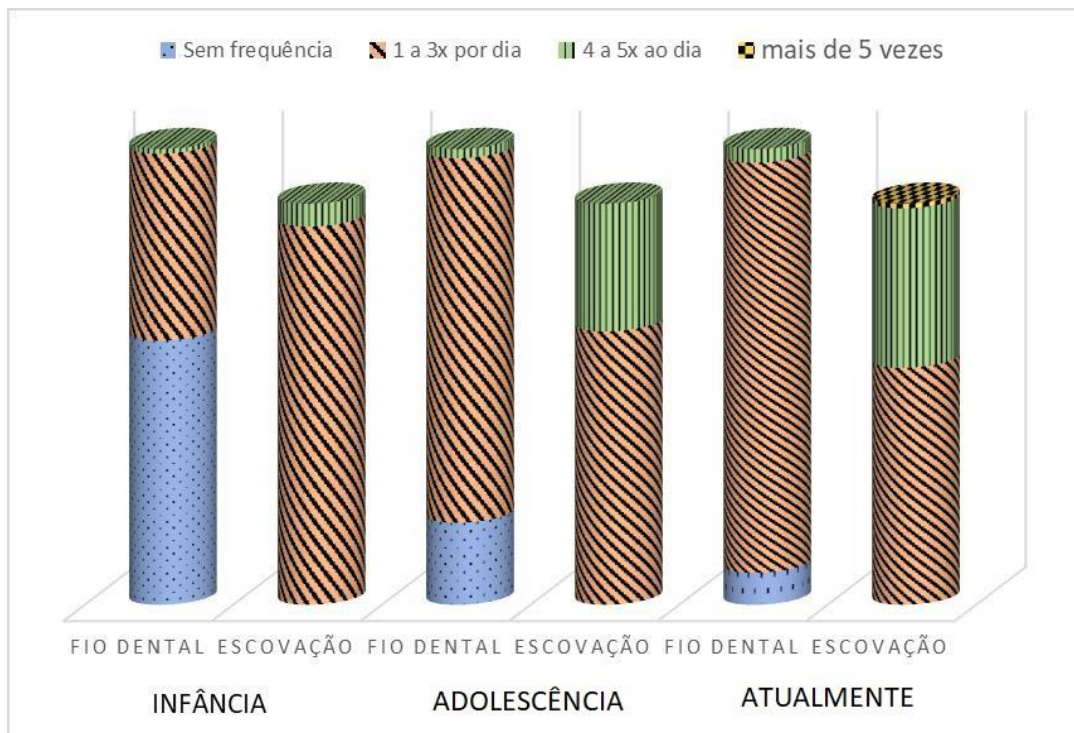


Figura 3: Escovações diárias e uso do fio dental

Quando se fala em limpeza entre os dentes deve-se questionar o que se vai limpar, a placa bacteriana ou os restos de alimentos. A crença de que o fio dental tem como função a remoção de restos alimentares, presentes no meio dos dentes, estimula a sua utilização com pequena frequência, pois os pacientes somente farão uso dele quando comerem alimentos sólidos e estes ficarem entre os dentes. Essa atitude incorreta deve ser modificada, mediante esclarecimentos sobre a verdadeira função do fio dental.²⁶

De acordo com a pesquisa de Mattos-Silveira, et al¹³ a cárie dentária, um grave problema de saúde pública, afeta diferentes grupos de várias origens socioeconômicas e grupos etários predominantemente específicos, com apresentações graves na primeira infância que podem levar à perda dentária. Um declínio na prevalência de cárie em escolares foi observado na última década no Brasil após a implementação de ações coletivas, como fluoretação do sistema público de água, uso tópico de flúor em programas escolares, adição de flúor a cremes dentais e cobertura alargada de serviços de saúde.

Quando questionados se a cidade em que moravam havia água fluoretada, 93,18% responderam sim e foi estabelecido um intervalo de confiança, por meio do teste Z de 87,91 a 98,44%, sob nível de confiança de 95%.

Da aplicação de flúor 56,82% dos entrevistados na presente pesquisa relatam terem feito a aplicação em consultório na infância e 48,86% também na adolescência e 93% receberam informações sobre saúde bucal na infância, sendo que a maioria adquiriu conhecimento através da escola, familiares e dentistas.

As soluções de flúor aplicadas em forma de bochechos ou por meio de escovações têm recebido muita atenção; seu uso como medida de prevenção é um fato comprovado por vários autores e recomendado pela Organização Mundial da Saúde para serem utilizadas no campo da odontologia preventiva.

De acordo com o Oral Health Report 2018 (Windsor-Essex County Health Unit)²⁷ dos anos 2011 a 2017, o percentual de crianças com cárie e/ou exigindo cuidados aumentaram 51% durante este período. Este número é definido por estas crianças se enquadrarem em pelo menos dois dos seguintes critérios: (i) concentração de flúor de água na comunidade menor que 0,3 ppm, (ii) histórico de cárie da superfície lisa, (iii) presença de cárie da superfície lisa. Assim, a cessação da fluoretação da água da comunidade em 2013 em Windsor pode explicar o

aumento do percentual de crianças com cárie. Houve também uma proporção crescente de crianças com necessidade de selantes de fissuras, mas as incidências de fluorose permaneceram relativamente raras.

Sobre a frequência de visitas ao dentista na infância, 34% responderam que frequentavam consultórios odontológicos particulares, com um intervalo de 3 meses a 6 meses de uma consulta a outra, em sua maioria por motivo de prevenção. Na fase da adolescência, quando questionados sobre a periodicidade de visitas ao dentista, a frequência média é alta: 39,77% dos jovens dizem que sua frequência em clínicas odontológicas era de 3 em 3 meses e 28,41% de 6 em 6 meses. (Figura 4)

Mas ainda o número mais expressivo foi a relacionado aos relatos de ausência de periodicidade a visitas ao consultório odontológico, sendo de 34% na infância e 36% atualmente. (Figura 4)

Em pesquisa Petry, et al²⁸ concluíram a possibilidade de um viés que é conhecido em epidemiologia como "causalidade reversa", descrito neste estudo que revelou que as pessoas com história de cárie visitam o dentista com regularidade, em proporção bastante maior do que os livres de cárie. Nesta análise por regressão logística condicional de Petry e colaboradores, constatou-se que a visita regular ao dentista tornaria maior a chance de lesões de cárie ou restaurações em cerca de 67%.

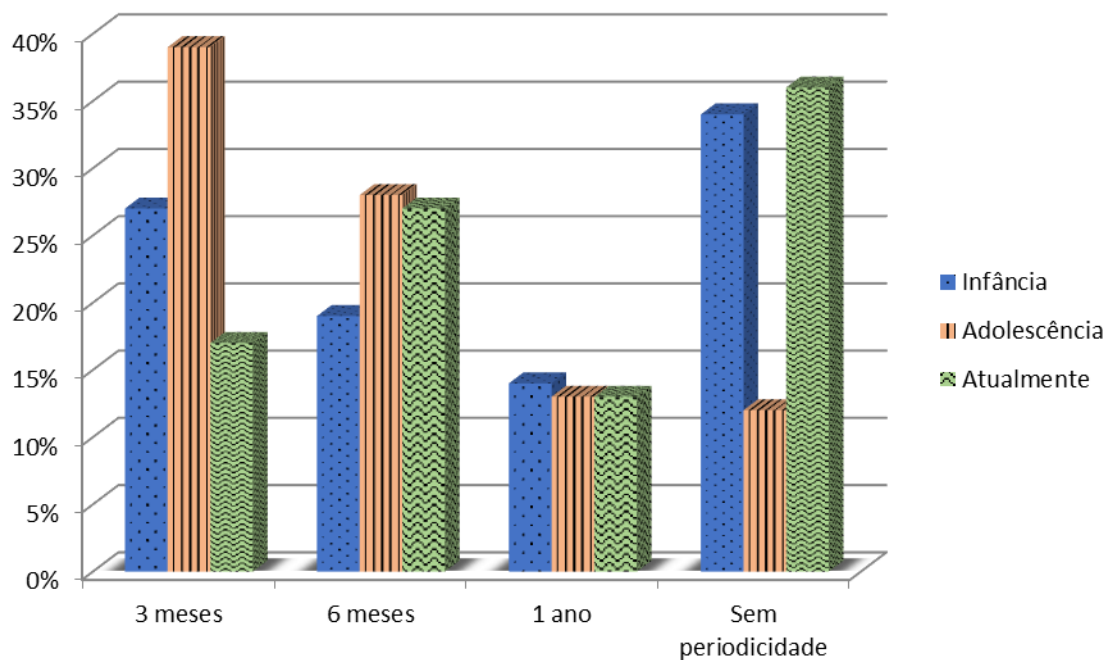


Figura 4: Frequência de consulta ao dentista

O motivo destas visitas ao dentista em sua maioria se deu por prevenção (59%) e depois por tratamentos ortodônticos (31%), comuns na fase de adolescência.

A consulta odontológica por motivo de tratamento com ortodontista pode ser fator influenciador na condição livre de cárie uma vez que proporcionava orientações de higiene oral, além de motivar maiores cuidados visto que estava realizando um tratamento.

De acordo com a última recomendação da Academia Americana de Odontopediatria (AAPD)²⁹ o intervalo do exame deve ser baseado nas necessidades individuais da criança ou no status de risco/suscetibilidade à doença; alguns pacientes podem necessitar de exames e serviços preventivos em intervalos mais ou menos frequentes, com base em achados históricos, clínicos e radiográficos.

A periodicidade da intervenção e serviços profissionais de saúde bucal é baseada nas necessidades individuais e indicadores de risco do paciente, os livres de cárie não apresentam experiência passada de cárie que é o fator primordial, sendo o mais confiável relatado pela literatura na avaliação de risco, portanto a maioria poderia se encaixar em baixo risco estando indicada apenas 1 consulta ao ano³⁰.

Para as variáveis perfil socioeconômico e periodicidade das consultas foi realizado um teste estatístico para verificar a associação entre elas. Verificou-se que não há diferença estatisticamente significativa. Contudo, o p-valor obtido é próximo do nível de significância, assim, outros estudos nesse campo são ainda necessários.

Em relação ao incentivo dos responsáveis, neste estudo foi relatado acompanhamento nas escovações por 63,64% dos entrevistados, sendo realizado até os 7 anos de idade. Deve-se sublinhar a importância de não ir para a cama com bolachas, leite achocolatado ou outro tipo de alimentos doces pelo mesmo motivo que é importante escovar os dentes antes de deitar. Estas são informações que podem ser fundamentais para se combater a cárie dentária e diminuir os índices atualmente existentes na nossa população³¹. Sendo o maior desafio as escovações noturnas, o papel dos pais na supervisão e acompanhamento pode ser crucial para efetividade da higienização colaborando para se chegar num quadro livre de cárie.

CONCLUSÃO

Os achados da pesquisa levam a uma rediscussão dos parâmetros que levam

a cárie. Os hábitos alimentares demonstraram pouca relevância desde que tenha hábitos de higiene em concordância, pois os livres de cárie relataram alta ingestão de açúcar, mas com escovações no mínimo de 1 a 3 vezes por dia, supervisionadas até os 7 anos de idade pelos responsáveis. A exposição aos fluoretos também foi importante, onde 93% responderam ter tido acesso à água fluoretada, além de muitos terem recebido aplicações tópicas de flúor.

Desta forma os dados colhidos durante esta pesquisa podem auxiliar na formação, reorientação ou adaptação de políticas públicas de saúde através da organização do serviço, planejamento de estratégias para os trabalhos principalmente de educação, atenção e prevenção em saúde bucal, trazendo benefícios a toda população.

Estudos complementares estão indicados, visto que a população estudada pode interferir nas respostas devido aos conhecimentos já adquiridos, por também ser formada por estudantes de odontologia.

REFERÊNCIAS

1. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century--the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003 Dec; 31(Suppl 1,): 3-23
2. Lima JEOR. Cárie dentária: um novo conceito. *Dental Press Ortodon Ortop Facial* Maringá. [internet] 2007 Jan [acesso em 2019 fevereiro]; 12(6):119-130. doi: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141554192007000600012&script=sci_abstract&tlng=pt
3. Newbrun E. *Cariology* 3rd ed, Chicago: Quintessenz. 1989
4. Opal S, Garg S, Jain J, Walia I. Genetic factors affecting dental caries risk. *Aust Dent J*. 2015 Mar; 60(1):2-11.
5. Corbett ME, Moore WJ. Distribution of dental caries in ancient british populations. *Caries Res* 1976; 10:401-14.
6. Nikiforuk G. Understanding dental caries. New York: Karger; 1985. p.113-19.
7. Galan D, Brex M, Heath MR. The oral health status of a population of community-dwelling older Canadians. *Gerodontology* 1995; 12:41- 8.
8. Murray JJ. O uso correto de fluoretos na saúde pública. In: O uso correto de fluoretos na saúde pública. São Paulo, Santos; 1992.

9. Reich E, Lussi A, Newbrun E. Caries-Ris K Assessment. *Int Dent J*. 1999; 49;15–26.
10. Sgan-Cohen HD, Bajali M, Eskander L, Steinberg D, Zini A. Dental caries status, socio-economic, behavioral and biological variables among 12- year-old palestinian school children. *J Clin Pediatr Dent*. 2015;39(4),331-5.
11. Petersen PE, Lennon MA. Effective use of fluorides for the prevention of dental caries in the 21st century: the WHO approach. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2004 Oct; 32(5):319–21.
12. Rai NK, Tiwari T. Parental factors influencing the development of early childhood caries in developing nations: a systematic review. *Frontiers in Public Health*. 2018; 6:64.
13. Mattos-Silveira J, Floriano I, Ferreira FR, Viganó ME, Mendes FM, Braga MM. Children's discomfort may vary among different treatments for initial approximal caries lesions: preliminary findings of a randomized controlled clinical trial. *Int J Paediatr Dent*. 2015 Jul;25(4):300-4.
14. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica - n.º 17)
15. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil. Critério Brasil 2015 e atualização da distribuição de classes para 2016 [internet]. São Paulo: ABEP; 2016 [citado em 2017] Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil>
16. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto SB2000: condições de saúde bucal da população brasileira no ano de 2000: manual do examinador. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 50p.
17. Nunes AMM, Alves CMC, Araújo FB, Ortiz TML, Ribeiro MRC, Silva AAM et al. Association between prolonged breast-feeding and early childhood caries: a hierarchical approach. *Com Dent Oral Epidemiol* 2012; 40(6):542-9.
18. Costa, EL. *Cárie precoce da infância na perspectiva binômio mãe/filho: transmissibilidade de microorganismos ou hábitos de saúde compartilhados?*. [tese] São Luís: Universidade Federal do Maranhão; 2016.

19. Ardenghi TM, Piovesan C, JLF Antunes. Inequalities in untreated dental caries prevalence in preschool children in Brazil. *Rev Saúde Pública* 2013;47(Supl 3):1-8.
20. Scavuzzi AI, De França Caldas Junior A, Couto GB, De Vasconcelos MM, De Freitas Soares RP, Valença PA. Longitudinal study of dental caries in Brazilian children aged from 12 to 30 months. *Int J Paediatr Dent*. 2007 Mar;17(2):123-8.
21. Faustino-Silva D, Comassetto M, Baumgarten A, Rech R, Figueiredo M, Hilgert J. Early childhood caries and family-related determining factors in a southern brazilian city. *Pesquisa Brasileira Em Odontopediatria e Clínica Integrada*, 2018; 18(1): 1–11. doi:10.4034/pboci.2018.181.68
22. Nobrega A, Moura LFAD, Andrade NS, Lima CCB, Dourado DG, Lima MDM. Impacto da cárie dentária na qualidade de vida de pré-escolares mensurado pelo questionário PEDSQL. *Cien Saude Colet* [revista na internet] (2018/Mai). [Citado em 18/06/2019]. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/impacto-da-carie-dentaria-na-qualidade-de-vida-de-preescolares-mensurado-pelo-questionario-pedsql/16768?id=16768>
23. Marsh PD, Do T, Beighton D, Devine DA. Influence of saliva on the oral microbiota. *Periodontology 2000*. 2016; 70:80–92.
24. Corby PM, Bretz WA, Hart TC, Schork NJ, Wessel J, Lyons-Weiler J, et al. Heritability of oral microbial species in caries-active and caries-free twins. *Twin Res Hum Genet* 2007;10:821–828.
25. Silva MJ, Kilpatrick NM, Craig JM, Manton DJ, Leong P, Burgner DP, et al. Genetic and Early-Life Environmental Influences on Dental Caries Risk: A Twin Study. *Pediatrics*. 2019; 143(5):167-174. doi.org/10.1542/peds.2018-3499
26. Santos PA, Rodrigues JA, Garcia PPNS. Knowledge about dental caries and periodontal disease's prevention and oral health behavior of elementary schoolteachers. *Cienc Odontol Bras*. 2003; 6 (1): 67-74
27. Windsor-Essex County Health Unit. Oral Health Report, 2018 Update. Ontario: Windsor; 2018

28. Petry PC, Victora CG, Santos IS. Adults free of caries: a case-control study about: awareness/consciousness, attitudes and preventive practices. *Cad. Saúde Pública* Rio de Janeiro, 2000; 16(1):145-153
29. *Periodicity of examination, preventive dentistry anticipatory guidance/counseling, and oral health for infants, children and adolescents.* [internet]. Chicago: American Academy of Pediatric Dentistry. 2018 [Citado em 2019] Disponível em: [<https://www.aapd.org/research/oral-health-policies--recommendations/periodicity-of-examination-preventive-dental-services-anticipatory-guidance-counseling-and-oral-treatment-for-infants-children-and-adolescents/>]
30. Paris S, Haak R, Meyer-Lueckel H. Diagnostics, treatment decision and documentation. In: Meyer-Lueckel H, et al. *Caries Management: Science and Clinical Practice*. New York: Thieme; 2013 p. 329 doi: 10.1055/b-0034-84427
31. Mello TRC, Antunes JLF, Waldman EA. Prevalência de cárie não tratada na dentição decídua em áreas urbanas e rurais do Estado de São Paulo, Brasil. *Revista Panamericana de Salud Publica*. 2006; 23(2):78-84.

3 CONSIDERAÇÕES GERAIS

Os dados colhidos durante esta pesquisa podem auxiliar na formação, reorientação ou adaptação de políticas públicas de saúde através da organização do serviço, planejamento de estratégias para os trabalhos principalmente de educação, atenção e prevenção em saúde bucal, trazendo benefícios a toda população.

A caracterização dos jovens livres de cárie demonstrou nível socioeconômico mais prevalente entre os estratos A a B2, sendo a escolaridade dos pais entre nível médio completo e pós-graduação, com hábitos alimentares de alta ingestão de açúcar. Sobre a água fluoretada e informações de saúde bucal 93% responderam ter tido acesso, sendo através da escola, familiares e dentistas. As escovações aconteciam no mínimo de 1 a 3 vezes por dia, chegando até a 5 vezes nos dias de hoje. O uso do fio-dental teve início relevante na fase da adolescência de 1 a 3 vezes ao dia. A rotina de frequência a consultórios odontológicos majoritariamente particulares, foi relatada em um intervalo de 3 meses a 6 meses de uma consulta a outra, em sua maioria por motivo de prevenção. A escovação foi supervisionada pelos pais até os 7 anos de idade por 63,64% dos entrevistados.

Estes achados reforçam a ideia da polarização da cárie e a importância da educação para controle da doença. Os hábitos alimentares demonstram pouca relevância desde que tenha hábitos de higiene em concordância, visto que os livres de cárie relataram alta ingestão de açúcar, mas com escovações e uso de fluoretos constantes.

REFERÊNCIAS *

Corbett ME, Moore WJ. Distribution of dental caries in ancient british populations. *Caries Res* 1976; 10:401-14.

Galan D, Brex M, Heath MR. The oral health status of a population of community-dwelling older Canadians. *Gerodontology* 1995; 12:41- 8

Lima JEOR. Cárie dentária: um novo conceito. *Dental Press Ortodon Ortop Facial Maringá*. [internet] 2007 Jan [acesso em 2019 fevereiro]; 12(6):119-130. doi: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141554192007000600012&script=sci_abstract&lng=pt

Mattos-Silveira J, Floriano I, Ferreira FR, Viganó ME, Mendes FM, Braga MM. Children's discomfort may vary among different treatments for initial approximal caries lesions: preliminary findings of a randomized controlled clinical trial. *Int J Paediatr Dent*. 2015 Jul;25(4):300-4.

Murray JJ. O uso correto de fluoretos na saúde pública. In: O uso correto de fluoretos na saúde pública. São Paulo, Santos; 1992.

Newbrun E. *Cariology*. 3. ed. Chicago: Quintessenz; 1989

Nikiforuk G. *Understanding dental caries*. New York: Karger; 1985. p.113-19

Opal S, Garg S, Jain J, Walia I. Genetic factors affecting dental caries risk. *Aust Dent J*. 2015 Mar; 60(1):2-11

Petersen PE, Lennon MA. Effective use of fluorides for the prevention of dental caries in the 21st century: the WHO approach. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2004 Oct; 32(5):319–21.

Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century--the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003 Dec; 31(Suppl 1): 3-23

Rai NK, Tiwari T. Parental factors influencing the development of early childhood caries in developing nations: a systematic review. *Frontiers in Public Health*. 2018; 6:64.

Reich E, Lussi A, Newbrun E. Caries-Ris K Assessment. *Int Dent J*. 1999; 49;15–26

* Baseado em: International Committee of Medical Journal Editors Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical journals: Sample References [Internet]. Bethesda: US NLM; c2003 [cited 2019 Jan 2019]. U.S. National Library of Medicine; [about 6 p.]. Available from: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

Sgan-Cohen HD, Bajali M, Eskander L, Steinberg D, Zini A. Dental caries status, socio-economic, behavioral and biological variables among 12- year-old palestinian school children. J Clin Pediatr Dent. 2015;39(4),331-5

APÊNDICE – Detalhamento da metodologia

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar, como voluntário, em uma pesquisa, a ser realizada pelo ICT- Curso de Odontologia/UNESP. Após ser esclarecido sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento.

Desde logo fica garantido o sigilo das informações. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma.

Caro(a),

Eu, Symone Cristina Teixeira, Professora da Faculdade de Odontologia-UNESP - Campus de SJCampos, Av. Engº Francisco José Longo, 777 – S J Campos-SP, telefone - 012-3947-9347, vou coordenar esta pesquisa cujo título é : **“CARACTERIZAÇÃO DE PACIENTES JOVENS LIVRES DE CÁRIE”**

O objetivo do presente trabalho é avaliar o perfil socioeconômico, os hábitos alimentares, de higiene, de rotina ao consultório odontológico e o incentivo dos responsáveis de indivíduos jovens livre de cárie. Para isto será realizado um exame clínico para confirmação da ausência da doença e uma entrevista através de questionário.

Se tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética (CEP) da Faculdade de Odontologia de São José dos Campos-UNESP, fone 012-3947-9028, Profa Dra Denise Nicodemo e-mail denise@ict.unesp.br ou Carlos Alberto Guedes guedes@fosjc.unesp.br. Informo que será garantido qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas sobre o andamento do trabalho e terá liberdade da retirada do consentimento a qualquer momento e assim deixar de participar do estudo. Também não haverá custo nem pagamento pela colaboração. Esperando contar com seu apoio, desde já agradecemos em nome de todos que se empenham para melhorar a saúde pública nesse município.

AUTORIZAÇÃO para participação na Pesquisa: **“CARACTERIZAÇÃO DE PACIENTES JOVENS LIVRES DE CÁRIE”**

Eu _____, declaro ter sido esclarecido a respeito das informações que li, descrevendo o estudo a ser realizado e concordo em participar desse estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes, e que a minha participação será voluntária. Estou ciente que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade, prejuízo ou perda de qualquer benefício que possa ter adquirido.

Assinatura e data: _____

Questionário socioeconômico

Instrumento de coletas de dados em Pesquisa

Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:								
1	Asfaltada/Pavimentada							
2	Terra/Cascalho							
Qual é o grau de instrução do chefe da família? Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio.								
	Nomenclatura atual			Nomenclatura anterior				
	Analfabeto/Fundamental I - Incompleto			Analfabeto/Primário Incompleto				
	Fundamental I Completo/Fundamental II - Incompleto			Primário Completo/Ginásio Incompleto				
	Fundamental Completo/Médio Incompleto			Ginásio Completo/Colegial Incompleto				
	Médio Completo / Superior Incompleto			Colegial Completo/Superior Incompleto				
	Superior Completo			Superior Completo				
quantidade que possui								
ITENS DE CONFORTO				NÃO POSSUI	1	2	3	4+
Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular								
Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana								
Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho								
Quantidade de banheiros								
DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD desconsiderando DVD de automóvel								
Quantidade de geladeiras								
Quantidade de freezers independentes ou partes de geladeiras duplex								
Quantidade de microcomputadores, considerando computador de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms e smartphones								
Quantidade de lavadoras de louças								
Quantidade de fornos microondas								
Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional								
Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca								

Questionário de entrevista de Saúde Bucal

Obrigada por nos ajudar em nosso estudo.

Este estudo está sendo realizado para compreender melhor o que possivelmente o(a) fez chegar até idade adulta livre de cárie. Respondendo a estas questões, você nos ajudará a aprender mais sobre as experiências de pessoas jovens.

Por favor, lembre-se de responder sinceramente o que você puder. Suas respostas são sigilosas.

Idade _____ Data de nascimento _____ Gênero() Masculino () Feminino	
1) Quem foram os responsáveis por sua educação em casa?	
2) Qual nível de escolaridade dos responsáveis?	
Responsável 1 ☐ Fundamental incompleto ☐ Fundamental completo ☐ Médio completo ☐ Médio incompleto ☐ Superior incompleto ☐ Superior completo ☐ Pós graduação ☐ Mestrado ☐ Doutorado	Responsável 2 ☐ Fundamental incompleto ☐ Fundamental completo ☐ Médio completo ☐ Médio incompleto ☐ Superior incompleto ☐ Superior completo ☐ Pós graduação ☐ Mestrado ☐ Doutorado
3) Qual profissão dos responsáveis?	
R1 _____ R2 _____	
4) Na cidade em que morava havia água fluoretada?	
☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei	
Se morou em mais de uma cidade especifique:	

HÁBITOS Infância (02 a 09 anos) e Adolescência (10 a 19 anos)

1) Bebia líquidos com açúcar (sucos, refrigerantes, leites, mingaus)?	
Infância () Sim () Não Quantas vezes por dia? _____	Adolescência () Sim () Não Quantas vezes por dia? _____
2) Tomava refrigerantes?	
Infância () Sim () Não Quantas vezes por dia? _____	Adolescência () Sim () Não Quantas vezes por dia? _____
3) Tomava bebidas com chocolate? (NESCAU, Toddy, achocolatado, Danone, outros)	
Infância () Sim () Não Quantas vezes por dia? _____ Quantas vezes por semana? _____	Adolescência () Sim () Não Quantas vezes por dia? _____ Quantas vezes por semana? _____
4) Quais doces eram consumidos?	
Infância () Balas () Chicletes () Pirulito () Chocolate () Outros: _____	Adolescência () Balas () Chicletes () Pirulito () Chocolate () Outros: _____
Quantas vezes por dia? _____	Quantas vezes por dia? _____
Quantas vezes por semana? _____	Quantas vezes por semana? _____
Quais horários de ingestão? _____	Quais horários de ingestão? _____
5) Consumia salgadinhos de pacote? (pipoca, ruffles, cheetos)	
Infância () Sim () Não Quantas vezes por dia? _____ Quantas vezes por semana? _____	Adolescência () Sim () Não Quantas vezes por dia? _____ Quantas vezes por semana? _____
6) Foi ao dentista?	
Infância () Sim () Não	Adolescência () Sim () Não
7) Qual periodicidade de consultas ao dentista?	
Infância () Sem Periodicidade/ Quando precisava () a cada 3 meses () a cada 6 meses () 1x ao ano () Nunca fui ao dentista	Adolescência () Sem Periodicidade/ Quando precisava () a cada 3 meses () a cada 6 meses () 1x ao ano () Nunca fui ao dentista
8) Qual tipo de serviço de saúde bucal era utilizado?	
Infância () Público () Particular () Convênio () Outro: _____	Adolescência () Público () Particular () Convênio () Outro: _____
9) Qual motivo da consulta?	
Infância	Adolescência

☐ Rotina ☐ Dor ☐ Feridas na Boca ☐ Manchas nos dentes ☐ Traumatismo ☐ Sangramento da gengiva ☐ Cárie dentária ☐ Prevenção ☐ Outro: _____	☐ Rotina ☐ Dor ☐ Feridas na Boca ☐ Manchas nos dentes ☐ Traumatismo ☐ Sangramento da gengiva ☐ Cárie dentária ☐ Prevenção ☐ Outro: _____
10) Como era feita a higienização bucal?	
Infância ☐ Escova de dente ☐ Escova de dente e creme dental ☐ Escova, creme e fio dental	Adolescência ☐ Escova de dente ☐ Escova de dente e creme dental ☐ Escova, creme e fio dental
11) Qual era a frequência de escovação dos dentes? Obs.: vezes por dia/semana e horários	
Infância	Adolescência
12) Qual era a frequência de uso do fio dental? Obs.: vezes por dia/semana e horários	
Infância	Adolescência
13) A pasta de dentes tinha flúor?	
Infância ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe/Não lembra	Adolescência ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe/Não lembra
14) A higienização bucal era supervisionada pelos responsáveis?	
☐ Sim ☐ Não ☐ As vezes Se sim, até qual idade? _____	
15) Já fez aplicação de flúor no consultório odontológico?	
Infância ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe/Não lembra	Adolescência ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe/Não lembra
16) Participou de escovação supervisionada na escola?	
Infância ☐ Sim ☐ Não	Adolescência ☐ Sim ☐ Não
17) Participou de aplicações tópicas de flúor na escola?	
Infância ☐ Sim ☐ Não	Adolescência ☐ Sim ☐ Não
18) Recebeu informações educativas a respeito de saúde bucal na infância/adolescência?	
☐ Sim ☐ Não	
Se sim, em qual ambiente? ☐ Escola ☐ Amigos ☐ Familiares ☐ Dentista ☐ Outro. _____ ☐ Não recebi informações.	

ATUALMENTE
1) Bebe líquidos com açúcar (sucos, refrigerantes, leites, mingaus)?
() Sim () Não Quantas vezes por dia? _____
2) Toma refrigerantes?
() Sim () Não Quantas vezes por dia? _____ Quantas vezes por semana? _____
3) Toma bebidas com chocolate? (NESCAU, Toddy, achocolatado, Danone, outros)
() Sim () Não Quantas vezes por dia? _____ Quantas vezes por semana? _____
4) Quais doces são consumidos?
() Balas () Chicletes () Pirulito () Chocolate () Outros: _____
Quantas vezes por dia?
Quantas vezes por semana?
Quais horários de ingestão?
5) Consome salgadinhos de pacote? (pipoca, ruffles, cheetos)
() Sim () Não Quantas vezes por dia? _____ Quantas vezes por semana? _____
6) Como é feita a higienização bucal?
() Escova de dente
() Escova de dente + creme dental
() Escova de dente + creme dental + fio dental
7) Qual a frequência de escovação dos dentes? Obs.: vezes por dia/semana e horários
8) Qual a frequência de uso do fio dental? Obs.: vezes por dia/semana e horários
9) Utiliza enxaguante bucal?
() Sim () Não Quantas vezes por dia? _____ Quantas vezes por semana? _____
10) Qual periodicidade de consultas ao dentista atualmente?
() Sem Periodicidade/ Quando Precisava () a cada 3 meses () a cada 6 meses
() 1x ao ano () Não tenho essa rotina () Nunca fui ao dentista
11) Qual tipo de serviço de saúde bucal é utilizado?
() Público () Particular () Convênio () Outro: _____
12) Qual o motivo da consulta atualmente?
() Rotina/Prevenção () Dor () Estética () Outro: _____

ANEXO A – Comprovante de artigo publicado

16/07/2019

ScholarOne Manuscripts



Ciência & Saúde Coletiva

[Home](#)[Author](#)

Submission Confirmation

[Print](#)

Thank you for your submission

Submitted to

Ciência & Saúde Coletiva

Manuscript ID

CSC-2019-2077

Title

CARACTERIZAÇÃO DE JOVENS LIVRES DE CÁRIE

Authors

Lopes, Mayara

Balducci, Ivan

rocha, joão

Teixeira, Symone

Date Submitted

16-Jul-2019

[Author Dashboard](#)

ANEXO B – Certificado do Comitê de Ética em Pesquisa

UNESP - INSTITUTO DE
CIÊNCIA E TECNOLOGIA -
CAMPUS DE SÃO JOSÉ DOS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CARACTERIZAÇÃO DE PACIENTES JOVENS LIVRES DE CÁRIE

Pesquisador: MAYARA MARIN LOPES

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 90164218.7.0000.0077

Instituição Proponente: Instituto de Ciência e Tecnologia de São José dos Campos - UNESP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.896.260

Apresentação do Projeto:

O projeto está bem escrito, apenas poderia ter referências bibliográficas mais atuais.

Objetivo da Pesquisa:

Este estudo tem por objetivo avaliar a influência, através de questionário, do perfil socioeconômico, como renda mensal e nível de escolaridade dos criadores, dos hábitos alimentares, de higiene, de rotina ao consultório odontológico e do incentivo dos responsáveis em indivíduos jovens universitários livres de cárie.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: mínimos, podendo haver constrangimento por parte do entrevistado. Benefícios: A caracterização de uma população pouco estudada trará benefícios tanto aos participantes da pesquisa quanto a sociedade em geral no sentido de orientar, informar e motivar qual postura e hábitos adotar para estar livre da infecção pela doença cárie, considerada um problema de saúde pública que atinge, segundo a OMS, quase 100% da população adulta.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é exequível e dados importantes para a odontologia preventiva

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos são apresentados e foram adequados

Endereço: Av. Engº Francisco José Longo 777

Bairro: Jardim São Dimas

CEP: 12.245-000

UF: SP

Município: SÃO JOSÉ DOS CAMPOS

Telefone: (12)3947-9078

Fax: (12)3947-9010

E-mail: ceph.ict@unesp.br

**UNESP - INSTITUTO DE
CIÊNCIA E TECNOLOGIA -
CAMPUS DE SÃO JOSÉ DOS**



Continuação do Parecer: 2.896.260

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências foram atendidas, favorável a aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado acata o parecer do(a) Relator(a).

O (a) pesquisador(a) irá receber e-mail da Secretaria do CEPH-ICT-CAMPUS DE SJCAMPOS-UNESP, para envio de relatórios parciais/final, para não incorrer na penalidade de não o fazendo, em não ter novas submissões avaliada pelo Comitê de Ética, até que sane a pendência de envio do relatório, na forma de notificação através do sistema da Plataforma Brasil. Obs:- No site do www.ict.unesp.br – Comitê de Ética Envolvendo Seres Humanos, encontrará o formulário para envio do Relatório parcial/final.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1127178.pdf	30/08/2018 11:03:47		Aceito
Outros	PROJETO_COMITE_REFORMULADO_2.pdf	30/08/2018 11:03:17	MAYARA MARIN LOPES	Aceito
Outros	formulario_resp_pendencia.pdf	30/08/2018 10:53:47	MAYARA MARIN LOPES	Aceito
Outros	formulariorespPEND_02.jpg	19/06/2018 13:15:34	MAYARA MARIN LOPES	Aceito
Outros	formulariorespPEND_01.jpg	19/06/2018 13:15:15	MAYARA MARIN LOPES	Aceito
Outros	ANEXO_B.pdf	19/06/2018 13:05:12	MAYARA MARIN LOPES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_COMITE_REFORMULADO.pdf	19/06/2018 12:58:29	MAYARA MARIN LOPES	Aceito
Outros	ANEXO_C_REFORMULADO.pdf	19/06/2018 12:57:36	MAYARA MARIN LOPES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ANEXO_A_REFORMULADO.pdf	19/06/2018 12:55:48	MAYARA MARIN LOPES	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	22/05/2018	MAYARA MARIN	Aceito

Endereço: Av.Engº Francisco José Longo 777
Bairro: Jardim São Dimas **CEP:** 12.245-000
UF: SP **Município:** SAO JOSE DOS CAMPOS
Telefone: (12)3947-9078 **Fax:** (12)3947-9010 **E-mail:** ceph.ict@unesp.br

UNESP - INSTITUTO DE
CIÊNCIA E TECNOLOGIA -
CAMPUS DE SÃO JOSÉ DOS



Continuação do Parecer: 2.896.260

Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	16:11:16	LOPES	Aceito
----------------	------------------	----------	-------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO JOSE DOS CAMPOS, 14 de Setembro de 2018

Assinado por:
Denise Nicodemo
(Coordenador)

Endereço: Av. Engº Francisco José Longo 777
Bairro: Jardim São Dimas **CEP:** 12.245-000
UF: SP **Município:** SAO JOSE DOS CAMPOS
Telefone: (12)3947-9078 **Fax:** (12)3947-9010 **E-mail:** ceph.ict@unesp.br